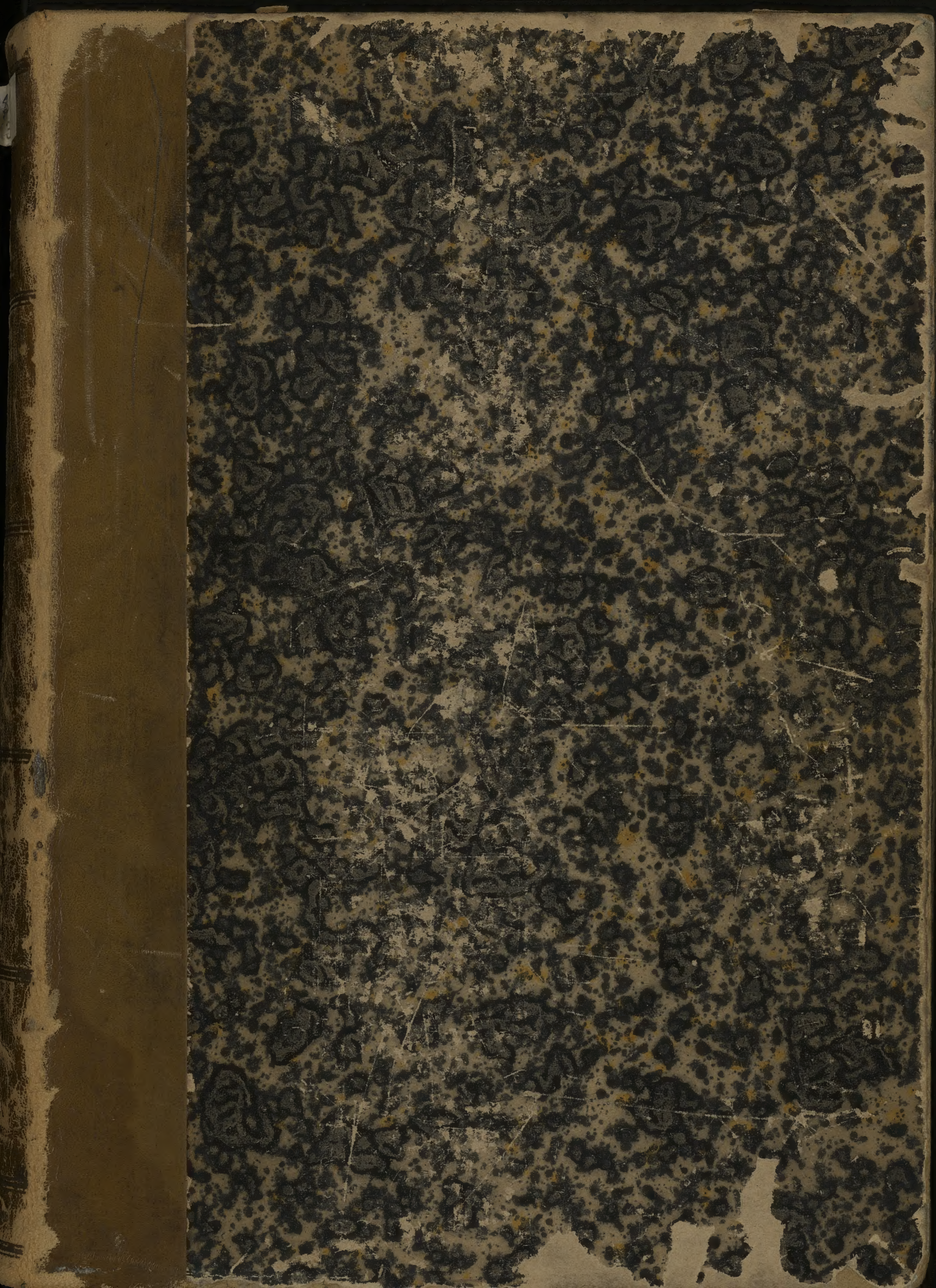
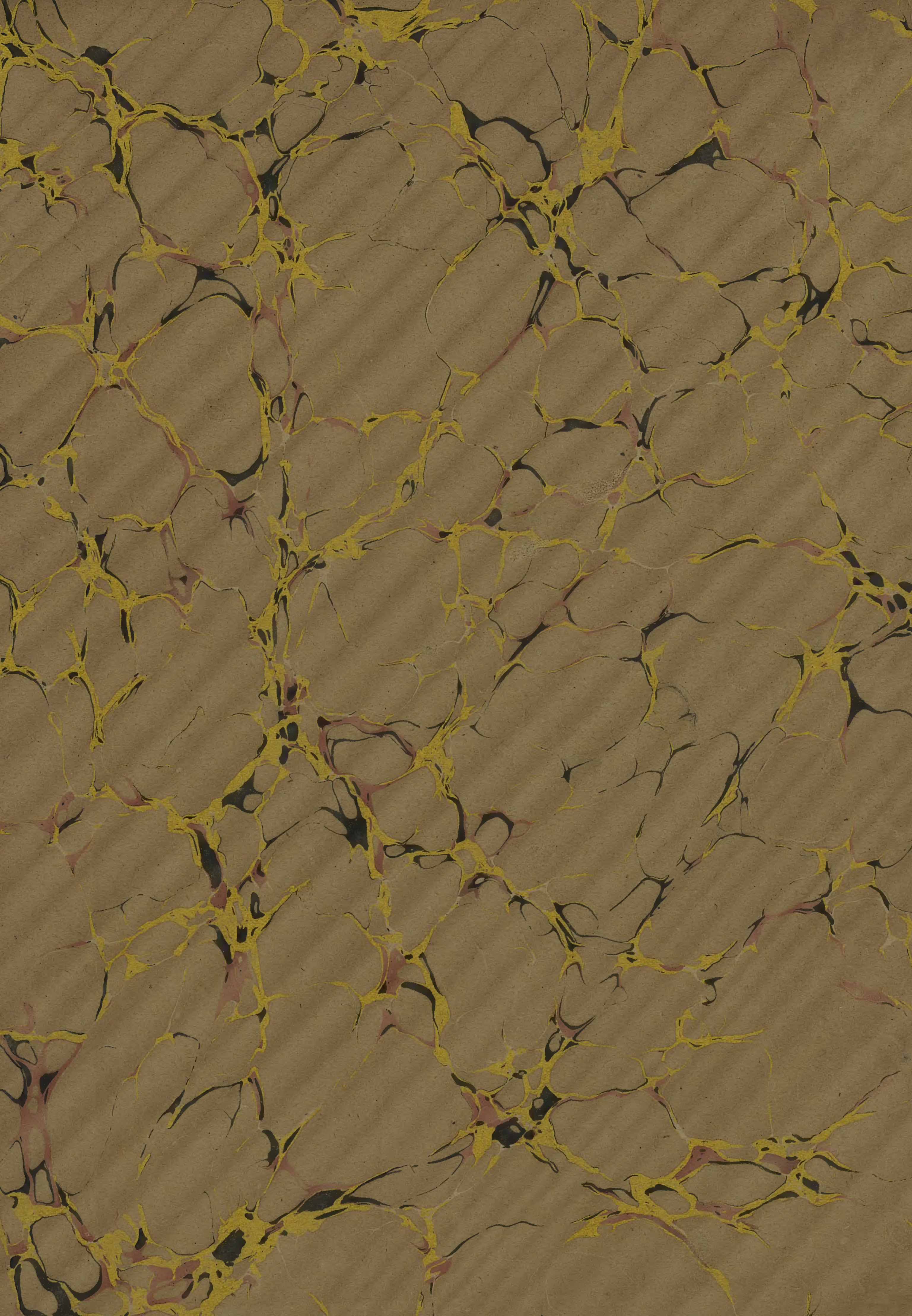
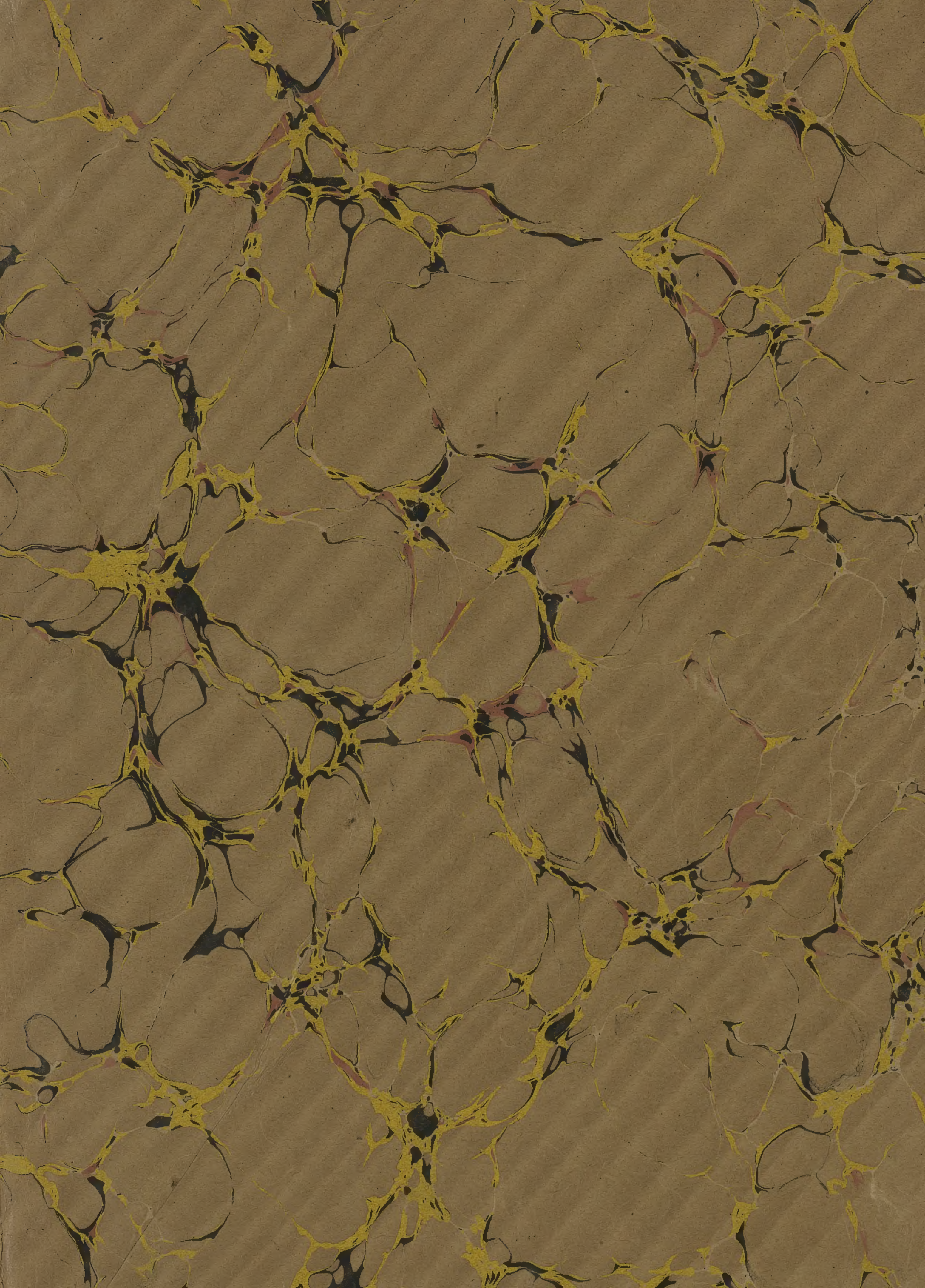
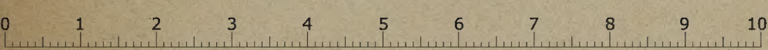







0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

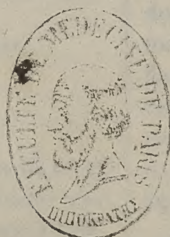
TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



CINQUANTE-QUATRIÈME ANNÉE

1881

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1881

N° 1. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 1er ET MARDI 4 JANVIER 1881. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Sacro-coxalgie.

Le malade de notre salle des hommes couché au lit n° 12 se plaint beaucoup, depuis deux mois, d'une douleur vive dans la fesse droite, douleur survenue, dit-il, spontanément, bien qu'il ait été traité, il y a deux ans environ, par M. Dieulafoy pour une affection rhumatismale.

Les douleurs de la fesse sont très-vives, spontanées, je le répète, et s'exaspèrent par la marche, caractère sur lequel j'insiste ; le siège précis est difficile à faire spécifier par le malade, et celui-ci nous répond qu'elles existent autant dans la région de la symphyse sacro-iliaque que dans toute l'étendue du muscle grand fessier, sans indiquer spécialement l'origine du nerf grand sciatique. Mais elles ne se prolongent que très-exceptionnellement dans la cuisse, et dans tous les cas elles ne dépassent jamais le genou.

Elles ne sont pas accompagnées de fièvre. Bien que rebelles jusqu'à ce jour, cependant elles tendent un peu à diminuer par le repos auquel il a été forcé par une autre maladie, complètement indépendante de la première, une dactylite fongueuse dont nous l'avons opéré dernièrement.

De semblables douleurs sont en général considérées comme dépendant d'une névrite rhumatismale, d'une névralgie sciatique ; mais, si l'on examine avec soin le malade, une objection se présente immédiatement à l'esprit. Dans la névralgie sciatique, la douleur est beaucoup plus circonscrite ; à son point d'origine, elle s'étend le long du trajet du nerf et irradie dans ses branches, tandis qu'ici elle occupe pour ainsi dire toute la fesse, localisation qui n'a point varié du début de la maladie à ce jour.

Cette douleur ne répond donc nullement aux notions généralement émises par les différents auteurs sur la névralgie sciatique. De plus, cet homme ne souffre pour ainsi dire pas au lit ; mais, dès qu'il marche, la douleur apparaît, et souvent avec assez d'intensité pour amener de la claudication. Je ne saurais donc accepter le fait d'une simple névrite, qui serait indolente au repos et douloureuse à la marche. La marche ne saurait en effet augmenter la douleur d'un nerf dont les fibres ne sont pas comprimées par la contraction musculaire; celle-ci, en tous cas, ne pourrait exercer qu'une pression des plus légères, nullement en rapport avec la sensation douloureuse que la moindre marche lui occasionne. Enfin la pression de la main ne produit aucune douleur.

Aussi, lorsque je remarque une pareille ténacité dans une douleur qui ne suit pas le trajet d'un cordon nerveux, mais qui irradie dans toute l'étendue d'un muscle s'étendant jusque dans la symphyse sacro-iliaque, que de plus cette douleur est surtout accusée dans la marche, je suis naturellement porté à songer à toute autre chose qu'à une névrite rhumatismale et principalement à une maladie du squelette.

Aurions-nous affaire à une affection de l'articulation coxo-fémorale, à une arthrite fongueuse analogue à la dactylite dont nous l'avons opéré, à une coxalgie ? Mais aucun des mouvements de cette articulation n'est impossible, aucun n'est douloureux, et il n'existe aucun symptôme d'une semblable arthrite. Les douleurs éprouvées par le malade semblent beaucoup plutôt se rattacher à quelque affection de la symphyse sacro-iliaque, à une sacro-coxalgie.

Les signes physiques sont absolument nuls, et je n'ai de signes fonctionnels que la douleur dans la marche. Il n'existe ni gonflement, ni rougeur de la peau ; les mouvements du bassin ne sont point douloureux, aussi je crois pouvoir diagnostiquer une arthrite chronique rhumatismale de la symphyse sacro-iliaque, accompagnée probablement d'une très-légère névrite, affection dont on ne trouve que très-peu de chose dans les auteurs.

Je la décrirai donc comme une affection à marche lente, chronique, affection qui sera d'autant plus douloureuse que le nerf sciatique participera par voisinage à l'inflammation.

Le diagnostic différentiel entre une névralgie et une maladie articulaire est d'autant plus important qu'une sciatique vraie, franche, est très-rebelle à tout traitement, et cela pendant des années entières, et qu'une amélioration est une chose assez rare, tandis que pour une affection sacro-iliaque nous avons des moyens d'action. Parmi ceux-ci, le repos surtout et les cautérisations ponctuées sont de bons résolutifs des phénomènes inflammatoires.

L'anatomie pathologique ne nous fournit aucune donnée, car jusqu'à ce jour aucune nécropsie n'a été faite qui puisse nous apprendre s'il existe quelque épanchement dans l'articulation et si le tissu est plus ou moins fortement congestionné, injecté. Nous en sommes réduits à guetter l'occasion d'une mort survenant à la suite d'une autre maladie chez un individu atteint de sacro-coxalgie.

Mais le fait que nous vous signalons n'est pas unique, et au même moment nous avons eu trois autres malades atteints de la même affection. L'un d'eux est sorti ces jours derniers, — il était au n° 45 ou 46, — et nous a présenté une arthrite sacro-iliaque bilatérale, avec propagation de la douleur, par action réflexe, dans le nerf sciatique et dans les muscles de la région fessière. Cette douleur diminuait par le repos et augmentait par la marche, qu'elle rendait à peu près impossible, lorsque cet homme est entré à l'hôpital. Elle paraissait compliquée aussi de quelque lésion du canal rachidien, et les membres inférieurs présentaient une certaine diminution de la sensibilité. Mais, par les bains de vapeur et par l'application de petites cautérisations ponctuées, nous avons obtenu une amélioration notable et des plus rapides.

Le second de ces malades est une femme couchée au n° 27; elle est enceinte de trois mois et demi et se plaint d'une douleur difficile à localiser s'étendant à la hanche, à la fesse droite et à la symphyse sacro-iliaque, sans aucune propagation sciatique; la partie supérieure et postérieure de la cuisse seule est également un peu douloureuse.

Cette douleur, qui s'exagère surtout par la marche, comme vous l'avez vu lorsque j'ai fait faire tout à l'heure quelques pas à cette malade, a pour moi son point de départ dans l'articulation du sacrum avec l'os iliaque, d'où elle irradie dans les muscles de la région fessière.

Mais, chez elle, peut-être existe-t-il une cause toute spéciale qui confirmerait notre diagnostic. En effet, elle est atteinte d'une blennorrhagie et d'une uréthrite purulente consécutive, laquelle nous fournirait un argument en faveur d'une arthrite blennorrhagique, localisée ici sur la symphyse sacro-iliaque.

En plus du traitement spécial qui lui a été ordonné pour son affection des organes génito-urinaires, elle s'est trouvée assez grandement améliorée par le repos et par un liniment chloroformé.

Quant au troisième cas, il appartient encore à une femme, au n° 16, mais il est plus difficile à diagnostiquer d'une façon bien précise. Cette malade souffre, depuis dix-huit mois, d'une douleur qui a débuté spontanément en chemin de fer, et la durée pourrait faire songer à une névrite sciatique, si la marche n'exagérait la douleur, tandis que le repos au lit tendrait à la calmer, comme chez les malades précédents.

La région indiquée par cette femme comme siège principal de la douleur est bien nettement cette fois la symphyse sacro-iliaque. De plus, la malade ne peut poser le pied à plat, sur le talon, mais elle est forcée de marcher sur la pointe, attitude qui n'est due ni à une affection du genou, ni à une lésion du tendon d'Achille, mais bien à une contraction du muscle psoas-iliaque. La colonne vertébrale présente aussi une assez forte cambrure au niveau de la région lombaire, qui est également un peu douloureuse, à la partie inférieure. Je me demande par suite si je n'aurais pas, dans ces conditions, à la fois arthrite sacro-iliaque et arthrite sacro-vertébrale.

Telles sont les observations de quatre faits analogues qui se sont trouvés par hasard réunis au même moment dans mon service, et qu'il m'a paru d'autant plus intéressant de vous communiquer qu'ils sont assez rares et jusqu'à présent peu connus.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

La maladie bronzée ou maladie d'Addison.

Au sujet du malade que nous avons en ce moment dans notre service, au n° 24 de la salle Saint-Luc, je vous parlerai de la maladie bronzée ou maladie d'Addison comme on l'appelle encore.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, au teint cachectique, à la coloration brune très-foncée de la peau, qui, jusque dans ces derniers temps, n'avait jamais eu aucune maladie.

Sa première indisposition remonte au mois de décembre dernier. Elle a débuté par un point de côté à gauche, à la suite d'un refroidissement contracté sur l'impériale d'un omnibus, où il était monté, ayant très-chaud.

Cette indisposition a été caractérisée par une toux légère, sans fièvre, sans aucune gêne respiratoire; donc ni pneumonie, ni pleurésie, mais simple bronchite légère.

Cependant, à dater de cette époque, notre malade a commencé à maigrir, à pâlir, puis à jaunir, mais d'une teinte tendant à la coloration brune. Auparavant cet homme, qui habitait le Jura et travaillait à la culture, avait la peau colorée normalement, comme tous les gens de campagne. La teinte brune est chez lui un fait nouveau, survenu en dehors de toute cause extérieure, d'autant plus que dans ces derniers temps il était employé à Paris comme garçon de magasin.

Au bout de trois ou quatre semaines, quelques accidents gastriques apparurent, caractérisés par des vomissements opiniâtres, abondants et surtout alimentaires, et par une constipation persistante. Puis les vomissements cessèrent, mais il lui resta du dégoût pour les aliments, une intolérance marquée de l'estomac, et un état d'accablement général. En même temps, le point de côté diminuait, mais pour s'étendre, comme douleur, dans le bas de la région lombaire de la colonne vertébrale, vers les articulations sacro-iliaques.

La maigreur et la pâleur jaunâtre de la figure s'accentuaient, la peau se collait, pour ainsi dire, aux os, les conjonctives devenaient bleuâtres, l'œil fatigué, les mains et le cou prenaient la teinte brun-noirâtre d'un mulâtre un peu pâle. Mais cette coloration était surtout prononcée sur le scrotum, au niveau de l'ombilic, des aines, sur tout le côté droit de la base du tronc, et sur la région postérieure du bassin. Elle se rencontrait aussi à la surface du vésicatoire qui avait été appliqué au début des accidents. La langue, à gauche, présentait une tache brune violacée, tandis qu'à droite elle était d'un brun presque noir.

Ni le foie ni la rate n'étaient hypertrophiés, la poitrine était saine, les bruits du cœur normaux, sauf un léger bruit de souffle à la base.

Devant l'absence aussi complète, en apparence du moins, de toutes lésions organiques, et en présence d'une débilité aussi prononcée, quel diagnostic émettre? Si l'on tient compte de la coloration brune de la peau, des douleurs rachidiennes et des phénomènes gastriques éprouvés par le malade, nous ne pouvons guère songer qu'à la maladie bronzée décrite en 1855 par Addison dont elle porte le nom et caractérisée symptomatologiquement par les accidents que nous venons de résumer, et anatomiquement par l'altération des capsules surrénales.

Le phénomène prédominant est la mélanodermie par

accumulation pigmentaire dans les corps de Malpighi, qui, au début de l'affection, se distribue régulièrement à toute la surface du corps, pour se localiser plus tard, plus spécialement à certaines régions, telles que le scrotum, la ligne blanche, les parties du corps découvertes, ainsi que celles qui sont le siége d'une excitation particulière, comme d'un vésicatoire ou d'un lien constricteur, ceinture, etc.

La peau revêt alors une coloration générale sépia, quelquefois verdâtre, olivâtre, le plus souvent sombre, uniforme, sur laquelle se détache, en des points spéciaux, une teinte plus foncée. Elle envahit aussi les muqueuses, notamment les lèvres et la bouche, sous forme de taches limitées, circonscrites, de même le vagin, quelquefois aussi le larynx, mais plus rarement, parfois aussi certains ganglions, le foie, la rate et les capsules surrénales. Enfin cette coloration peut atteindre jusqu'à celle d'un mulâtre très-foncé.

Mais la gravité de la maladie réside dans l'asthénie profonde, dans l'affaissement physique et moral, dans un alanguissement général dont les fonctions digestives se ressentent profondément, amenant bientôt, par suite, des troubles nerveux qui peuvent aller jusqu'à la somnolence, la syncope et le coma mortel. Dans quelques cas, au contraire, ces phénomènes sont remplacés par un état d'excitation, des crampes, quelques légers mouvements convulsifs et des douleurs dont le siège est, ou dans la région lombaire, ou dans l'épigastre simulant une gastralgie, ou bien encore dans le ventre, parfois aussi dans les membres et au niveau des articulations.

Les troubles gastriques sont les plus sérieux, ils surviennent sous forme d'accès; ce sont des nausées, des vomissements, une diarrhée abondante, presque cholériforme. C'est ainsi que l'économie tout entière est atteinte, sauf le cœur et les poumons, que l'amaigrissement augmente chaque jour et que le malade s'éteint lentement.

Une marche rapide est rare; la moitié des malades succombent au bout d'une année, l'autre moitié entre deux et huit ans, ce dernier chiffre étant pris comme la période la plus longue pour la pigmentation complète de la peau.

La succession des phénomènes est variable; tantôt l'affection débute par l'adynamie, par des troubles du système nerveux, tantôt par des phénomènes gastriques, tantôt encore, mais plus rarement, par la coloration de la peau.

Addison a, le premier, découvert que la maladie était caractérisée par certaines lésions des capsules surrénales, lésions non uniformes, mais variables. Ce sont : 1° les altérations communes de la tuberculisation, du cancer ou des productions kystiques; 2° une altération particulière, spéciale à la maladie bronzée, caractérisée par la tuméfaction inégale des capsules, par l'état grisâtre, lardacé de leur tissu d'enveloppe formant coque, et à l'intérieur par l'existence d'une matière caséeuse ressemblant à du tubercule ramolli. Histologiquement, la coque présente un aspect fibrillaire, tandis que la masse centrale est granulo-graisseuse, en voie de dégénérescence tuberculeuse, bien que sans aucune identité avec le tubercule véritable.

Les lésions communes du cancer sont exceptionnelles dans la maladie d'Addison, tandis qu'elles sont fréquentes dans le cancer de la capsule surrénale, sans qu'il y ait pour cela aucune coloration anomale de la peau. Mais l'altération la plus fréquente est celle où le tubercule joue le principal rôle.

Quoi qu'il en soit, et malgré toutes les recherches faites jusqu'à ce jour, nous ignorons encore les rapports entre les lésions et la symptomatologie. Autrefois les capsules surrénales étaient considérées comme la source de la pigmentation; cette opinion est aujourd'hui, d'après de nouvelles recherches faites sur les animaux, complètement abandonnée. On a pensé aussi que les capsules surrénales jouaient un rôle dans la nutrition générale, à cause des troubles généraux et des phénomènes gastriques. Mais il est une opinion mixte qui admet que, pourvues richement de nerfs sympathiques, les capsules surrénales lésées amenaient des troubles généraux profonds.

En résumé, nous devons le reconnaître, ces rapports sont encore très-vaguement déterminés.

La coloration de la peau étendue à toutes les muqueuses, les troubles gastriques, l'affaissement rapide malgré l'absence de toutes fatigues et une bonne alimentation, sont les éléments les plus sûrs du diagnostic de la maladie bronzée. La pigmentation de la peau n'est pas pathognomonique, car il est des cas où on la rencontre en dehors de la maladie d'Addison. D'abord toute cachexie profonde entraîne avec elle une teinte prononcée de la peau, et la misère elle-même lui laisse aussi son empreinte. De là la mélanodermie des misérables, des vagabonds, des gens mal nourris, mal logés, sans hygiène; de là une peau brune foncée, de teinte sale, mais accompagnée de certaines modifications donnant à l'épiderme l'aspect rugueux, écaillé.

Chez les tuberculeux, dont la maladie suit une marche lente, la peau devient également brune, foncée, mais deux cas peuvent se présenter : chez les uns, la tuberculose se complique de la lésion surrénale, chez les autres elle est simpleet sans autre lésion. Néanmoins, chez ces derniers, la coloration est d'une teinte brune moins foncée, plutôt pâle, jaunâtre; de même chez les cancéreux, mais plus rarement, car le cancer des capsules surrénales est tellement rare que l'on n'en cite que deux cas dans la science. Enfin nous devons citer l'influence palustre, chez les vieux paludéens, comme développant aussi l'état pigmentaire de la peau. Il y a encore la coloration due à l'absorption d'une certaine quantité de nitrate d'argent, mais ici la teinte est plus ardoisée.

Si nous appliquons ces éléments de diagnostic à notre malade, nous constatons tout d'abord qu'il n'est pas tuberculeux, et la pigmentation n'apparaît guère qu'à la troisième période de la tuberculose. De même, chez lui, pas de cancer de l'estomac, ses vomissements sont venus en pleine santé, ils se produisaient aussitôt après le repas, de plus nous n'avons senti aucune tumeur. Quant au rectum, rien ne nous permet de supposer non plus quoi que ce soit de ce côté; sa constipation est habituelle; il n'a jamais eu d'hémorrhagie, ni de douleur dans la fosse iliaque; enfin il n'a vraiment pas la teinte cachectique des cancéreux.

Quant à chercher directement quelque altération des capsules surrénales, l'exploration en est très-difficile, les capsules se confondent à gauche avec le rein, à droite avec le même organe et de plus avec le foie.

Chez notre malade, les causes de l'affection sont fort obscures, comme presque toujours du reste, en pareil cas, car, si l'on a parfois cité un choc, un coup, une contusiou quelconque, chez le plus grand nombre des malades on n'a absolument rien trouvé. Ici, nul antécédent : ses ancêtres ont toujours joui d'une bonne santé, le père seul est mort alcoolique. Le point de départ, ou mieux l'indisposition primitive, est un refroidissement et un point de côté sans aucune importance, et la seule circonstance à noter est que cet

homme est marié depuis un an à peine, et que la maladie a débuté quelques mois plus tard. La lune de miel en serait-elle l'origine, la lune de miel et ses excès génésiques? Nous ne pouvons que noter la coïncidence, faire toutes réserves et attendre de nouveaux faits.

Quant au pronostic, est-il grave? la mort doit-elle être prochaine, c'est-à-dire avant un an, ou éloignée?

Il nous est difficile de nous prononcer. Cependant chez lui la maladie ne revêt pas une forme bien tumultueuse; les vomissements n'ont duré que huit jours; il n'y a pas eu de diarrhée, et, si l'amaigrissement est assez prononcé, il n'est cependant pas excessif, bien que la maladie date actuellement de six mois. Nous sommes donc ici en présence d'une évolution assez lente pour nous faire espérer qu'il vive un certain temps.

Mais guérira-t-il? La guérison dans la maladie d'Addison est d'environ un dixième des cas. J'en ai observé un, en apparence très-grave, chez une jeune fille mélanodermique, présentant des troubles considérables du système nerveux, qui, après des soins continus, s'est assez amélioré, au bout de six mois, pour qu'il m'ait été permis de la considérer comme guérie, tout en redoutant que ce ne fût plutôt une suspension de la maladie qu'une cure véritable.

La maladie peut donc guérir ou s'arrêter dans son processus, et l'évolution lente que nous observons chez notre malade nous donne quelque espérance d'un résultat semblable. Cela nous est d'autant plus permis qu'il n'a jusqu'à ce jour été soumis à aucun traitement hygiénique ou thérapeutique.

Dans la maladie d'Addison, de même que dans toute affection cachectique, nous devons reconnaître la pauvreté des moyens thérapeutiques; rien de spécial n'est connu, et la seule médication logique à laquelle on doive avoir recours est celle des symptômes, des indications fournies par l'état du malade. Comme chez le plus grand nombre d'entre eux la nutrition est défectueuse, nous ordonnerons l'huile de foie de morue, qui réussit bien quand elle est tolérée par les voies digestives, car la grosse difficulté réside dans l'intolérance de l'estomac et l'impressionnabilité du système nerveux. Il faut donc s'occuper tout d'abord de l'estomac, selon les troubles qu'il présente, ainsi que du système nerveux, en consultant son état de dépression ou d'excitation. Dans le premier cas, on aura recours aux excitations périphériques, aux frictions, aux affusions d'eau froide que l'on mesurera à la réaction consécutive, car rien n'est plus progressivement dangereux qu'une hydrothérapie mal faite. Dans le cas d'excitation, au contraire, on emploiera le bromure de potassium, sans trop compter sur cet agent, qui est mal toléré; on ordonnera l'iodure de potassium, dont les résultats sont assez médiocres et qui n'est toléré qu'à petites doses.

Telle est la seule thérapeutique, bien restreinte malheureusement comme on le voit, dont on puisse faire usage dans la maladie bronzée ou maladie d'Addison.

SAINT-LAZARE. — M. J. Chéron.

Hémorrhagies en rapport avec des fongosités; traitement par le curage de la cavité utérine.

Il n'est pas rare d'observer des cas de métrorrhagie dans lesquels, en procédant par voie d'exclusion, on ne peut trouver de relation avec les cancers qui produisent le plus habituellement les hémorrhagies utérines, telles que le cancer, les polypes ou les tumeurs fibreuses. Souvent alors on a pu croire à l'existence de métrorrhagies dites idiopathiques, et c'est en vain que l'ergotine, le perchlorure de fer ont été administrés pendant un temps quelquefois fort long. Force est en dernier lieu de songer à l'existence d'une lésion intra-utérine et d'explorer la cavité de l'organe.

Un certain nombre de signes subjectifs, voire même quelques signes objectifs, sont de nature à éclairer la question, à faire établir un diagnostic de présomption des plus sérieux. L'exploration directe lève tous les doutes.

L'hémorrhagie utérine, qui est un signe presque pathognomonique de l'existence des fongosités, se présente avec quelques caractères particuliers. Ce sont habituellement des ménorrhagies, c'est-à-dire des hémorrhagies qui, se confondant avec les époques menstruelles, se caractérisent soit par la durée des règles qui se prolongent dix, douze, quinze jours, soit par le rapprochement des époques, soit enfin par une quantité de sang plus abondante qui s'écoule dans le même temps.

Des douleurs lombo-abdominales assez intenses annoncent le retour de ces ménorrhagies, douleurs qui se calment lorsque le sang commence à couler.

Des caillots se mêlent presque toujours à l'écoulement sanguin, et, lorsque les ménorrhagies sont anciennes, on voit persister, dans l'intervalle des règles, l'écoulement d'une sérosité sanguinolente que remplace quelquefois un liquide séro-purulent jaunâtre.

Les femmes atteintes de ménorrhagies en rapport avec les fongosités utérines éprouvent, dans l'intervalle des pertes, un sentiment de gêne, de plénitude dans le petit bassin, accompagné quelquefois de douleurs se propageant, comme dans la métrite parenchymateuse, de la région lombo-sacrée dans les régions hypogastrique, inguinale et même crurale, jusqu'à l'articulation du genou.

Pour les signes, vous avez pu les noter en même temps que les signes objectifs que je vais rappeler chez la malade qui vint se soumettre à votre observation il y a un mois et que vous retrouvez aujourd'hui dans un état bien différent.

Cette malade a trente-quatre ans. Elle a eu sept enfants, elle en a conservé six. C'est une grosse femme, très-herpétique, dont les jambes sont couvertes de varices. A la première observation, nous constatons que le col de l'utérus est gros, violacé. L'orifice cervical est le siège d'un ectropion très-accentué de la muqueuse cervicale desquamée. Le canal est large; l'isthme est béant, comme le prouve le passage facile du cathéter utérin.

Les ménorrhagies existent avec caillots et sentiment de plénitude dans le petit bassin, avec irradiation douloureuse et écoulement séro-sanguinolent entre les époques. Le tableau est complet. Au toucher, un utérus lourd, un empâtement dans les culs-de-sac dû à des dilatations veineuses, en un mot les signes évidents d'une congestion passive, dont nous avons eu souvent l'occasion de préciser le mécanisme physiologique.

Existe-t-il dans ce cas des fongosités utérines, une métrite granuleuse, cause des hémorrhagies que nous avons à réprimer?

Un examen attentif nous a permis d'éloigner toute idée de cancer ou de fibro-myome. Ce n'est pas non plus la congestion hémorrhagipare, active, que nous avons souvent observée ensemble.

A l'aide de la sonde-curette exploratrice que j'ai fait

construire, et qui n'est autre qu'une sonde d'Huguier dont l'olive terminale est creusée d'une cupule à bords tranchants, je pénètre dans l'intérieur, et, faisant décrire un demi-tour à la sonde-curette, j'applique la cupule sur la face postérieure de l'utérus et au fond de l'organe. Je ramène alors en appuyant sur le manche de l'instrument, je fais un raclage sans violence d'arrière en avant, en suivant le bord gauche de la face postérieure.

Vous m'avez vu retirer cette cupule pleine d'une masse granulo-pulpeuse, dont l'existence démontre l'altération de la muqueuse utérine devenue fongueuse.

L'opération fut remise au lundi suivant dans le but de préparer la malade, car, je vous l'ai dit souvent et je vous le répète avec conviction, l'abrasion des fongosités utérines à l'aide de la curette est une opération à laquelle on enlève toute gravité si on prépare le sujet et si on s'entoure de toutes les précautions nécessaires. Rappelez-vous les précautions qui ont été prises.

Tous les deux jours une injection intra-utérine a été faite avec une solution moyenne d'acide picrique dans le but de rendre moins saignantes les fongosités, de diminuer leurs circulations sanguine et lymphatique, de pratiquer une sorte de tannage en même temps qu'un pansement antiseptique.

Après chaque injection, un pansement glycéro-tannique a été appliqué sur le col, ce qui a produit une abondante perte de sérum et la décongestion de l'utérus.

Après quinze jours de ce traitement, d'énergiques révulsions ayant été pratiquées concurremment sur la région lombaire, nous avons abordé l'opération.

Vous m'avez vu donner la préférence à la curette de Récamier, à cet instrument qui consiste en une tige de fer poli de 25 centimètres de longueur, dont les deux extrémités sont creusées de gouttières à bords inclinés en dedans. Ces extrémités présentent la même courbure que la sonde utérine.

Le col étant mis à découvert à l'aide d'un spéculum bivalve, la curette est introduite jusqu'au fond de la cavité de l'utérus et ramenée en raclant d'autant plus fort la surface que le point rencontré, rugueux ou saillant, fait une plus grande résistance.

Seize fois, j'ai introduit la curette, ramenant chaque fois des fongosités en quantité suffisante pour remplir le quart d'un verre. Nous avons ensuite effectué le lavage de l'utérus avec l'acide picrique, afin de fermer la porte à toute propagation inflammatoire, le liquide employé ayant la propriété de coaguler les matières protéiques, d'obturer les vaisseaux lymphatiques rendus béants par l'opération.

Un sac à glace a été maintenu sur l'hypogastre pendant trente-six heures, et le lavage de l'utérus a été effectué toutes les vingt-quatre heures jusqu'au moment où nous avons pu, sans inconvénient, permettre à la malade de se lever et de reprendre ses habitudes.

Les règles sont revenues; il n'y a point eu ménorrhagie. Il n'existe ni sentiment de pesanteur dans le petit bassin, ni malaise, ni douleur.

Je compte surveiller l'utérus; faire de temps en temps le lavage de la cavité avec le même liquide et les mêmes précautions, et je ne doute pas que notre malade, à laquelle je fais faire actuellement de l'hydrothérapie, ne conserve l'état de santé très-satisfaisant dans lequel vous la voyez aujourd'hui, débarrassée sans retour des hémorrhagies utérines qui ont rendu son existence des plus pénibles pendant si longtemps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 décembre 1880. — Présidence de M. Tillaux.

RAPPORTS

Dilatation rapide du canal de l'urèthre. — M. TERRILLON, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Nepveu et Delens, lit un rapport sur un travail de M. Simonin (de Nancy) relatif à des faits de dilatation rapide du canal de l'urèthre chez la femme. Déjà, en 1872, M. Simonin avait communiqué plusieurs faits de ce genre à l'Académie de médecine et avait insisté sur l'innocuité de cette méthode, consistant à dilater brusquement le canal de l'urèthre, la malade étant soumise à l'influence du chloroforme. Cette méthode, selon M. Simonin, serait appelée à remplacer toutes les autres opérations préliminaires qu'on a coutume de pratiquer, par exemple, pour l'extraction des corps étrangers de la vessie. La taille deviendrait donc extrêmement rare chez la femme. Cette dilatation se fait à l'aide d'un spéculum qui permet d'obtenir une dilatation de 23 à 24 millimètres. Les inconvénients sont nuls; il n'y a pas d'incontinence, ni de douleurs consécutives. Telles étaient les conclusions du premier travail de M. Simonin.

Dans le second travail qu'il présente aujourd'hui à la Société de chirurgie, il se contente de communiquer deux nouvelles observations. Dans la première, il s'agit d'une cystite rebelle avec épaississement des parois de la vessie. La malade fut endormie par le chloroforme, la dilatation du canal de l'urèthre fut pratiquée rapidement et l'exploration fut faite avec le doigt, ce qui permit de confirmer le diagnostic. Il n'y eut aucune suite fâcheuse, pas d'incontinence ni de douleurs.

Dans le second fait, les choses ne se passèrent pas tout à fait aussi favorablement; il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui portait deux calculs. Après une première séance de dilatation, le calcul fut brisé en plusieurs fragments qui furent enlevés graduellement en neuf séances. Il y eut à la suite de ces dilatations successives de l'incontinence. L'auteur termine son travail par quelques réserves sur les avantages de ce procédé.

M. DESPRÈS. Cette question de la dilatation du canal de l'urèthre chez la femme a été, il y a trois ans, l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie. Les uns étaient pour la dilatation brusque, les autres pour la dilatation lente faite avec l'éponge préparée. Il serait donc bon d'ajouter dans le rapport que la Société de chirurgie s'est déjà occupée de cette question relative au choix d'une bonne méthode pour enlever les calculs vésicaux chez la femme.

M. MARC SÉE obtient cette dilatation à l'aide d'embouts particuliers qu'il introduit dans le canal de l'urèthre, la malade étant sous l'influence du chloroforme. Quelquefois il est nécessaire de faire un petit débridement au niveau du méat. Il n'y a jamais d'accidents à la suite de ces dilatations, jamais d'incontinence, et les résultats obtenus sont souvent très-avantageux.

M. TERRILLON a obtenu de très-bons effets de la dilatation brusque du canal de l'urèthre chez une femme de cinquante ans, atteinte d'un cancer utérin, qui provoquait des douleurs atroces pendant la miction, et qu'aucun moyen ne parvenait à soulager.

M. CRUVEILHIER s'est bien trouvé de ce procédé dans certains cas de fistules vésico-vaginales.

Paraplégie survenue à la suite de l'irritation du canal de l'urèthre par un calcul. — M. MARC SÉE fait un rapport sur une observation de M. le docteur Dieu (de Sétif) dans laquelle il s'agit d'un soldat de vingt-trois ans, chez lequel une blennorrhagie donna lieu, au bout de six semaines, à un rétrécissement des plus serrés et des plus réfractaires à la dilatation. Ce rétrécissement, compliqué d'une prostatite volumineuse, fut accompagné à un certain moment d'une paraplégie due à l'irritation produite par la présence d'un calcul, véritable parésie réflexe. Ces faits sont assez rares.

M. LE DENTU a observé un cas analogue chez un malade qui présentait un simple rétrécissement serré de l'urèthre, accompagné

d'une cystite extrêmement légère, mais sans aucune lésion de la moelle. Cet homme, aussi nerveux qu'une femme, présenta, sous l'influence d'un rétrécissement, des signes de paraplégie évidente avec atrophie des muscles de la cuisse gauche, une faiblesse musculaire des membres inférieurs et des plaques d'anesthésie disséminées sur ceux-ci, bien que la vessie continuât à bien fonctionner. Le malade ayant guéri de ses accidents urinaires par la divulsion, la paraplégie diminua peu à peu et l'atrophie musculaire disparut également. Ces phénomènes étaient-ils des troubles réflexes ou le résultat d'une névrite ascendante? Il est impossible de le savoir.

Un second malade observé par M. Le Dentu et qui présentait un calcul du rein gauche du poids de 32 grammes fut, à la suite de l'extraction, atteint d'une hémianesthésie à peu près complète du côté gauche. M. Le Dentu croit devoir rattacher cet accident à l'influence sur la moelle du traumatisme opératoire. On rencontre parfois chez les calculeux des phénomènes de contracture musculaire qui disparaissent dès que les individus ont été débarrassés de leurs calculs.

Anatomie pathologique de la coxalgie. — M. LANNELONGUE a constaté trois fois les mêmes lésions au début de la coxalgie. Il s'agit ici d'une petite fille de cinq ans et demi qui était entrée à l'hôpital avec les signes d'une coxalgie strumeuse datant seulement de quelques semaines. Cette enfant ayant succombé au croup, voici ce qu'on a constaté :

Il n'y avait rien à la capsule ni à l'extérieur, pas de liquide, aucune déformation des surfaces articulaires. Les synoviales étaient tuméfiées et un peu fongueuses. Ayant fait une section de l'os au couteau, M. Lannelongue y a trouvé une cavité placée dans le tissu osseux lui-même, immédiatement au-dessous du cartilage épiphysaire. De petites fongosités partant de cette cavité allaient rejoindre celles des synoviales. Il y avait un peu d'ostéite raréfiante. On trouva aussi quelques granulations dans la moelle. Il s'agissait là d'une coxalgie récente.

A cette occasion, M. Lannelongue fait observer que l'affection tuberculeuse peut rester longtemps sur les os sans donner lieu à aucun phénomène appréciable.

M. MARJOLIN. L'observation de M. Lannelongue est très-intéressante. Le fait qu'il vient de signaler, à savoir que l'affection tuberculeuse peut siéger longtemps sur les os sans donner lieu à aucun phénomène appréciable, est très-important au point de vue du pronostic et semblerait plutôt devoir éloigner les chirurgiens des opérations, des résections que l'on pratique habituellement dans ces cas.

La Société se forme en comité secret.

Le procès-verbal suivant nous a été remis mercredi 29 décembre 1880, à onze heures du matin. Notre tirage ayant dû être avancé de quelques heures, à cause de la publication simultanée des tables, ce document n'a pu être inséré que dans notre premier numéro de 1881 :

A la suite de la lettre écrite par M. le docteur Desprès dans le n° du 22 décembre de la *Gazette des hôpitaux*, M. Krishaber se trouvant offensé, MM. de Munkacsy et O. Bessaignet représentant M. le docteur Krishaber se sont mis en rapport avec MM. le docteur Barré et Germer Baillière représentant M. le docteur Desprès.

Le procès-verbal suivant a été rédigé :

MM. le docteur Barré et Germer Baillière déclarent, au nom de M. le docteur Desprès, que dans sa lettre à la *Gazette des hôpitaux* il n'a visé qu'une question de principes et non une question de personne.

MM. de Munkacsy et O. Bessaignet déclarent de leur côté, au nom de M. le docteur Krishaber, que la lettre écrite par lui à M. le docteur Desprès en date du même jour doit être considérée comme non avenue.

Les soussignés sont persuadés que la lettre publiée par M. le docteur Desprès ne soulève aucun doute sur l'honorabilité du docteur Krishaber, et que, dans la position scientifique de ces deux messieurs, qui ont certainement l'un pour l'autre des sentiments d'estime, il ne pouvait y avoir qu'un malentendu et sont d'avis qu'il n'y a pas lieu de donner suite à l'incident.

DE MUNKACSY. Dr BARRÉ.
O. BESSAIGNET. GERMER BAILLIÈRE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil municipal de Paris a voté dans l'une de ses dernières séances, sur le rapport de M. Lamouroux, les crédits nécessaires pour l'achat de voitures d'ambulances du modèle de celles de Bruxelles, destinées au transport des malades atteints d'affections contagieuses et pour la désinfection des locaux d'indigents où auront éclaté ces maladies.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont institués 1° chefs de clinique chirurgicale : M. Piéchaud, docteur en médecine, en remplacement de M. Mandrillon, dont le temps d'exercice est expiré; M. Monod, docteur en médecine, en remplacement de M. Dubourg, dont le temps d'exercice est expiré. — 2° Chef de clinique chirurgicale adjoint : M. Troquart, docteur en médecine.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Le cours complémentaire d'histoire de la médecine, institué par l'arrêté du 27 février 1874 est et demeure supprimé.

— *Ecole des hautes études.* — M. Manouvrier est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire d'anthropologie dirigé par M. Mathias-Duval à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Kuhff.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz est nommé prosecteur pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1880. M. Astier est nommé préparateur d'histoire naturelle pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1880.

— *Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Pojolat, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques pour une période de dix ans.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Émile Bessières, ancien élève des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, qui vient de succomber à Egreville (Seine-et-Marne), à l'âge de quarante-neuf ans.

— La Société de géographie de Marseille vient de décerner une médaille d'honneur à M. le docteur Bayol, médecin de première classe de la marine, qui a accompagné dans l'Afrique occidentale la mission Gallieni.

— Le bureau de la Société de chirurgie pour l'année 1881 est ainsi constitué : président, M. de Saint-Germain; vice-président, M. Labbé; secrétaire général, M. Heurteloup ; premier secrétaire, M. Le Dentu ; second secrétaire, M. Nicaise ; trésorier, M. Berger ; bibliothécaire-archiviste, M. Terrier.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a composé son bureau pour 1881 de la manière suivante :

Président, M. Billout ; vice-présidents, MM. Tillot et Constantin Paul; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances, MM. Grellety et Cazaux ; trésorier, M. Byasson ; archiviste, M. Japhet.

— M. le professeur Duplay commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 17 janvier 1881, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1881, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien,* par le professeur Trousseau, le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical,* par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral,* par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger,* par le docteur de Valcourt. — *Plus un calendrier à deux jours par page,* la liste des médecins pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; *les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France, les écoles de médecine militaire et navale,* avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc. ; format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 318 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise : 2 francs ; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; n° 4, en maroquin, 7 francs ; n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Paris, Asselin et Ce.

De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin, thèse présentée au concours d'agrégation par L. Hirigoyen. 1 vol. In-8° avec figures. — Prix : 4 francs. — Paris, Germer Baillière et Ce.

Hypothèses actuelles sur la constitution de la matière, thèse d'agrégation par M. Hanriot. — 1 vol. in-8° avec figures. — Prix : 3 francs. — Paris, Germer Baillière et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10564.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'année 1880 s'est terminée et la suivante a commencé pour l'Académie de médecine sur une même discussion, un peu confuse, un peu traînante, passablement riche en redites, et beaucoup trop longue assurément. Nous en allons brièvement indiquer les points principaux.

M. Guéniot avait présenté, il y a quinze jours, les deux cordons ombilicaux de deux jumeaux morts-nés, cordons qu'unissait l'un à l'autre un nœud compliqué. Ce nœud pouvait-il avoir causé la mort de ces petits êtres en entravant la circulation placento-fœtale? M. Guéniot le supposait. MM. Tarnier, Blot et Depaul ont soutenu le contraire. Pour eux, il y aurait là simple coïncidence d'une mort par cause inconnue et d'un nœud trouvé sur les cordons. M. Tarnier a rappelé que dans de nombreuses expériences il avait fait un nœud, deux nœuds, jusqu'à trois nœuds, aussi serrés que possible, sur le cordon ombilical d'enfants qui venaient de naître, sans que cela mît obstacle au passage d'un liquide qu'il injectait dans les vaisseaux. M. Depaul a affirmé que, sur des centaines d'enfants qui étaient nés entre ses mains, des nœuds multipliés (jusqu'à cinq) avaient pu se faire sur le cordon pendant la vie intra-utérine, sans que la santé en souffrît. En outre, M. Blot et M. Depaul se sont attachés à écarter l'argument tiré de l'absence d'autres causes apparentes de mort, en citant des cas dans lesquels on n'avait rien pu découvrir à l'autopsie d'enfants morts-nés. Quant à reconnaître par des signes certains, comme M. Jules Guérin l'eût désiré, les cas dans lesquels l'interruption de la circulation placento-fœtale aurait tué l'enfant, M. Depaul a déclaré que c'était impossible, car, chez les uns, la compression des vaisseaux du cordon amenait l'anémie, chez d'autres la pléthore; les uns étaient trouvés exsangues et décolorés, d'autres rouges et pleins de sang. D'ailleurs, le temps écoulé entre le moment de la mort du fœtus et celui de l'accouchement rendait bien difficiles les recherches anatomiques sur le cordon.

La séance du 28 décembre 1880 avait été levée sur cette conclusion, et pourtant c'est par le récit de recherches anatomiques sur les cordons ombilicaux dont il s'agissait que la discussion s'est rouverte à la séance du 4 janvier 1881.

Des injections de substances ayant été faites dans les artères et dans les veines de ces deux cordons, on avait constaté que les artères de l'un d'eux n'étaient plus perméables dans toute leur longueur. Un espace assez long, dans le voisinage du nœud et à son niveau n'avait pu admettre l'injection poussée soit par l'une, soit par l'autre des extrémités de ces artères. Les veines, au contraire, étaient perméables sur les deux cordons, et les artères elles-mêmes l'étaient sur celui qui correspondait au dernier mort de ces fœtus.

M. Guéniot expliquait donc que le premier fœtus était mort par suite de l'oblitération de ses artères ombilicales et le second par suite du mélange du sang de son frère mort avec le sien au moyen des anastomoses qui unissaient très-largement leurs deux systèmes circulatoires dans le placenta commun. MM. Depaul, Blot et Tarnier ont repoussé cette explication, qui souriait à M. Colin ; ils croient que l'oblitération des artères du premier cordon ne s'était pas faite pendant la vie, mais est le résultat de coagulations qui se sont produites après la mort. Ils ne veulent pas admettre que le sang d'un fœtus mort dans le ventre de sa mère, les membranes étant intactes, puisse jamais devenir une cause de mort pour son frère jumeau. En effet, disent-ils, en dehors de l'action de l'air, il n'y a pas de putréfaction. Le petit cadavre se momifie ou est macéré, mais sans production de matière septique. Dans de pareilles conditions, la septicémie, par mélange des deux sangs, est donc inadmissible.

C'était surtout M. Colin qui avait parlé de septicémie et de putréfaction possible d'un fœtus mort dans ses membranes intactes. Il en avait parlé d'une façon très-dubitative pour l'espèce humaine, très-affirmative, au contraire, en ce qui touche les animaux dont les petits sont renfermés dans les cornes de l'utérus. Chez les vaches, chez les juments, etc., il arriverait souvent, un des petits étant expulsé et un autre restant en place dans l'autre corne de l'utérus, pendant un temps quelquefois très-long, que les membranes de ce dernier et une portion de son placenta se trouvant, par la large section, toujours ouverte, de la corne utérine, en contact avec l'air que ferait circuler dans la matrice les contractions de l'autre corne, se corrompraient d'abord et provoqueraient ensuite, par le mélange des liquides, la putréfaction du fœtus lui-même. Tout ceci n'a rien d'impossible et rien d'antiphysiologique.

Mais M. Blot, dont la parole est prompte, beaucoup plus

que la faculté de saisir la pensée de ses interlocuteurs, a interrompu, s'est exclamé, sous une forme qui a étonné, paraissant peu académique, et, comme un habitué du turf, a parié 1,000 francs, 2,000 francs, 3,000 francs, 10,000! Les paris se sont succédé à tout ce que disait M. Colin, et les chiffres atteignaient 20,000 quand la séance s'est levée.

Mentionnons le discours très-finement écrit, admirablement débité, par lequel M. Henri Roger a clos son année de présidence.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Des appétits en général et de l'appétit digestif en particulier.

La sémiotique n'est autre que l'étude des symptômes et des signes, étude indispensable dans la clinique. Les signes sont objectifs ou subjectifs : objectifs, lorsqu'ils sont perçus par le médecin directement et pour ainsi dire sans l'intervention du malade ou tout au moins sans une intervention bien considérable de celui-ci ; subjectifs, lorsqu'ils ne peuvent être perçus qu'avec la collaboration du malade.

Les signes subjectifs sont de deux ordres : dans le premier rentrent les signes ou symptômes qui ne peuvent être contrôlés par l'objectif qui fait si absolument défaut que le médecin joue auprès de son malade le rôle d'accoucheur pour en tirer tous les renseignements dont il a besoin ; au second ordre appartiennent les symptômes perçus par le malade qui ont pour contrôle les signes objectifs.

Le premier ordre est ce qu'on appelle le grand subjectif ; il est d'une recherche difficile, délicate, et ne peut être découvert que par le tact, l'habileté et l'expérience du médecin. Les phénomènes qui lui appartiennent sont de ceux qui échappent à la constatation même du malade. C'est parmi ceux-ci que je choisirai le sujet de ma leçon d'aujourd'hui.

Tout homme en particulier est disposé à ne rien faire, malgré la série de fonctionnements qui lui sont nécessaires, s'il n'y est incité par un aiguillon, par ce que j'appellerai une mise en train (pour me servir d'un terme usité dans l'imprimerie), par un appétit, pris dans son sens le plus large, et non l'appétit qui s'applique exclusivement à l'appareil digestif. Les appétits sont de tout ordre : charnels, stomacaux ou autres.

C'est donc l'appétit qui fait manœuvrer la fonction : il est la mise en train de tous les fonctionnements. L'homme ne travaille que sous l'influence d'une incitation quelconque ; qu'il se mette à son bureau, — négociant ou écrivain, — il appuie sa tête dans ses mains, mais il ne fait rien tant que l'incitation cérébrale lui manque, et reste dans l'imbécillité, non par défaut d'intelligence, mais par absence d'incitation.

Il en est de même du sens génital, sens essentiellement intermittent, qui s'engourdit et s'éteint sans l'appétit, tandis que celui-ci le réveille. De même du sens du mouvement. L'appétit a donc pour effet de solliciter les fonctions organiques.

Outre ces appétits normaux, il existe des appétits d'un autre ordre, des appétits réflexes qui appartiennent aux individus pathologiques, à ceux qui ont un violent désir de se soustraire à une incommodité quelconque. Ainsi, si l'homme respire dans les conditions normales sans s'en apercevoir, qu'il survienne une circonstance telle, par exemple, qu'il se trouve tout-à-coup exposé à un milieu poussiéreux, sa respiration n'est plus régulière, l'état pathologique apparaît, et l'homme éprouve l'appétit, le besoin de respirer ; voici l'aiguillon. Ici c'est la dyspnée, cette dyspnée, comme vous le savez, qui est un des éléments les plus intéressants dans les affections pulmonaires.

Si maintenant nous spécialisons, nous circonscrivons l'étude de l'appétit à celui qui se rapporte à l'appareil digestif, en le prenant pour type des divers appétits, nous verrons que tout appétit se compose, au premier temps, d'une incitation vague, indescriptible, qui appartient aux phénomènes les plus obscurs de la physiologie. S'il en est dont on puisse se rendre compte, il en est d'autres, au contraire, dont on n'a nulle conscience ; il en est aussi entre ces deux extrêmes qui comportent un état de demi-conscience. L'appétit au premier temps est de ces derniers, c'est-à-dire de ceux dont l'on n'a qu'une conscience vague et indécise. Le second temps comporte la période de réflexion ou mentale sur l'incitation première, période qui joue un rôle considérable dans certains appétits parce que le malade raisonne sa sensation ; c'est l'éveil d'une décision. C'est dans l'appareil génital que se trouve le maximum de cette période mentale, quelquefois si confuse encore, notamment, pour citer un exemple, chez la jeune fille qui est en train de se former, qui ne se rend nul compte des malaises qu'elle éprouve, par le défaut de la notion de l'appétit nouveau qui vient de s'éveiller en elle ; elle éprouve ainsi la plupart des phénomènes nerveux de la chlorose, sans cependant qu'elle soit chlorotique.

C'est cet appétit qui constitue aussi ce que l'on a appelé le platonisme du sens génital, travail intellectuel et moral pendant lequel le malade se demande s'il succombera ou non.

Autre fait : un malade atteint de la fièvre typhoïde entre dans la période de la convalescence ; il sent son appétit renaître et demande des aliments qu'on lui refuse ; alors son esprit travaille à se composer les menus les plus fantastiques, toujours également refusés, qui viennent inciter encore son appétit, le surchauffer même jusqu'au mensonge.

Par contre, le même travail mental peut nuire à l'appétit, l'éteindre même chez l'individu qui cherche à réagir contre lui, à lutter, qui ne veut pas manger, comme l'amoureux qui, malgré sa passion, s'écrie : Jamais ! et cherche à réagir contre elle.

L'appétit, on le voit, a commencé par une incitation d'abord inconsciente, puis consciente, qui a pour résultat ou d'augmenter ou de diminuer cet appétit, voire même de le faire disparaître. Mais il ne consiste pas seulement à mettre la fonction en œuvre, il l'accompagne pendant toute sa durée, qu'il s'agisse soit du sens génital où cette durée est assez courte, soit de l'appareil digestif où elle est beaucoup plus longue. Il faut que l'appétit continue pendant tout le temps du repos pour que l'individu mange, sinon il cesse de manger, et survient alors le phénomène bizarre ou du rassasiement ou de la satiété, ce qui n'est pas du tout la même chose. La sensation est complètement différente dans l'un et l'autre cas. Contre la satiété la lutte est impossible, tandis qu'il n'en est pas de même contre le rassasiement.

Nous venons donc de voir les quatre ordres de phénomènes se succédant les uns aux autres : 1° la mise en éveil ; 2° la délibération ; 3° la sensation graduelle, et 4° la satiété.

L'appétit présente encore certains côtés curieux ; ainsi un homme qui jouit ordinairement d'une assez bonne santé éprouve soudain un appétit excessif, tel que sa nourriture

ordinaire lui est insuffisante. Il a débuté dans ce cas par une sensation brusque qui n'est pas l'appétit, mais pour laquelle la langue, si riche en expressions, nous donne le mot faim. Les casuistes ont inventé un autre mot: la concupiscence, c'est-à-dire l'appétit sexuel ou charnel qui veut agir à la minute, brutalement, appétit qui, pour l'appareil digestif, s'appelle la faim. Cette faim est une sensation un peu douloureuse que l'on éprouve au creux de l'estomac: dans le peuple on l'appelle la fringale ; c'est un malaise digestif que l'on espère guérir par la nourriture. Vous voyez des individus qui se contentaient régulièrement chaque jour d'une livre de pain, par exemple, se mettre à consommer, du jour au lendemain, jusqu'à sept ou huit livres de pain. Vous vous attendez à ce qu'ils auront par suite une indigestion ; point du tout, le tout se digère parfaitement et cela pendant plusieurs jours de suite, sans nausées, ni vomissement, ni diarrhée, ni malaise aucun. La capacité et la puissance digestives se sont mises à l'unisson de cet appétit, et, comme lui, sont devenues énormes, parce que, pendant tout le temps qu'il a ainsi mangé, l'appétit ne l'a pas quitté un seul instant.

Cet appétit plus grand se rencontre quelquefois chez les cancéreux, dans le cancer de l'estomac, au début, dans la période d'apparition du mal, mais il ne dure pas ; bientôt, au contraire, l'appétit normal diminue, et survient la satiété. L'individu est rassasié avant d'avoir mangé.

Le rassasiement peut être extrême et aller jusqu'au dégoût ; il peut être partiel de tel ou tel aliment. Dans le cancer l'absence d'appétit peut indiquer le début de la maladie, et l'indifférence préalable, qui peut précéder tous les autres phénomènes, dure plus ou moins, et se transforme en répugnance pour certains aliments, surtout pour la viande. C'est le rassasiement avec dégoût qui peut aller jusqu'à conduire le malade à faire, dans ses courses, tous les détours imaginables pour éviter même de passer devant une boucherie. Voilà donc ici une barrière puissante à l'alimentation, tandis que tout à l'heure nous avions un appétit extrême. Entre les deux nous trouvons tous les degrés possibles.

L'anorexie est cet état particulier des individus chez lesquels le fonctionnement de l'appétit manque ; parmi les anorexies il faut citer l'anorexie hystérique, caractérisée par de l'indifférence, de la répugnance, du dégoût, enfin par le rassasiement, et, le sujet ne s'alimentant plus, sa santé baisse et parfois, rarement il est vrai, peut finir par la mort. Voici une jeune fille qui a une gastralgie semi-chlorotique, elle éprouve une sensation stomacale incommode après avoir mangé. Elle est loin de ressembler à ces individus qui, le repas terminé, savourent encore voluptueusement les aliments qu'ils ont consommés, et, la période mentale survenant, elle se refuse volontairement, systématiquement, à prendre aucune nourriture. Elle se condamne à une inanition absolue, analogue à celle que l'on constate chez certains aliénés qui repoussent pour un motif quelconque tous les aliments qui leur sont servis. La chose est si mentale chez cette jeune fille, bien qu'elle ne soit point aliénée, que, si l'on veut avoir raison de ses refus, il faut savoir l'attaquer adroitement par l'état mental lui-même ; il faut changer la direction de ses idées, il faut arriver à la nourrir par une alimentation dissimulée.

Vous trouverez aussi chez certains individus la répugnance appétitive pour certains aliments qui mettent parfois le médecin dans un grand embarras ; ainsi vous ordonnez le régime lacté à des convalescents qui, depuis qu'ils ont été sevrés, n'ont pour ainsi dire jamais pu boire de lait.

A côté de cela, vous avez les appétits dépravés qui portent sur un grand nombre de substances nullement alimentaires et parmi lesquelles celles que l'on rencontre le plus souvent sont le charbon, le plâtre, des petits cailloux. Je pourrais vous citer, à ce propos, une jeune fille du meilleur monde qui dévora ainsi près de la moitié de la redingote de son professeur de dessin.

En résumé, l'appétit est la clé, la raison d'être de la digestion ; sans lui, pas d'alimentation, pas de digestion.

La thérapeutique de l'appétit est donc des plus délicates et doit avoir pour but de donner le goût de la nourriture, la puissance de l'appétit ; elle doit avoir pour guide l'étiologie même de l'appétit disparu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

I. Arthrite suppurée du coude, ostéomyélite, stalactites osseuses. — II. Tumeur hypertrophique parotidienne.

I. Le premier malade que nous allons opérer est un jeune homme de vingt-deux ans, couché au lit n° 14 de la salle Sainte-Marthe et porteur d'une tumeur du coude gauche.

Il prétend avoir reçu, il y a dix ans, un coup violent dans la région du coude qui aurait amené d'abord un gonflement assez considérable, puis un abcès, lequel aurait donné lieu à la formation de fistules. Ces dernières auraient depuis lors persisté, et de fait nous en retrouvons aujourd'hui plusieurs dont le trajet pénètre jusque dans l'articulation. Celle-ci s'est, de plus, ankylosée, malgré l'altération notable des surfaces articulaires.

Il est évident que telle peut être la cause directe de l'arthrite suppurée ; mais il est probable aussi que le sujet présentait quelque prédisposition lymphatique ou scrofuleuse, sans quoi la lésion traumatique primitive aurait guéri depuis longues années, sans se terminer par une ostéite chronique, par une nécrose qui paraît s'étendre actuellement jusque dans la cavité de l'humérus, à une assez grande hauteur.

La question importante ici est donc de savoir si l'ostéite est assez limitée pour n'exiger que la mise à nu des épiphyses et leur résection, ou si, au contraire, son étendue n'exigera pas l'évidement de l'os et la pose d'un drain à demeure pendant quelque temps. Dans le premier cas, il s'agit d'un traumatisme simple, et, les séquestres retirés, l'opération sera légère ; dans le cas contraire, celle-ci sera plus sérieuse et de longue durée.

Le stylet, conduit à travers les fistules, indique un épaississement notable de l'humérus remontant jusqu'à la partie moyenne de l'os, tandis que, du côté du radius et du cubitus, les lésions paraissent plus limitées, d'où il nous semble probable que l'humérus aura été atteint primitivement et les os de l'avant-bras secondairement. Il est des endroits où l'os est dur, d'autres où les surfaces articulaires sont certainement dénudées, enfin l'olécrâne paraît être dans les mêmes conditions, et sur la face antérieure de l'humérus on sent de petites esquilles. Nous avons donc là un mélange d'ostéite et de carie bien plutôt qu'une véritable carie nette et franche.

Nous allons mettre à nu les surfaces articulaires par une incision qui nous donnera un lambeau convexe en bas et dont les extrémités rejoindront d'un côté l'épicondyle, de l'autre l'épitrochlée.

La peau, d'un rouge violacé, est assez fortement enflammée et par suite assez difficile à détacher. L'insertion du triceps

détachée, l'olécrâne est découvert sur ses deux faces ; il est tuméfié, en rotation sur place, en grande partie luxé et tourné en dedans, situation qui rend la lésion du nerf cubital beaucoup plus facile. Quant au radius, il a suivi un peu l'olécrâne, mais son déplacement relatif est moindre. En résumé, l'articulation est tellement déformée qu'il est difficile, au premier abord, de reconnaître la position des os.

Le périoste, épaissi, se laisse facilement décoller à la face externe et postérieure de l'olécrâne ; les veines sous-cutanées et même les veines sous-périostiques sont plus développées qu'à l'état normal ; il existe des fongosités nombreuses et énormes. Le radius est soudé à l'humérus par des stalactictes osseuses qui donnent à ce dernier un allongement apparent de 1 à 2 centimètres. Les trajets fistuleux conduisent jusque dans l'intérieur de l'humérus et nécessitent d'agrandir la première incision convexe par une seconde incision, verticale cette fois, qui permette de dégager le bord externe de l'humérus.

L'extrémité supérieure de l'olécrâne est réséquée par la scie d'abord, par la gouge et le maillet ensuite, afin de ne pas intéresser les couches profondes. L'extrémité articulaire de l'humérus est tellement déformée qu'il est impossible de la réséquer en une seule fois, mais qu'il est nécessaire d'agir séparément sur l'un et l'autre côté, interne d'abord, externe ensuite, après avoir eu soin de détacher le périoste. On rencontre de grandes stalactites qui s'étendent de la surface articulaire de la trochlée et de l'épitrochlée à la face antérieure du cubitus. La surface articulaire de la cavité sigmoïde du cubitus est détruite par la suppuration, tandis que la surface articulaire de l'olécrâne est restée saine, et l'on rencontre une ostéite raréfiante qui exige certains soins pour éviter que l'os ne se fracture. La tête du radius est enflammée ; elle est le siège d'une ostéite également raréfiante.

Enfin, une ostéomyélite de l'humérus qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'os nécessite une contre-ouverture à une certaine hauteur du bras et la pose d'une couronne de trépan pour l'établissement d'un tube à drainage dans la cavité de l'os et afin d'obtenir une bonne guérison sans récidive ; puis l'avant-bras est remis dans une bonne position.

II. La seconde malade est une femme de cinquante-neuf ans, sans aucun antécédent héréditaire et qui s'est toujours bien portée. Il y a vingt ans que, pour la première fois, elle s'est aperçue d'une petite tumeur située en avant de l'oreille droite, près de l'arcade zygomatique. Elle lui fut enlevée en 1870, à Strasbourg, mais six semaines après elle récidivait. Depuis lors, cette tumeur a peu à peu augmenté de volume, jusqu'à acquérir les dimensions actuelles ; elle est douloureuse à la pression.

Actuellement cette tumeur, lobulée, occupe la région parotidienne, qui ne suffit pas à la contenir, et déborde en haut sur l'arcade zygomatique, formant en ce point un lobe distinct des autres par sa consistance molle. En avant, elle occupe toute la région massétérine, en arrière le tiers antérieur du muscle sternomastoïdien, en bas enfin elle descend jusqu'à l'angle de la mâchoire. Le conduit auditif n'est pas atteint ; les téguments superficiels sont soulevés, mais sains.

Si l'on soulève l'oreille, on découvre une petite gouttelette de sang qui s'écoule par l'orifice d'un trajet fistuleux qui s'est formé au niveau de l'ancienne cicatrice. Un stylet introduit ne rencontre qu'une fistule borgne.

Sauf dans le lobe, où nous avons constaté une certaine mollesse, le reste de la tumeur présente une consistance analogue à celle du tissu fibreux ; elle est mobile sous la peau, mais non sur les parties profondes avec lesquelles elle semble, en certains points, avoir contracté des adhérences, bien qu'elle paraisse avoir conservé sa capsule propre.

Cette tumeur ne saurait être maligne ; ce n'est ni un squirrhe, ni un carcinome ; elle ne durerait pas ainsi vingt ans sans avoir contracté des adhérences avec la peau, qui depuis lors devrait être détruite. A peine pourrait-elle être sarcomateuse, mais elle est plus dure que le sarcome, et je croirais plutôt à une tumeur ganglionnaire hypertrophique, par les ganglions toujours nombreux dans cette région, à moins qu'elle ne soit glandulaire, parotidienne. Elle est en apparence multiple ou composée de plusieurs poches. La partie fibreuse surtout paraît être le siège de l'hypertrophie, mais il peut se faire aussi que la partie acineuse soit prise et qu'il y ait quelque tendance à un état caséeux ; cependant cela paraît moins probable. En tous cas, je ne crois ni à une tumeur tuberculeuse ni à la formation d'éléments néoplasiques.

Dans l'opération que nous allons pratiquer, le danger n'est pas dans les vaisseaux que nous pouvons rencontrer, malgré leur nombre, mais dans la présence du nerf facial, dont nous devons éviter avec le plus grand soin de léser les divers rameaux. C'est pourquoi nous nous servirons le moins possible du bistouri, et, si la capsule existe encore, nous nous efforcerons d'énucléer la tumeur, en la morcelant par fragments, si cela est nécessaire, au moyen de la spatule. L'opération en sera d'autant plus longue, il est vrai ; mais les résultats seront plus sûrs.

Ainsi que cela avait été prévu, la tumeur était hypertrophique, parotidienne, sans état caséeux, mais d'apparence enchondromateuse dans sa partie profonde, où elle était mal délimitée et où la capsule fibreuse présentait en certains points des adhérences semi-cartilagineuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 décembre 1880. — Présidence de M. Roger.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Gaujot, professeur au Val-de-Grâce, qui pose sa candidature dans la section de médecine opératoire ;

2° Une lettre de remerciements de M. Boutet (de Chartres), récemment nommé membre correspondant ;

3° Une *Notice sur les travaux de thérapeutique* de M. Charles Brame (de Tours) à l'appui de sa candidature au titre de correspondant ;

4° Une lettre de M. Cambassédès, du Vigan (Gard) sur une épidémie de variole observée en 1879 (commission des épidémies) ;

5° Une deuxième note de M. Laveran, professeur agrégé au Val-de-Grâce, relative à un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.

M. Dujardin-Beaumetz, en déposant sur le bureau de l'Académie le dernier bulletin de la Société française de tempérance, expose brièvement les résultats qu'il a obtenus sur des porcs par l'administration longtemps continuée de diverses sortes d'alcools.

Jusqu'à présent, aucune altération anatomique ne paraît avoir été produite sous l'influence de l'alcoolisme chez ces animaux ; mais ils commencent à maigrir, présentent fréquemment des trou-

bles gastriques et intestinaux, paraissent somnolents et notablement abrutis, même dans les intervalles durant lesquels on ne leur donne pas d'alcool. Au contraire, les porcs qui prennent de l'absinthe sont excités et méchants.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un correspondant dans la division de chirurgie.

La commission présente : en première ligne, M. Desgranges (de Lyon) ; en deuxième, M. Hermann (de Mulhouse) ; en troisième, M. Bourguet (d'Aix) ; en quatrième, M. Delore (de Lyon) ; en cinquième, M. Michel (de Nancy); en sixième, M. Cazin (de Boulogne). En outre, l'Académie a adjoint à la liste de présentation M. Sarrazin. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 62, majorité 32 : M. Hermann obtient 28 suffrages, M. Desgranges 27, M. Sarrazin 3, M. Cazin 2, M. Michel 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un deuxième tour de scrutin.

Au deuxième tour, M. Hermann obtient 40 suffrages, M. Desgranges 27. En conséquence, M. Hermann est proclamé membre correspondant.

ÉLECTIONS

L'Académie procède ensuite au renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1881.

Sont nommés membres des commissions suivantes :

Épidémies. — MM. Maurice Raynaud, Léon Colin.
Eaux minérales. — MM. Proust, C. Paul.
Remèdes secrets. — MM. Jungfleisch, Alf. Fournier.
Vaccine. — MM. Guéniot, Legouest.
Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau, H. Roger,

DISCUSSION

Nœud du cordon placentaire. — MM. TARNIER, BLOT, DEPAUL, GUÉNIOT, JULES GUÉRIN. (Voir le Premier-Paris.)

Séance du 4 janvier 1881. — Présidence de M. ROGER.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de remerciements de M. Hermann, récemment nommé membre correspondant; 2° des lettres de candidature de MM. Terrier et Lannelongue pour la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. H. Roger, président de 1880, rend d'abord compte de la visite que le bureau de l'Académie a faite, à l'occasion du jour de l'an, à M. le ministre de l'instruction publique; il a été naturellement question, dans cette entrevue, de l'installation misérable de l'Académie et de ses collections. M. Jules Ferry s'est montré très-disposé à demander aux Chambres les cinq ou six cent mille francs nécessaires à la construction d'un édifice convenable sur le terrain de 1600 mètres déjà concédé depuis plusieurs années.

M. Roger expose ensuite les principaux faits académiques qui se sont passés pendant sa présidence; il rappelle les pertes nombreuses qui ont affligé l'Académie pendant ces deux dernières années (onze décès en 1879 et quatre en 1880), et il paye un tribut d'éloges à MM. Broca, Delpech, Peisse et Personne, qui ont succombé tous à une mort subite. Puis il souhaite la bienvenue aux neuf collègues qui ont comblé les vides. Il signale les nombreux travaux communiqués en séance pendant l'année et il insiste sur ceux de M. Pasteur.

Avant de quitter le fauteuil, M. Roger rend compte de ses actes et mentionne les incidents heureux survenus pendant sa présidence. Il annonce que le buste de Roche et le portrait de Piorry ont été offerts à l'Académie et placés dans ses salles.

Il adresse de nouveau des remerciements à ses collègues, et invite MM. Legouest et Gavarret à prendre au bureau la place, l'un de président pour 1881, et l'autre de vice-président.

Présidence de M. LEGOUEST.

DISCUSSION

Nœud du cordon placentaire. — MM. GUÉNIOT, DEPAUL, BLOT, TARNIER, COLIN. (Voir le Premier- Paris.)

REVUE DE THÈSES

Le tatouage des artères appliqué à la chirurgie d'armée, par J. COMTE. — L'hémostase est pour le médecin militaire sur le champ de bataille le problème de tous les instants, l'indication immédiate, pressante, mais rarement remplie. En 1819, Morand écrivait que « les trois quarts des blessés qui succombent sur le champ de bataille périssent d'hémorrhagie, de prompts secours les auraient sauvés ». Legouest estime ce chiffre à 18 0/0. Chenu donne la même proportion. (Guerre de 1870-71 ; statistique prussienne du docteur Engel : Allemands tués 17,750; blessés 127,867. Résultats généraux : 1 tué sur 44; 1 blessé sur 7. — Mêmes résultats pour l'armée française, statistique du docteur Chenu.)

Or, d'une part, le médecin n'est pas là au moment même où le soldat reçoit une blessure, et, d'autre part, le soldat ignore absolument les moyens d'hémostase. Est-il donc impossible de lui en rien apprendre, de mettre entre les mains du soldat un appareil si simple qu'il puisse s'en servir utilement sans aucune notion technique? L'initier à l'hémostase temporaire comme s'il connaissait le système artériel, lui apprendre le trajet des vaisseaux sans anatomie, tel est le but de l'auteur. M. J. Comte décrit un procédé nouveau : l'*artériographie* ou tatouage des artères.

Il propose de tatouer la peau sur le trajet des gros troncs artériels, en certains points favorables, ce qui permettra d'indiquer *de visu* à l'homme le plus inexpérimenté d'une façon nette, précise, fixe et indélébile, le point où il devra comprimer le vaisseau soit avec le doigt, soit avec l'appareil qu'il aura sous la main ou qu'il pourra improviser, par exemple avec un caillou noué dans une cravate ou un mouchoir. Chaque soldat peut, de la sorte, faire lui-même très-efficacement la compression d'un vaisseau blessé et attendre les secours de l'homme de l'art.

Il ne s'agit pas de multiplier ces tatouages ni de faire du soldat un musée de peinture; mais il suffirait de tatouer les points classiques de compression des artères des membres (humérale au tiers moyen du bras et fémorale sur l'éminence iléo-pectinée). On s'en tiendrait à une ligne ponctuée formée de trois stigmates isolés distants de un centimètre.

Cette méthode semble devoir donner des résultats efficaces si l'on en juge d'après l'expérience déjà faite par M. le docteur A. Comte sur les dragons de son régiment. Un certain nombre de cavaliers étant présents à la salle de visite, le médecin-major leur explique brièvement le but et l'utilité de ce qu'il va entreprendre, et fait devant eux l'application de la méthode. Aussitôt après les soldats répètent eux-mêmes la compression de l'artère et y réussissent très-bien et très-vite.

Applicables sur le champ de bataille, ces notions d'hémostase se répandront ensuite dans les campagnes. Rentré dans ses foyers, le soldat qui aura gardé son tatouage n'oubliera pas la valeur de la compression des artères, et, le cas échéant, pourra s'en servir.

Des blessures des artères athéromateuses, par G. CAULE. – Dans une leçon clinique sur les « dénudations artérielles » (voir *Gaz. des hôp.*, 1878, n° 132), M. le professeur Verneuil rappelait les cas d'hémorrhagies foudroyantes survenues à la suite de sphacèle et de perforation d'artères dénudées, en faisant remarquer que ces accidents ne surviennent jamais que dans des conditions défavorables chez des sujets débilités. C'est donc sous l'influence des accidents généraux que se produiraient ces ulcérations artérielles, et c'est à l'état constitutionnel qu'il faut les attribuer. Un élève de M. Verneuil, M. Caule, reprend la proposition connue de son maî-

tre : « La blessure des tissus et des organes malades diffère absolument de celle des tissus ou des organes sains. » Cette loi de pathologie générale s'applique aux artères, et, suivant que ces vaisseaux sont enflammés, qu'ils sont dénudés, qu'ils présentent les lésions de l'athérome, et, en résumé, qu'ils ont subi une altération de quelque nature que ce soit dans leurs parois, on constate dans l'évolution des blessures chirurgicales ou accidentelles qui les atteignent des phénomènes absolument différents.

Dans l'athérome la tunique externe est peu lésée; les lésions portent surtout sur la tunique moyenne et les couches profondes de la tunique interne qui s'incrustent de sels calcaires. La tunique interne devient faiblement adhérente à la tunique moyenne. La tunique externe est facilement séparable de la tunique moyenne, qui présente une friabilité excessive. Il y a donc dans l'anatomie d'une artère athéromateuse deux points importants : la diminution d'élasticité de la tunique moyenne et la faible adhérence des tuniques entre elles. Ces conditions spéciales influent sur la marche des blessures de ces artères. De ses observations et de ses expériences cadavériques, M. Caule conclut que les contusions des artères athéromateuses sont graves parce qu'elles peuvent détacher un fragment de la tunique interne, d'où résultent des coagulations dans l'intérieur du vaisseau et l'oblitération de celui-ci.

Dans les plaies par section, l'hémostase ne pourra se faire naturellement, parce que le vaisseau n'a plus la rétractilité qui l'attire dans les parties profondes, ni la contractilité qui tend à diminuer son calibre. Il faut donc immédiatement en faire la ligature et, si la paroi est très-friable, faire la ligature dans la gaine.

Les blessures des artères athéromateuses par arrachement diffèrent encore absolument des blessures par arrachement des artères saines. Dans le cas d'artères saines il y a effilement des deux bouts, pas d'hémorrhagie. Dans le cas d'artères athéromateuses, il n'y a pas d'effilement et l'hémorrhagie est fatale.

Traitement des plaies de tête par le cataplasme, par B. Delcambre. — En présence d'une plaie par instrument tranchant ou d'une plaie contuse, mais dont les bords sont assez réguliers pour ne pas faire craindre un érysipèle, on devra tenter la réunion immédiate. Quant au mode de pansement, dit M. Delcambre, tous les pansements employés jusqu'à ce jour ont donné des succès. Le pansement ouaté a procuré d'excellents résultats; son efficacité est donc incontestable, mais son application difficile permet rarement de l'employer.

Les bandelettes de diachylon sont un mode de pansement par occlusion beaucoup plus simple, on s'en servira donc plus généralement. Les résultats du pansement à l'eau froide (compresses ou irrigation) montrent qu'il peut remplacer quelquefois le pansement par l'alcool et les cataplasmes.

L'alcool pur ou camphré semble d'une efficacité plus grande encore que les traitements précédents. Une série de quatre-vingts observations, recueillies dans le service de M. Desprès, démontre les véritables succès obtenus par le cataplasme, ce qui engage l'auteur de cette étude comparative à placer ce pansement au même rang que le pansement à l'alcool et à lui prédire la même faveur dans l'avenir.

Considérations sur l'héméralopie épidémique, par A. Comme; **Considérations sur l'héméralopie**, par E. Dubois. — On désigne sous le nom d'héméralopie une affection qui serait mieux nommée anyctalopie puisque, suivant l'expression de Gubler, la maladie consiste non pas à voir pendant le jour, mais, au contraire, à ne pas voir dès que le soleil est au-dessous de l'horizon.

Pendant une campagne de trente mois dans l'océan Pacifique, à bord de l'aviso *le Limier*, M. Comme, médecin de première classe de la marine, a observé une épidémie d'héméralopie. Cette forme d'héméralopie diffère de l'héméralopie symptomatique qui s'accompagne des signes ophthalmoscopiques d'altérations rétiniennes. Ici, il s'agit de l'héméralopie endémique ou épidémique, très-rare dans la population civile, et fréquente, au contraire, chez les soldats et les marins. Elle est devenue plus rare, maintenant que les traversées sont plus courtes et que le bien-être des équipages a augmenté.

C'est, en effet, une affection qui ne se développe que longtemps après l'embarquement et lorsque les conditions hygiéniques et alimentaires de l'équipage sont moins satisfaisantes. La côte occidentale de l'Amérique du Sud est regardée généralement comme un foyer d'héméralopie pour les équipages. Celle-ci est tellement rare à terre que bien des personnes n'en ont jamais entendu parler. En outre, elle ne se déclare pas à bord des bâtiments qui y arrivent pour la première fois venant d'Europe, mais bien après un séjour déjà prolongé dans le Pacifique.

L'affection ne s'est déclarée à bord que huit mois après le départ, alors que les vivres frais étaient rares et que les légumes manquaient absolument. Sur un effectif de cent cinquante hommes, il y a eu seize héméralopes; chez chacun d'eux l'affection a récidivé trois, quatre et même cinq fois.

Les conditions climatériques et atmosphériques étaient autrefois considérées comme la cause prédominante de cette héméralopie. Les marins acceptaient volontiers l'idée d'attribuer à la lune une influence sur la production d'une maladie qui ne se manifeste que la nuit, et qui se montre surtout dans des climats où notre satellite brille d'un vif éclat. Mais P. Rivière a précisément remarqué que c'était justement quand il n'y avait pas de lune que l'affection était le plus fréquente. (Est-ce parce que les officiers ne couchent pas sur le pont pendant la nuit, comme les marins, que ces officiers sont exempts d'héméralopie, ou bien est-ce, d'après une autre théorie, parce qu'ils ont une hygiène plus satisfaisante ?)

L'influence d'une lumière solaire très-vive a été généralement admise. « Il en est, dit Fonssagrives, de la rétine comme des autres organes; sa surstimulation prolongée ne peut qu'entraîner à la longue des paralysies. Une papille nerveuse de la langue, excitée par des aliments de haut goût, n'appréciera bientôt plus que les saveurs fortes. De même aussi la clarté sidérale de la nuit devient, dans les pays chauds, insuffisante pour impressionner une rétine affadie par des sensations de lumière trop vives. »

Mais cette influence solaire ne suffit pas pour amener une épidémie d'héméralopie. Celle-ci ne survient qu'après des travaux fatigants, ou elle précède l'apparition d'une épidémie de scorbut. L'effet du soleil produit d'ailleurs généralement des symptômes qui sont tout l'opposé de ceux qu'on observe dans l'héméralopie, c'est-à-dire une hyperémie active ou artérielle, une hyperesthésie bien plutôt qu'une anesthésie de la rétine.

Naturam morborum ostendunt curationes. Le traitement fournit encore ici l'indication de la nature probable de l'héméralopie épidémique. Celle-ci, en effet, disparaît dès que les conditions hygiéniques de l'équipage deviennent meilleures. Dès que cesse la débilité générale des matelots, dès qu'ils ont pu reprendre un régime frais et surtout végétal, dès que le scorbut a disparu, l'héméralopie disparaît à son tour. Elle n'est donc pour ainsi dire qu'un symptôme de l'affaiblissement de l'organisme; elle est le résultat de l'anémie rétinienne (de Wecker), anémie dépendant de l'anémie générale de l'organisme. A l'exemple de MM. Gosselin, Dupont, Baizeau, M. Comme considère l'huile de foie de morue comme le meilleur remède à employer contre l'héméralopie épidémique, sans préjudice, bien entendu, d'une alimentation composée de viandes et de légumes frais, toutes les fois que la chose sera possible.

Dans une dissertation inaugurale traitant du même sujet, nous retrouvons des idées analogues soutenues par un autre médecin de marine.

Étant donné, dit M. Dubois, les circonstances dans lesquelles a lieu l'apparition de la maladie, les premiers cas d'une épidémie s'étant montrés seulement dans la deuxième année de la navigation, et toujours après une traversée plus ou moins longue, il semble rationnel d'admettre comme cause prédominante la double fatigue causée par un service et une nourriture peu variée.

Si, de ces faits, nous rapprochons les bons résultats obtenus par la médication tonique, nous pensons que l'anémie pourrait être considérée comme la cause principale de l'affection. L'amélioration

sensible qui se manifeste dans l'état des malades après quelque temps de séjour sur une rade, alors qu'on peut leur procurer des aliments frais et surtout des végétaux, ne tiendrait-elle pas à prouver que le régime du bord a produit un état d'anémie qui pourrait être dû à la privation des sels de potasse?

Contribution à l'étude du béribéri, par H. Vergniaud; **Études sur le béribéri à Cayenne**, par A. Hemeury. — C'est encore aux améliorations hygiéniques que les médecins de marine demandent la prophylaxie d'une autre maladie très-rare sur nos continents, nous voulons parler du béribéri. Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié les intéressantes leçons de M. le professeur Laboulbène à l'occasion d'un cas de béribéri observé à l'hôpital de la Charité. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, n[os] 26 et 27.) Nous ne reviendrons pas sur l'histoire de cette curieuse maladie. Signalons seulement, dans les relations faites par M. Hemeury et Vergniaud d'épidémies de béribéri observées à Cayenne et en Cochinchine, les indications d'anatomie pathologique qui semblent favorables à la théorie qui fait du béribéri une affection de la moelle, une myélite aiguë des cornes antérieures.

Pour le prévenir, c'est l'hygiène alimentaire qu'il faut surveiller et modifier partout où apparaît le béribéri. « Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la nature du béribéri, dit Leroy de Méricourt, il est impossible de méconnaître la puissance de l'hygiène. Il est plus facile de se prémunir contre cette maladie que de la guérir quand elle s'est manifestée. »

Considérations sur la Syrie, par C. Bœuf. — Pendant très-longtemps on a nié l'existence de la rage dans tout l'Orient. Cependant, dit le docteur Bœuf dans sa thèse sur la Syrie, la rage a été parfaitement constatée en Syrie. Il est vrai qu'elle y est fort rare : toutefois l'autorité des médecins qui l'ont observée enlève toute espèce de doute à ce sujet. M. le docteur Sucquet en a vu un cas dans une période de neuf années. M. le docteur Dobrowski en avait du reste signalé antérieurement deux ou trois cas. Enfin, les docteurs Amstein, à Alexandrie, et Camescasse, à Smyrne, ont pu à leur tour en recueillir plusieurs observations.

Mais, en dehors de ces preuves authentiques, les Arabes nous donnent sur l'état du chien enragé des détails si complets et si précis qu'on ne peut douter que la rage n'existe en Syrie. Le traitement indigène de la rage est basé sur la durée probable de l'incubation, il dénote un certain esprit d'observation.

Les Orientaux commencent par cautériser la plaie, ensuite la personne mordue est soumise pendant quarante jours à une diète végétale complète et sévère. Elle ne doit pas dormir pendant les nuits qui s'écoulent du quarantième au cinquantième jour. Pour arriver à ce résultat on entoure le patient de musiciens et de danseurs qui doivent le distraire. Chaque matin de ces nuits, on lui bande les yeux et on le conduit au bord de la mer. Dès qu'on y est arrivé, on lui débande les yeux et on lui projette de l'eau sur la figure en grande abondance au moment où le soleil se lève. Les médecins arabes ont une très-grande confiance dans ce traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A dater du premier janvier 1881 la modique rétribution allouée aux médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris est élevée d'une façon notable. L'augmentation, proportionnelle aux traitements antérieurs, se fait également dans les arrondissements excentriques et dans ceux du centre de la ville. C'est ainsi que les traitements de 1,200 francs se trouvent dès maintenant portés à 1,500 francs, ceux de 1,400 francs à 1,800 francs et ceux de 1,800 francs à 2,400 francs.

— Un troisième service hospitalier vient d'être créé à l'Hôtel-Dieu annexe et confié à M. le docteur Hutinel, médecin du Bureau central. D'autres services provisoires de médecine ont aussi été ouverts : 1° aux Tournelles, sous la direction de M. le docteur Hanot ; 2° à Saint-Louis, confié à M. le docteur Landrieux ; 3° à Saint-Antoine, pour les varioleux, sous la direction de M. le docteur Du Castel.

— *Concours.* — Le concours ouvert au mois de décembre pour deux places de médecin-adjoint des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Charpentier et Deny.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 janvier, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° installation du bureau ; 2° constitution médicale du mois de décembre ; policlinique ; 3° de la dilatation de l'estomac ; étiologie et traitement, par M. Galippe ; 4° Des complications de la scarlatine, par M. Dupouy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Projet d'organisation du service de santé de la Compagnie du canal interocéanique de Panama. Lettre à M. le comte Ferdinand de Lesseps, par le docteur Louis Companyo, directeur conservateur du Muséum d'histoire naturelle de Perpignan. In-8° de 137 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur, thèse présentée au concours d'agrégation, par Ch. Porak. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Germer Baillière et C[e].

Manuel d'histologie pathologique, par Cornil et Ranvier. Seconde édition, revue et augmentée. Tome I, 1 vol. grand in-8° avec 281 figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Germer Baillière et C[e].

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10578.

N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 8 JANVIER 1881. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Accidents bronchiques et broncho-pneumoniques de la variole.

On a observé et décrit dans l'histoire de la variole l'éruption bucco-pharyngienne et laryngienne ; on a signalé aussi l'existence de l'enanthème bronchique ou trachéo-bronchique, mais on n'en a rapporté que peu d'exemples. On voit plus souvent survenir pendant le cours de la variole une bronchite non pustuleuse, se manifestant sans participation de la trachée au processus congestif. Cet état congestif des bronches, avec ou sans pustulation, paraît s'être présenté plus fréquemment que d'habitude pendant le cours de l'épidémie variolique actuelle. C'est à cette circonstance que nous devons une très-bonne étude sur les accidents bronchiques et broncho-pneumoniques de la variole, de M. le docteur L.-G. Breynaert, qui en a puisé les éléments dans le service de M. Joffroy à l'hôpital Saint-Antoine, auquel il a été attaché en qualité d'externe.

Voici quelques-unes des particularités de l'histoire de ces bronchites ou broncho-pneumonies varioliques qui ressortent de cette étude.

Les diverses dispositions suivantes se sont rencontrées. Tantôt, les pustules étant limitées au larynx et à la partie supérieure de la trachée, il existait dans l'intervalle des pustules une forte congestion de la membrane muqueuse qui se prolongeait dans les voies respiratoires, bien au-delà du siège de l'éruption ; tantôt, les pustules faisant absolument défaut par toute l'étendue de la muqueuse laryngo-trachéo-bronchique, la congestion de la muqueuse n'en existait pas moins avec les mêmes caractères d'intensité.

L'inflammation non pustuleuse des bronches peut donc se manifester isolément, sans participation de la trachée.

Cet état congestif inflammatoire des bronches s'est présenté à l'observation de M. Breynaert dans toutes les autopsies de varioleux adultes qu'il a faites et qui sont au nombre de plus de soixante-dix. Que la muqueuse bronchique fût ou non envahie par l'éruption, cette congestion n'a jamais fait défaut, et elle a présenté dans tous les cas les mêmes caractères.

Voici quels étaient ces caractères :

La congestion des bronches était tantôt limitée aux divisions de gros et moyen calibre, tantôt elle se généralisait aux plus fines ramifications. D'ordinaire cette congestion avait une grande intensité, également vive en général des deux côtés, elle prédominait parfois d'un côté, et c'était alors le plus souvent du côté droit.

Avec cette injection si vive de la muqueuse bronchique, les bronches ne renfermaient le plus souvent que des mucosités peu abondantes.

Lorsque l'inflammation, au lieu de se borner aux grosses et moyennes bronches, gagne les bronchioles lobulaires, on se trouvait en présence de l'une des formes suivantes de la broncho-pneumonie : splénisation ou congestion inflammatoire, spléno-pneumonie, forme habituelle dans la variole, broncho-pneumonie à noyaux confluents, broncho-pneumonie à noyaux disséminés, bronchite capillaire, broncho-pneumonie subaiguë. La broncho-pneumonie a été constatée dans la moitié des cas. De ces variétés, les plus fréquentes de beaucoup ont été les deux premières, la splénisation et la spléno-pneumonie. La pneumonie lobaire aiguë n'a pas été rencontrée une seule fois.

M. Breynaert ne possède aucun élément qui lui ait permis de préciser l'époque à laquelle se développe la bronchite variolique. En ce qui concerne le moment d'apparition des pustules à la surface de la muqueuse des bronches, elle coïncide probablement avec le développement de l'éruption cutanée. Mais, pour la bronchite sans pustule, le début ne peut être que difficilement fixé. En se fondant sur ses observations, les complications pulmonaires pourraient se déclarer pendant des périodes diverses de l'évolution variolique. Notre confrère ne les a jamais rencontrées avant le cinquième jour. Sous les réserves faites de la difficulté de préciser exactement leur début, elles se seraient montrées, sur 28 observations analysées à ce point de vue, 3 fois le cinquième jour, 8 fois le sixième, 2 fois le septième, 3 fois le huitième, 5 fois le neuvième, 2 fois le dixième, 4 fois le onzième, 1 fois le douzième. Il résulte de ces chiffres que l'invasion de la broncho-pneumonie se serait montrée un peu moins fréquemment avant que pendant la période de suppuration.

Lorsque la variole se complique de broncho-pneumonie, la symptomatologie est souvent obscure ; elle l'a été dans 9 des observations rapportées dans ce travail, au point que la complication n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Ces difficultés du diagnostic tiennent à ce que quelques symptômes, tels que la dyspnée, la toux, l'expectoration, relèvent aussi

bien du fait de la pharyngo-laryngite concomitante que de la broncho-pneumonie, et que les signes stéthoscopiques, vu la pauvreté des sécrétions particulières à cette forme de l'affection, sont eux-mêmes très-peu accusés et souvent incertains. Enfin le point de côté manque aussi généralement. L'accroissement de l'oppression et l'élévation de la température et du pouls sont le plus souvent les seuls signes qui puissent mettre sur la voie de l'existence d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie.

Les études de M. Breynaert ne renferment rien de particulier relativement au traitement, qui ne présente d'ailleurs aucune indication spéciale et ne diffère pas de celui qui est généralement applicable aux inflammations secondaires des voies aériennes. Les toniques, l'alcool, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque, les révulsifs, les expectorants et les balsamiques en constituent les principaux éléments.

Épilepsie partielle.

Le deuxième volume de l'*Iconographie de la Salpêtrière*, publiée par MM. Bourneville et Regnard, a trait à deux affections communes, l'épilepsie partielle et l'hystéro-épilepsie.

Dans ses conférences de 1877 et 1878, M. Charcot, reprenant à l'aide de faits nouveaux l'histoire de l'épilepsie partielle, a établi les trois variétés suivantes de cette affection : 1° l'épilepsie partielle hémiplégique ; 2° l'épilepsie partielle tonique ou avec contractures ; 3° l'épilepsie partielle vibratoire.

L'épilepsie hémiplégique se rencontre sur des sujets qui, dans l'enfance, à une date quelquefois très-rapprochée de la naissance, ont été pris de convulsions suivies d'une hémiplégie et compliquées au bout d'un temps variable d'épilepsie. Les deux premières observations de ce recueil, accompagnées de leurs planches respectives, présentent des exemples frappants de cette variété d'épilepsie. Chez ces deux malades on retrouve la même série d'accidents : 1° convulsions affectant les allures d'un état de mal ; 2° hémiplégie consécutive compliquée généralement de contracture et très-souvent d'hémichorée (athétose) ; 3° épilepsie partielle.

Chez les enfants qui survivent deux conditions peuvent se présenter : la paralysie est définitivement constituée et persiste sous forme hémiplégique. Les observations deuxième, troisième, cinquième et sixième du recueil en sont des exemples. Ou bien la paralysie diminue plus ou moins promptement et les malades ne conservent bientôt plus qu'un léger affaiblissement des membres. Puis, au bout d'un temps variable, plusieurs mois, un an ou même davantage, les mêmes phénomènes se reproduisent, avec des convulsions du même côté, laissant à leur suite une hémiplégie définitive.

Dans la troisième observation comme dans les deux premières, on voit l'hémiplégie succéder à des convulsions et s'établir sans rémission. La quatrième observation est aussi un exemple de convulsions épileptiformes dans l'enfance, suivies d'hémiplégie gauche et d'accès épileptiques, suspendus pendant une période de trois ans (de six à neuf ans), revenant à neuf ans pour ne plus cesser. Cette malade présente un des premiers exemples observés en France de ce phénomène de mouvements choréiques, lents, bornés à une extrémité, le pied ou la main, et que l'on connaît aujourd'hui sous le nom d'athétose.

Après avoir passé en revue l'état de mal convulsif, l'hémiplégie consécutive et l'athétose, les auteurs passent à la description des accès d'épilepsie et de l'état des facultés intellectuelles des malades frappées d'atrophie générale.

Voici une description très-abrégée des accès de cette forme d'épilepsie.

Absence, en général, de cri initial.

Période tonique. — Rigidité circonscrite au côté paralysé ou prédominante dans ce côté.

Période clonique. — Convulsions cloniques presque toujours limitées au côté paralysé ; écume assez rare ; plus grande rareté encore de la miction involontaire.

Période de stertor. — Très-courte, peu profonde, manquant quelquefois.

Période de délire. — Retour prompt à la connaissance, pas de délire épileptique, hébétude consécutive disparaissant communément au bout de quelques minutes.

Parmi les phénomènes intéressants qui peuvent succéder aux accès, les auteurs signalent un tremblement des membres paralysés.

Dans cette variété d'épilepsie, les accès isolés donnent lieu à une élévation de la température semblable à celle des accès d'épilepsie vulgaire.

Enfin il ressort de ces quelques observations que les accès dans cette variété d'épilepsie, de même que dans l'épilepsie ordinaire, peuvent être isolés, sériels ou constituer un état de mal. Toutefois une remarque importante, au point de vue de la marche de la maladie, vient se placer ici. Durant une période variable, les accès sont très-fréquents. Ainsi la malade qui est le sujet de la deuxième observation avait eu, avant son entrée à la Salpêtrière, jusqu'à huit et dix accès en un jour. Mais, lorsqu'on suit longtemps ces malades, on constate qu'à mesure qu'elles avancent en âge, les accès diminuent de fréquence et, dans un certain nombre de cas, finissent même par cesser. C'est là, sans contredit, une circonstance intéressante à connaître au point de vue du pronostic.

Épilepsie partielle tonique ou avec contracture. Le recueil ne renferme que deux exemples seulement de cette variété. Voici les particularités principales relevées dans l'un de ces cas.

Un peu avant l'accès, la malade éprouve une douleur au sommet de la tête, s'accompagnant de battements, à laquelle s'ajoutent bientôt une douleur constrictive à l'épigastre et de violentes palpitations cardiaques. Puis les trois derniers doigts de la main droite s'allongent, se raidissent. La face pâlit, un éclair passe devant les yeux, les paupières se ferment spasmodiquement. Pendant l'accès les muscles de la moitié droite du cou se contracturent ; les paupières sont prises de petits mouvements convulsifs ; les mâchoires sont fortement contracturées. Le bras droit se contracture dans l'extension et la pronation, la main se tord sur le bras qui se porte d'abord sur la partie latérale et postérieure du tronc ; l'index et le médius sont allongés, l'auriculaire et l'annulaire demi-fléchis.

A cette première phase qui dure une minute, en succède une autre dans laquelle la malade tourne sur sa chaise de gauche à droite, la tête toujours inclinée sur l'épaule. En même temps que s'exécute ce mouvement de rotation, l'avant-bras se fléchit à angle droit sur le bras et vient s'appliquer en travers de la région lombaire.

Au bout de deux à trois minutes, la malade décrit un

mouvement de rotation en sens inverse et reprend la position primitive; tout cesse progressivement à partir de ce mouvement. Pendant toute la durée de l'accès, la malade n'a pas perdu connaissance.

— *Épilepsie partielle vibratoire.* — Dans deux exemples de cette variété, on relève la limitation des convulsions primitives à un seul membre, consistant en une agitation ou vibration; extension de ces convulsions vibratoires à l'autre membre du même côté; puis généralisation des convulsions aux quatre membres.

Cette dernière forme d'épilepsie partielle est beaucoup plus grave que les deux formes précédentes. L'une des deux malades chez lesquelles on l'a observée est morte, l'autre est tombée en démence.

Hystéro-épilepsie.

Dans la deuxième partie de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, les auteurs reviennent sur l'histoire de l'hystéro-épilepsie.

La première observation de cette nouvelle série offre, outre un grand nombre de symptômes semblables à ceux des observations de la première série, une complication de chorée, avec des particularités curieuses à divers titres, tels que la trépidation spontanée ou provoquée des membres inférieurs, le phénomène du tendon rotulien, l'action des métaux (or et zinc) sur la sensibilité, l'influence de l'aimant sur les contractures.

La deuxième observation est un exemple d'une hystéro-épilepsie grave développée chez une jeune fille longtemps avant l'établissement de la fonction menstruelle et présentant les symptômes principaux que l'on rencontre chez les hystéro-épileptiques pubères, hyperesthésie ovarienne, compression ovarienne arrêtant les attaques épileptiformes, tandis qu'elle n'a aucune action sur les accès d'épilepsie; attaques présentant des caractères qui rappellent la *possession démoniaque*: troubles de la motilité très-nombreux et variés, secousses, tremblements, chorée, paralysie, crampes, contractures.

L'observation troisième nous offre, comme la précédente, un exemple d'hystéro-épilepsie, dont les premières atteintes se sont montrées à l'âge de neuf ans, avant la menstruation; parmi les particularités de ce troisième cas, nous signalerons le sein hystérique, la mastodynie.

Cette deuxième partie est terminée par d'anciennes histoires de possession qui rappellent de tout point le délire des hystéro-épileptiques.

REVUE DE LA PRESSE

Une cause peu connue d'ophthalmie purulente.— L'ophthalmie purulente n'est jamais spontanée et provient toujours d'un produit septique apporté sur la muqueuse oculaire. M. Desmarres a démontré l'origine de cette forme de conjonctivite qu'il a appelée conjonctivite vaginale, et que l'on observe si souvent, d'abord chez les petites filles, et ensuite, par voie de contagion, chez les autres personnes de leur entourage. Dans un certain nombre de mémoires, il est dit que certaines personnes, dans un but hygiénique ou thérapeutique, ont l'habitude de se laver les yeux avec leur urine. Cette habitude est beaucoup plus répandue qu'on ne le croit généralement, et, avant de recourir à des soins médicamenteux ou pharmaceutiques, un grand nombre d'individus lavent leurs yeux avec leur urine lorsqu'ils sont atteints de conjonctivite (1), souvent même concurremment avec l'emploi des médicaments qui leur sont ordonnés. Dans leur ignorance, les malades poussent parfois l'incurie jusqu'à employer ce moyen, alors même qu'ils sont atteints d'écoulement leucorrhéique ou blennorrhagique.

M. le docteur Armagnac a eu l'occasion d'en observer récemment trois cas provenant d'une auto-inoculation dans les mêmes conditions. Il n'y eut, dans chacun d'eux, pour ainsi dire, aucune période d'incubation, et, vingt-quatre heures après la contamination, le gonflement des paupières et le chémosis étaient parvenus à leur maximum d'intensité; de plus, la sécrétion purulente était déjà très-abondante. L'ophthalmie purulente avait éclaté chez les trois malades sur les deux yeux en même temps et avec le même degré d'intensité. L'auteur s'est généralement bien trouvé, en pareil cas, de lotions fréquemment répétées d'eau chlorurée glacée et d'un collyre à la teinture d'iode et à l'eau de laurier-cerise, suivant la formule de Luton (teinture d'iode, dix gouttes, et eau distillée de laurier-cerise, 10 grammes). Dans la préparation de ce collyre, il est indispensable de mesurer la teinture d'iode avec un compte-gouttes pour ne pas s'exposer à dépasser de beaucoup la dose voulue. (*Revue clin. d'oculistique du Sud-Ouest.*)

Traitement de l'eczéma capitis. — Contre le traitement de l'eczéma du cuir chevelu on emploie le traitement suivant à l'hôpital de Bellevue de New-York: on fait d'abord tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes, puis on lotionne les surfaces dénudées avec la solution suivante:

Nitrate d'argent cristallisé.	» 25 centigrammes
Eau distillée.	30 grammes.

Cela fait, on panse l'eczéma, jusqu'à guérison, avec cette autre solution:

Acide phénique cristallisé. . . .	4	grammes
Borate de soude.	4	—
Glycérine	60	—
Eau de Cologne	120	—

(*Journal de thérapeutique.*)

Traitement de la coqueluche par l'acide phénique. — Partant de cette idée que la coqueluche est une affection parasitaire prurigineuse de la muqueuse susglottique, M. le docteur H. Oltramare (de Genève) a appliqué à son traitement la substance qui a le plus d'action sur les organismes inférieurs. Sur treize malades atteints de coqueluche absolument confirmée, il a obtenu dix succès complets.

L'acide phénique est administré de la manière suivante:

Acide phénique cristallisé	1	gramme
Sirop de menthe	40	—
Eau.	80	—

à prendre en trois ou quatre cuillerées par jour.

Le mode d'action de l'acide phénique étant purement local, il est clair que l'on obtiendra les mêmes résultats avec des badigeonnages, des inhalations ou des pulvérisations. (*Progrès médical.*)

Corps étrangers de l'utérus. — M. le docteur Hugues vient de publier deux observations intéressantes de corps étrangers introduits après l'accouchement dans l'utérus.

1° Chez une femme de vingt-trois ans, multipare, on avait fait une application de forceps à cause de l'arrêt du travail. Quelques minutes après la délivrance, se manifeste une hémorrhagie foudroyante; une éponge imbibée de vinaigre de toilette est exprimée à deux reprises dans l'utérus, puis elle y est abandonnée sans fil conducteur. Les accidents cessent, mais on n'ose avec raison retirer l'éponge, le col revient sur lui-même et n'admet plus que

(1) Nous ajouterons que, dans les campagnes et même quelquefois aussi dans le peuple des villes, nombre d'individus ont encore l'habitude de faire écouler de l'urine, en cas de brûlures légères et aussitôt après l'accident, sur les surfaces atteintes.

l'extrémité de l'index. La nuit se passe sans accident, et le lendemain, au moment où l'on se disposait à dilater le col pour aller à la recherche de l'éponge, on est fort agréablement surpris de la trouver dans le vagin.

2° Une femme de dix-neuf ans, primipare, accouche facilement, mais la délivrance est difficile, et, après une heure d'attente, le médecin introduit sa main pour décoller le placenta. Mais à ce moment cette main est fortement serrée par une contraction de l'utérus. Cependant la délivrance s'effectue, mais l'opérateur cherche en vain la bague en or, un peu large, qu'il portait au doigt. Il ne la trouve ni dans les linges ni dans le vagin, et présume qu'elle doit être restée dans l'utérus. Le lendemain il ne se passe rien de particulier. Le surlendemain il se déclare une légère hémorrhagie. Le doigt introduit dans le vagin trouve le col ouvert largement et la bague est située derrière l'orifice interne. Comme elle fuit devant les tentatives faites pour la saisir, et dans la crainte de la perdre dans la cavité utérine qui à ce moment ne mesure pas moins de $0^m,10$ de diamètre, le doigt est introduit profondément derrière la bague et ramené en crochet sur elle de façon à l'extraire. Les suites furent des plus simples.

M. le docteur Hugues tire de ces deux faits les conclusions suivantes : 1° les corps étrangers introduits et enclavés dans l'utérus *port partum* ne sont la source d'aucun accident sérieux pour les suites de couches ; 2° toutes les fois qu'on peut extraire immédiatement et sans inconvénients ces corps étrangers, on doit le faire sans hésiter; mais, dans le cas de difficulté ou de contre-indication, il ne faut pas oublier [que la temporisation offre de nombreux avantages ; 3° l'utérus opère le plus souvent l'expulsion par ses seuls efforts ; 4° en cas d'intervention obligée et tardive, les orifices du col sont dilatés et l'extraction se fait facilement. (*Le Praticien.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1881. — Présidence de M. Tillaux.

COMMUNICATIONS

Des hernies ombilicales étranglées. — M. TERRIER. J'ai fait plusieurs rapports et plusieurs communications ayant trait à des observations de hernies étranglées ; je suis toujours arrivé à cette conclusion, que le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée ne devait pas le quitter sans avoir réduit cette hernie. Cette conclusion est applicable à toutes les hernies étranglées, y compris les hernies ombilicales.

Huguier disait formellement que les chirurgiens devaient s'abstenir de toute opération en présence d'une hernie ombilicale étranglée. M. Gosselin démontra que le pronostic de ces hernies était moins grave qu'on ne le croyait généralement. M. Duplay, dans sa thèse, faisait connaître divers procédés opératoires à l'aide desquels on pouvait obtenir de bons résultats dans le traitement des hernies ombilicales étranglées. Depuis cette thèse de M. Duplay, deux autres furent soutenues sur le même sujet, dans lesquelles était défendue l'opinion d'Huguier. Plusieurs observations intéressantes furent apportées à la Société de chirurgie. Enfin M. Verneuil, s'appuyant sur des statistiques montrant que sur cent hernies ombilicales étranglées non opérées on ne comptait que vingt-cinq décès tandis qu'on en comptait quatre-vingt-dix-huit sur cent opérées, déclarait, il y a plusieurs années, qu'il était opposé à l'intervention chirurgicale dans ces cas.

J'ai eu l'occasion d'opérer trois malades atteints de hernies ombilicales étranglées. Dans la première observation il s'agit d'une femme de soixante-dix-sept ans, qui portait depuis longtemps une énorme hernie ombilicale ayant donné lieu plusieurs fois à des phénomènes d'inflammation et d'étranglement. Lorsque je la vis pour la première fois, à la Salpêtrière, elle présentait depuis quelques jours des symptômes de péritonite herniaire ; elle continuait à avoir des selles, mais elle avait aussi des vomissements fécaloïdes. Son état s'aggravant de plus en plus, et cette femme devant prochainement succomber, je me décidai à tenter l'opération, mais sans grand espoir. Je fis une longue incision en L, j'ouvris le sac et trouvai trois anses intestinales enroulées les unes dans les autres; il n'y avait pas de traces de péritonite dans l'intérieur du sac ; je disséquai ces anses intestinales, je les libérai et les réduisis en partie, car il me fut impossible de les réduire complètement. La malade ne supporta pas l'opération et succomba quelques heures après. A l'autopsie, je constatai qu'il existait une anse intestinale, sortant de la cavité péritonéale, s'engageant sous le tissu cellulaire sous-cutané, puis remontant et rentrant dans la cavité péritonéale: cette anse était contenue dans un sac herniaire. C'était la première fois que je voyais cette disposition d'un sac herniaire propéritonéal.

La seconde observation se rapporte à un malade de la ville, auprès duquel je fus appelé vingt-quatre heures après le début des accidents d'étranglement ; il s'agissait d'une petite hernie ombilicale étranglée. Je pratiquai l'opération et obtins une guérison rapide avec réunion par première intention.

Dans le troisième fait, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans qui, depuis un assez grand nombre d'années, portait une hernie ombilicale contenant une partie d'épiploon irréductible. Deux fois elle avait eu des phénomènes d'étranglement qui cédèrent au taxis. Une troisième fois le taxis, même avec anesthésie, resta sans résultat ; j'opérai un peu moins de douze heures avant le début des accidents. Je m'entourai de toutes les précautions de la méthode antiseptique ; j'ouvris le sac et trouvai une anse d'intestin grêle de 12 centimètres de longueur; j'arrivai jusqu'au collet du sac et débridai. J'avais attiré soigneusement les anses intestinales au dehors, je les avais épongées avec une solution phéniquée assez forte. La réunion se fit par première intention, sauf en un point qui se sphacéla et où il y eut une eschare.

Sur trois opérations de hernie ombilicale étranglée, j'ai donc obtenu deux succès, sans aucun procédé spécial, en prenant seulement les précautions d'usage pour empêcher le liquide de tomber dans la cavité abdominale, pour bien nettoyer les anses intestinales avant de les réduire, etc. Je me mets à l'abri de toute hémorrhagie à l'aide de pinces hémostatiques. J'emploie une solution phéniquée assez concentrée. Si j'ai affaire à une portion d'épiploon irréductible, je la lie, en résèque la plus grande partie et réduis le reste dans la cavité abdominale. Tout en cherchant la réunion par première intention, je place un tube de drainage au-dessous des téguments.

En résumé, je pense que la kélotomie doit être faite, pour les hernies ombilicales étranglées comme pour les hernies inguino-crurales. On doit donc intervenir dans les hernies ombilicales étranglées comme dans les autres, sans être obligé d'avoir recours à aucun procédé particulier.

M. POLAILLON. J'ai aussi par-devers moi trois observations de hernie ombilicale étranglée absolument semblables à celles de M. Terrier.

Dans le premier fait il s'agissait d'une hernie ombilicale qui avait donné lieu quatre fois à des phénomènes d'étranglement et qui, chaque fois avait été réduite par le taxis pratiqué sous l'influence du chloroforme. La cinquième fois, il fallut recourir à l'opération. Je fis une incision curviligne sur le bord gauche de la tumeur; j'arrivai dans le sac sur une masse d'épiploon que j'écartai ; je trouvai une anse intestinale volumineuse étranglée que je débridai et que je réduisis. Je liai la masse épiploïque, je cherchai la réunion par première intention en m'entourant de toutes les précautions antiseptiques, mais sans placer un drain, comme l'a fait M. Terrier. J'obtins une réunion immédiate partielle, et il y eut un peu de sphacèle de la partie la plus amincie de la peau.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une petite hernie, grosse comme une pomme, étranglée seulement depuis quarante-huit heures. Il y eut également un peu de sphacèle de la partie la plus amincie de la peau, et la pression fut même un peu plus lente que dans le premier cas. Enfin le troisième malade était une femme âgée, atteinte d'une très-grosse hernie ombilicale, et qui se trouvait dans une situation désespérée quand j'arrivai auprès d'elle.

Il y avait des adhérences, et je ne pus pas réduire toutes les anses intestinales. Cependant la malade fut soulagée après l'opération ; elle rendit des gaz par l'anus ; elle eut même une selle ; mais il se déclara une péritonite herniaire qui se généralisa, et la malade succomba.

De ces trois faits, analogues à ceux de M. Terrier, on peut conclure qu'une petite hernie ombilicale étranglée peut être opérée avec de grandes chances de succès, mais que devant une hernie volumineuse, mettant à nu une grande partie de l'intestin, présentant des parties adhérentes et irréductibles, l'opération offre peu de chances de succès. J'insisterai sur ce fait qu'à la suite de ces opérations la partie la plus animée de la peau a une grande tendance à se sphacéler, mais que ce sphacèle n'offre pas de dangers du moment que les parties profondes sont réunies.

M. VERNEUIL. L'opinion que j'ai formulée il y a douze ans était basée sur les faits connus à cette époque. Il est incontestable que l'opération de la hernie ombilicale étranglée a bénéficié, comme tant d'autres, des progrès considérables accomplis dans la chirurgie opératoire depuis cette époque. Il faut donc revenir sur ce que j'ai dit alors. Mais il me paraît nécessaire, au point de vue de l'indication et du pronostic opératoires, de séparer les petites hernies ombilicales des grosses. Ces dernières s'accompagnent souvent de péritonite herniaire et ne doivent pas être soumises à la thérapeutique ordinaire. J'insiste surtout sur les dangers du taxis, en pareil cas, et je ne crains pas de déclarer qu'il faut toujours s'abstenir de le pratiquer dans ces cas. Mais je reconnais qu'il y a eu un assez grand nombre d'opérations heureuses pour que l'on considère l'intervention comme parfaitement indiquée dans les hernies petites ou moyennes.

M. TRÉLAT. Le développement de la péritonite est plus facile dans les hernies ombilicales que dans les autres hernies. Malgaigne, dans ses travaux, insistait sur cette fréquence de la péritonite comme cause d'étranglement, d'où il tirait cette conclusion qu'il ne fallait pas toucher aux hernies ombilicales étranglées. Avec le progrès des temps, les choses ont changé et la chirurgie moderne bénéficie de l'excellence des nouveaux procédés. Aussi, dans les cas de hernie ombilicale récente, habituellement réductible, sans complications inflammatoires, le chirurgien doit-il opérer? Pourquoi les hernies ombilicales sont-elles plus souvent atteintes de péritonites que les autres? Il y a pour cela deux raisons principales : l'absence du sac péritonéal et la minceur des parois qui explique cette tendance au sphacèle signalée dans les observations de MM. Terrier et Polaillon. Enfin M. Trélat établit une distinction entre les hernies ombilicales étranglées récentes, aiguës, à phénomènes francs et simples et les hernies anciennes à marche insidieuse.

RAPPORT

M. BERGER lit le rapport sur le prix Laborie.

ÉLECTIONS

MM. Pilate (d'Orléans), Vibert (du Puy), Maunoury (de Chartres) et Dezanneau (d'Angers) sont élus membres correspondants.

La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le classement et la répartition des élèves internes et externes ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1881 :

HOTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur G. Sée ; chef de clinique : M. Oulmont ; externes : MM. Perdrier, Daucourt, Audubert, Pignol, Mouzon, Courbatieu, Aron et Négel.

Médecin : M. Frémy ; interne : M. Labbé ; externes : MM. Deregnaucourt, Varnier, Vivant et Largeau.

Médecin : M. Hérard ; interne : M. Bourcy ; externes : MM. Brothier, Duchâtelet, Phocas et Dayot.

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Derignac ; externes : MM. Binaut, Moroux, Barbaud et Chapotel.

Médecin : M. Empis ; interne : M. Jousset ; externes : MM. de Tornery, Chatellier, Vaquer et Jacques.

Médecin : M. Gallard ; interne : M. Olivier ; externes : MM. Doit, Renault, Roger et Dieudonné.

Chirurgien : M. le professeur Richet ; internes : MM. Bertheux, De Gastel et Gilbert ; externes : MM. Rogier, Chayé, Delon, Delhamaide, Aurière, Charles, Castañeda, Robert et Lefèvre.

Chirurgien : M. Cusco ; internes : MM. Lacaze et Capitan ; externes : MM. Ricoux, Oursel, Landa et Tourneur.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Bellouard ; internes : MM. de Lapersonne, Damalix et Ménard ; externes : MM. Olivier (Aristide), Hainault, Casanova, Oudaille, Dupont et Rigolet.

HOTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Gilles de Latourette, interne provisoire ; externes : MM. Raldirès, Gouery et Félix.

Médecin : M. Troisier ; interne : M. Bottey, interne provisoire ; externes : MM. Wœhling, Stœber, Girard et Camboulin.

Médecin : M. Hutinel ; interne : M. Malibran, interne provisoire ; externes : MM. Leneveu, Pessez, Gilles et Filhoud-Lavergne.

BUREAU CENTRAL (*services généraux*). — Externes : MM. Mouzon, Demmler, Hue et Reverchon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Médecin : M. le professeur Lasègue ; chef de clinique : M. de Beurmann ; externes : MM. Sauvage, Foubert, Marfan, Weber et Gaucherand.

Médecin : M. Cornil ; interne : M. Suchard ; externes : MM. Gaillard, Villard-Maurice, Cauvet et Perrachon.

Médecin : M. Dumontpallier ; interne : M. Malécot ; externes : MM. Huet, Gérente, Deroche, Bellan et Chabaud.

Médecin : M. le professeur Peter ; interne : M. Merklen ; externes : MM. Carron, Moutier, Thouvenet et Festal.

Médecin : M. le professeur Brouardel ; interne : M. Barth ; externes : MM. Broca, Millée, Schoofs et Despréaux.

Médecin : M. Lancereaux ; interne : M. Guelliot ; externes : MM. Dupont-James, Leviez, Nand, Schreider et Dagonet.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil ; internes : MM. Gauchas, Cerné et Guinard ; externes : MM. Cochot, Courtade, Melchior-Robert, Lestocquoy, Thomas (Louis) et Leudet.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Ferrand, de Langenhagen et Richardière ; externes : MM. Frétin, Révol, Belin, Jeanton, Mérigot de Treigny et Barbier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Médecin : M. le professeur Hardy ; chef de clinique : M. Déjerine ; externes : MM. Semelaigne, Queyrat, Grisel, Gomes et Delanef.

Médecin : M. Bernutz ; interne : M. Bastard ; externes : MM. Boquin, Doyen, Costilhes et Boisson.

Médecin : M. le professeur Vulpian ; interne : M. Leloir ; externes : MM. Rabeau, Journige, Pascaud et Morin (Georges).

Médecin : M. le professeur Laboulbène ; interne : M. Bellangé ; externes : MM. Cotreuil, Ressein, Boguier et Reynaud.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Leclerc ; externes : MM. Ballue, Dinin et Bettremielex.

Médecin : M. Maurice Raynaud ; interne : M. Variot ; externes : MM. Gilly, Derville, Leclercq et Vallin.

Chirurgien : M. le professeur Gosselin ; internes : MM. Assaky, Michaux et Jarry ; externes : MM. Ausset, Gillet, Triboul, Mairel, Villar et Bouchut.

Chirurgien : M. Desprès ; internes : MM. Gibier et Meunier ; externes : MM. Leriche, Guerrier, Daima et Ranguedat.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Médecin : M. Mesnet ; interne : M. Havage ; externes : MM. Longbois, Vauthier, Perrachon et Bonneau.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Guiter; externes : MM. Bernheim, Lannes, Ducasse, Mouton et Mathieu.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; interne : M. Giron ; externes : MM. Dubief, Berthod, Achard, Gillard et Gaudry.

Médecin : M. Hayem ; interne : M. Haranger ; externes : MM. Courtin, Cotton (Paul), Têtu et Alexandre.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. d'Olier ; externes : MM. Léonard, Haussmann, Girat et Danopoulos.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Duplaix ; externes : MM. Salicis, Krohn, Blanc, Barrère et Dupain.

Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Chantemesse ; externes : MM. Tostain, Thoinot, Bruneau et Schrœder.

Service provisoire des varioleux. — Médecin : M. du Castel; interne : M. Bucquet, interne provisoire ; externes : MM. Gruson et Roussel.

Chirurgien : M. Benjamin Anger ; internes : MM. Pennel et Barbe; externes : MM. Ferrier, Véret, Ferrand, Vachez, Luquet, Reverchon et Diez.

Chirurgien : M. Périer ; internes : MM. Boissard et Boulay; externes : MM. Morin, Vigneron, Damée, Buret et Martin.

Hopital Necker. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Cuffer ; externes : MM. Testelin, Muleur, Gellé et Laussédat.

Médecin : M. Blachez; interne : M. Liandier ; externes : MM. Regnauld, Beaudouin et Belin (Joseph).

Médecin : M. Rigal ; interne ; M. Delpeuch ; externes : MM. Levassor, François, Bernard et Peyramaure-Duverdier.

Médecin : M. Grancher; interne : M. Faisans ; externes : MM. Farina, Florand, Genestoux et Diverneresse.

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; internes : MM. Berne, Trousseau et Jamin ; externes : MM. Blé, Chaslin, Ruiz y Diaz, Bellier, Pinel-Maisonneuve et Fauvelle.

Chirurgien : M. le professeur Guyon ; internes : MM. Desnos, Méricamp et Geffrier ; externes : MM. Renouard, Boussavit, Nourric, Nuñez y Gonz, Engelbach et Tisné.

Hopital Cochin. — Médecin : M. Bucquoy : interne : M. Gaucher ; externes : MM. Lehmann, Varaillon, Gergaud et Monnier (Louis).

Chirurgien : M. Théophile Anger ; internes : MM. Tuffier, Gallois et X... ; externes : MM. Forgeron, Doyen, Desfossés, Imbert, Callais et Guerrier.

Chirurgien : M. Marchand ; interne : M. Diéterlen ; externe : M. Mauxion.

Hopital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Galliard ; externes : MM. Cohen (Eugène), Lormand, Bertrand, Ambresin et Hartmann.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Gautier ; externes : MM. Dezacq-Derecq, Jeanselme, Poigné et Taurin.

Médecin : M. Gombault ; interne : M. Ramonat ; externes : MM. Quinqueton, Galliot, Chopard, Martinelli et Baeña.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Petit ; externes : MM. Grattery, Duroselle, Berliez et Hellen.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort ; internes : MM. Carafi, Ozenne et Thuvien ; externes : MM. Vallois, Durieux, Rouillard, Nutte, Gouttière-Cachera, Girode et Callais.

Chirurgien : M. Tillaux ; internes : MM. Bénard et Guiard ; externes : MM. Bidault, Poupinel, Portalier, Mercier et Robert (Marie-René).

Hopital Lariboisière. — Médecin : M. Jaccoud ; interne : M. Chauffard ; externes : MM. Bouttier, Fournier, Goix et Puistienne.

Médecin : M. Siredey ; internes : MM. Comby et Broussin; externes : MM. Notta, Gagnon, Basset, Favrel, Quantin, Dupont (Maurice) et Charles.

Médecin : M. Constantin Paul ; interne : M. Coudray ; externes : MM. Colombe (Gabriel), Léviste, Dubois et Levassor (Cl.).

Médecin : M. Proust ; internes : MM. Mathieu et Giraudeau ; externes : MM. Patenostre, Mosnier, Lacoste, Henryet, de Launay et Coulon.

Médecin : M. le professeur Bouchard ; interne : M. Marie ; externes : MM. Franceschi, Gelez, Lubet-Barbon et Chartier.

Médecin : M. Fernet ; interne : M. Juhel-Rénoy ; externes : MM. Fleurot, Jardet, Rambaud et Revilliod.

Chirurgien : M. Léon Labbé ; internes : MM. Veil, Verchère et Luizy ; externes : MM. Charron, Péraire, Didsbury, Lallemand (Ernest), Ruyssen, Conil, Weill et Détis.

Chirurgien : M. le professeur Duplay ; internes : MM. de Larabrie, Poirier, Hache et Wickham ; externes : MM. Peltier, Jocqs, Schachmann, Lhoste, Ménétrier, Gougelet, Carlier et Didier.

Hopital Tenon. — Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. de Gennes ; externes : MM. Guérin (Joseph), Budor, Laurent (Émile), Hervé et Tétard.

Médecin : M. Sevestre ; interne : M. Ollive ; externes : MM. Barbillion, Jacques (Lucien), Bich et Benoît (Henri).

Médecin : M. Huchard ; interne : M. Binet ; externes : MM. Ducroux, Lepage, Brunschwig et Wallet.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Germont ; externes : MM. Blocq, Crivelli, Dumoret et Guillier.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Savard ; externes : MM. Hallé, Baron, Sombret et Ferraton.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Soyer ; externes : MM. Pluyaud, Lavie, Benoît (Eugène) et Fauchon.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes ; MM. Métaxas, Boulland et Séné ; externes : MM. Monnier (Albert), Claude, Villard, Jacquelot, Coudray et Debrigade.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Darier, Dauchez et Artaud; externes : MM. Bornèque, Rousselle, Ruelle, Doré, Meige et Jaunin.

Hopital Laennec. — M. Ball ; interne : M. Thibierge ; externes : MM. Charrier, Grand'homme, Courtade et Cordier.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Lecoq ; externes : MM. Ménager, Delahaye, Campart et Lancry.

Médecin : M. Damaschino ; interne : M. Garcia-Lavin ; externes : MM. Brunon, Hamon, Desgoffe, Braine et Gosselin.

Médecin : M. Legroux ; interne : M. Debrun-du-Bois-Noir ; externes : MM. Cotton d'Englesqueville, Chrétien, Ayrolles et Soyer.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Tissier et Œttinger ; externes : MM. Picard, Moulinet, Carbon, Ronsin et Collin (Henri).

Les Tournelles (service provisoire). — Médecin : M. Hanot ; interne : M. Salat, interne provisoire ; externes : MM. Besson, Balette, La Prévotte, Jurameille, Alavoine et Genet.

Hopital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Barthélemy ; externes : MM. Morel-Lavallée, Jouliard, Heulz et Renard.

Médecin : M. Lailler ; interne : M. Laurand ; externes : MM. Collet, Codet, Petitot et Lebrun.

Médecin : M. Guibout ; interne : M. Martinet ; externes : MM. Barland, Legoy, Cohen (Marcel) et Debrand.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Brocq ; externes : MM. Labesque, Meunier (Georges), Gustin et Bourguet.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Siredey ; externes : MM. Marchoux, Veillard, Proust et Dewèvre.

Médecin : M. Olivier ; interne : M. Schmitt ; externes : MM. Mantel, Levêque, Pinard et Bœhler.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Jouin, de Fontaine et Huë ; externes : MM. Legendre (Ernest), Porquet, Chatelain, Chambellan, Massaloux-Lamonnerie et Demelin.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Auvard, Boiteux et Walther ; externes : Bonnamy, Figari, Condoléan, Inglessis, Ladroitte et Stopin.

Service provisoire. — Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Bourdel, interne provisoire.

Hopital du Midi. — Médecin : M. Simonet ; interne : M. Chéron ; externes : MM. Faille, Monnet et Gourichon.

Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Uribe ; externes : MM. Torkomian, Bauvillet et Genesteix.

Chirurgien : M. Horteloup ; interne : M. Leprévost ; externes : MM. Coumailleau et Leter.

Hopital de Lourcine. — Médecin : M. Martineau ; interne : M. de Molènes ; externes : MM. Jaillet, Lanel et Berne.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Lebreton ; externes : MM. Grenet, Kahn et Ringeisen.

Chirurgien : M. Terrillon ; interne : M. Lermoyez ; externes : MM. Gautier, Hue et Hitier.

Hopital des Enfants-Malades. — Médecin : M. Bouchut ; interne : M. Cochez ; externes : MM. Grenier (Louis-Gabriel), Depierris, Turbert et Gouly.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Béclere ; externes : MM. Deschamps (Eugène), Chaussat et Dutheil.

Médecin : M. Archambault ; interne : M. Lalesque ; externes : MM. Courtois, Bonfils, Gulat et Signoret.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Sainton ; externes : MM. Collache, Cartier et Jutelet.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Barbulée ; externes : M. Lassègue, Dupré (Pierre) et Barancy.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Barette et Luc ; externes : MM. Chochon-Latouche, Dalché de la Rive, Planès, Pesme, Vénégas, Boutarel et Veil.

Hopital Trousseau. — Médecin : M. Bergeron ; interne : M. Netter ; externes : M. Bourrel, Potocki, Brochard et Galtier-Boissière.

Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Ledoux-Lebard ; externes : MM. Fournel, Lafille, Hischmann et Caillet.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Karth ; externes : MM. Dupré, Duchon-Doris, Delaittre et Lauth.

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Bernard et Lavergne ; externes : MM. Martin-Dumagny, Placé, Loppé, Gaudichier, Richer et Secheyron.

Hopital des cliniques. — Chirurgien : M. le professeur Depaul ; chef de clinique : M. Ribemont : externes : MM. Bastaky, Demmler, Petit, Narich et Rivet.

Hopital de la Maternité. — Chirurgien : M. Hervieux ; interne : M. Charrin.

Médecin : M. Tarnier ; interne : M. Berthaut.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Édouard Labbé ; interne : M. Pousson ; externes : MM. Pousset, Curé et Sallé.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Robert ; externes : MM. Olivier (Jules), Philippon et Riondé.

Chirurgien : M. Cruveilhier ; internes : MM. Pignot et Gautiez ; externes : MM. Graverry et Lallot.

Chirurgien : M. Marc Sée ; internes : MM. Marey et Schaeck ; externes : MM. Carlet et Filibilin.

Hospice de la Vieillesse (hommes). — Médecin : M. Debove ; interne titulaire : M. Bouicli ; interne provisoire : M. Wins.

Médecin : M. Falret ; interne titulaire : M. Leval-Piquechef ; interne provisoire : M. Mancet.

Médecin : M. Jules Voisin ; interne titulaire : M. Catuffe ; interne provisoire : M. Beurnier.

Médecin : M. Bourneville ; interne titulaire : M. Bonnaire ; interne provisoire : M. Wuillamier.

Chirurgien : M. Gillette ; interne titulaire : M. Chaput ; internes provisoires : MM. Colleville et Luguet (Jules).

Hospice de la vieillesse (femmes). — Médecin : M. le professeur Charcot ; interne : M. Feré ; externes : MM. Combret, Demars, Lhirondel et Quermonne.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Bodinier ; externes : MM. Humbert, Merner, Michaux et Chauveau.

Médecin : M. Moreau ; interne : M. Greffier ; externe : M. Magniatis.

Médecin : M. Auguste Voisin ; interne : M. Valude ; externes : MM. Nicolas (Victor) et Klippel.

Médecin : M. Legrand du Saulle ; interne : M. Clado ; externe : M. Cadiz.

Chirurgien : M. Terrier ; interne : M. Gilson ; externes : MM. Longueville, Hirschfeld et Bouyer.

Hopital des Enfants assistés. — Médecin : M. le professeur Parrot ; chef de clinique : M. Cossy ; externes : MM. Turquet, Dubar, Crespin et Sarazin.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Rousseau ; externes : MM. Champeil et Guyot.

Hospice des Incurables. — Médecin : M. Audhoui ; internes : MM. Gendron, Bottez et Ribail, internes provisoires ; externes : MM. Dericq et Barral.

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Quinquaud ; interne titulaire : M. Lejard ; interne provisoire : M. Jaurand.

Sainte-Périne. — Médecin : M. Xavier Gouraud ; interne titulaire : M. Sapelier ; interne provisoire : M. Brodeur.

— La séance solennelle annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le 19 janvier, à trois heures et demie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le cours auxiliaire d'anatomie pathologique de M. le docteur Ollivier, professeur agrégé, aura lieu désormais dans le petit amphithéâtre de la Faculté à cinq heures du soir, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10588.

N° 4. — MARDI 11 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. MARDI 11 JANVIER 1881. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Cystalgie, taille prérectale. — II. Rétention d'urine, cathétérisme par la sonde à grandes courbures.

I. Je vais, dans quelques instants, pratiquer devant vous l'opération de la taille prérectale dans des conditions tout à fait exceptionnelles et pour une affection rare, affection pour laquelle je n'ai encore eu qu'une seule fois l'occasion de la faire, et, je le dis tout de suite et sans prétention aucune, avec succès.

Il ne s'agit pas ici de la présence dans la vessie d'un calcul ou d'un corps étranger que l'on n'aurait pas pu extraire par les voies naturelles; mais d'une affection insolite, d'une cystalgie horriblement rebelle chez un jeune garçon de vingt ans environ.

Ce malade souffre depuis longtemps déjà d'envies pour ainsi dire continuelles d'uriner revenant toutes les quinze ou vingt minutes, accompagnées de douleurs excessives du côté de la vessie, telles qu'il ne dort plus et que ces insomnies l'ont plongé dans un très-grand marasme. J'ai cherché et étudié chez lui toutes les causes possibles sans rien trouver de plausible. J'ai pensé aussi à une cystalgie réflexe provenant de quelque affection rénale, et, après avoir endormi le malade, je lui ai fait un certain nombre de cautérisations sur la région lombaire, mais sans aucun résultat. Nous avons eu recours également aux bains, à l'emploi des narcotiques, du sulfate de quinine, des bromures, etc., toujours en vain. C'est alors que, désespérant d'obtenir quoi que ce soit par les moyens ordinaires, je lui ai parlé d'une opération chirurgicale, qu'il a acceptée avec empressement. Mais auparavant j'ai voulu tenter encore un dernier médicament, c'est-à-dire l'administration d'un opiat de copahu et de cubèbe. Celui-ci, dès le début, avait produit une amélioration telle qne le malade était devenu gai, souriant, et n'accusait plus aucune douleur. Mais cet état n'a été que passager; quelque temps après, l'opiat de cubèbe et de copahu n'avait plus d'action, et la cystalgie reparaissait aussi intense qu'auparavant. J'ajouterai enfin que ce garçon est un morphiomane, qui, pour calmer ses douleurs, en est arrivé à se faire des injections de morphine du matin au soir, fait dont nous devons nous souvenir pour la chloroformisation.

Je vous disais tout à l'heure que j'avais eu une première fois l'occasion de faire la taille prérectale pour une cystalgie semblable. C'était en 1869, pour un homme jeune également, qui avait été soigné aussi bien que possible par un de ses parents, le docteur Caudmont, praticien habile et fort instruit. On avait tout essayé pour combattre les douleurs horribles dont il souffrait. Mon confrère me demanda de le recevoir dans mon service. Là encore tous les moyens thérapeutiques furent mis en usage sans aucun résultat, et c'est alors qu'instruit par l'expérience des auteurs qui rapportent avoir guéri des malades atteints de cystalgie, quand ils les avaient opérés pour un calcul vésical qui n'existait pas, je proposai au docteur Caudmont de pratiquer la taille prérectale pour aller débrider le col de la vessie violemment contracté.

L'opération réussit pleinement; un soulagement très-prompt se manifesta, et, la plaie guérie, le malade sortit du service et reprit ses occupations ordinaires. Mais l'année suivante la douleur était revenue, et cet homme demandait à rentrer dans le service. Nous le reçûmes, et il nous dévoila alors l'existence d'une douleur vive, continue, dans la région lombaire droite où je reconnus l'existence d'un abcès périnéphrétique; je l'opérai, il sortit beaucoup de pus, je drainai la plaie. Il existait encore un peu de cystalgie, mais la douleur était tolérable. Malheureusement nous étions dans l'année de la guerre, et, comme tous, le pauvre malade souffrit du froid et de privations inévitables ; peu à peu, dans ces conditions, il se fatigua, s'épuisa, perdit l'appétit et finalement succomba.

A l'autopsie, nous constatâmes que l'opération de la taille, qui datait de dix-huit mois, n'avait laissé qu'une cicatrice de débridement superficielle, imperceptible. Le rein droit, qui avait été drainé, n'existait plus ; le rein du côté opposé était fortement congestionné ; le malade avait succombé à des accidents d'urémie.

De ce fait, il m'est resté la preuve que l'on pouvait, par une opération en réalité bénigne, par un débridement large du col de la vessie, soulager grandement, sinon même guérir la cystalgie. Une taille bien faite, si les reins ne sont pas malades, est une opération bénigne, surtout lorsque par les moyens antiseptiques nous avons neutralisé toute influence de milieu, et elle n'expose nullement la vie du malade.

Elle est très-fréquemment pratiquée maintenant en Amérique. J'ai eu l'occasion de la pratiquer dernièrement encore chez un Bourguignon, pour un calcul volumineux, et, en quinze ou dix-huit jours, le malade était complètement réta-

bli. Mais, je le répète avec intention, l'opération est inoffensive tant que les reins ne sont pas malades, toutes conditions de milieu réservées, bien entendu, tandis que tout est grave dans la chirurgie urinaire dès que cet organe est le siège d'une lésion quelconque.

Enfin, précaution qui n'est pas inutile, je fais avant l'opération une injection phéniquée dans la vessie.

II. Il est entré hier dans nos salles un vieillard atteint pour la première fois de rétention d'urine. Le médecin qui avait été appelé auprès de lui avait essayé de le sonder sans y parvenir, et dans ses tentatives l'intégrité du canal avait été compromise, et des fausses routes avaient été faites, bien certainement grâce à l'emploi d'une sonde d'argent. L'interne de garde, à l'arrivée du malade, avait essayé de pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle, sonde avec laquelle on pénètre généralement du premier coup dans la vessie malgré le volume de la prostate, mais à la condition qu'il n'existe pas déjà de fausses routes, dans lesquelles elle pourrait facilement s'engager.

Moi-même, je m'y suis engagé tout à l'heure, ce dont j'ai eu la preuve d'abord parce qu'à un certain moment je me suis trouvé arrêté, ensuite parce qu'en retirant l'instrument il est sorti un peu de sang noir par l'œil de la sonde, enfin parce que, dans une seconde tentative avec une autre sonde, tout en pénétrant moins profondément, je suis arrivé dans la vessie ainsi qu'un jet d'urine me l'a démontré aussitôt.

Mais la seconde sonde dont je me suis servi est une sonde en caoutchouc munie d'un mandrin présentant une certaine courbure sur laquelle je veux surtout appeler votre attention.

Dans le cathétérisme de la vessie le point important est de suivre une bonne voie, de suivre la paroi antérieure de l'urèthre, afin de ne pas venir buter contre l'obstacle formé par le gonflement de la prostate. Pour cela, une sonde métallique ne vaut rien, car sa courbure, toujours la même, ne saurait se prêter aux modifications de courbure que dans ce cas le canal de l'urèthre peut présenter, tandis qu'au moyen du mandrin vous donnez à la sonde molle l'une des deux courbures nécessaires qui vous permettront d'entrer, j'oserai dire à coup sûr, dans la vessie.

Ces deux courbures sont : 1° la sonde à béquille de Mercier avec laquelle on pénètre dans la pluralité des cas ; 2° la courbure en S que je préfère encore à la première, avec laquelle je suis entré du premier coup, alors que des spécialistes, cependant fort habiles, n'avaient pu pénétrer avec la sonde ordinaire.

Cette courbure en S n'est pas nouvelle, elle ressemble beaucoup à celle que Jean-Louis Petit a décrite ; mais c'est Gély (de Nantes) qui l'a vulgarisée en apprenant à s'en servir, et M. Guillon, son élève, qui l'a préconisée.

Je m'en suis servi pour la première fois il y a trente ans environ ; on était venu chercher Robert, dont j'étais alors le secrétaire, pour un malade qui habitait Grenelle. Mon maître, très-souffrant, m'envoya en son lieu et place ; j'arrivai auprès d'un homme qui avait rendu du sang ; je ne pouvais le cathétériser, et, fort embarrassé, je retournai demander un conseil à Robert, qui me remit entre les mains un mandrin pourvu de la courbure en S. Retournant aussitôt auprès du malade, je pénétrai du premier coup dans la vessie.

La situation de l'obstacle formé par l'hypertrophie de la prostate nous indique tout naturellement qu'il faut suivre la paroi antérieure de l'urèthre. De là l'indication d'une sonde molle courbée en S dont le bec butant pendant tout son trajet contre la paroi antérieure de l'urèthre passera constamment au-devant de l'obstacle sans le rencontrer et pénétrera d'emblée dans la vessie. Cette grande courbure offre encore l'avantage d'éviter de s'engager dans les fausses routes qui, produites par une sonde rigide, sont constamment situées en arrière.

De plus, je vais toujours doucement, surtout dans le mouvement de bascule, et j'arrive dans la vessie pour ainsi dire sans m'en apercevoir autrement que par la sortie de l'urine.

Voici maintenant comment je donne à ma sonde la courbure nécessaire. Je prends un mandrin que j'introduis dans la sonde et je fais un demi-cercle complet pour les quatre cinquièmes inférieurs, tandis que je courbe le cinquième supérieur en sens inverse, mais toujours en demi-cercle complet. C'est ainsi que j'ai ma sonde en S.

Quant à la sonde de Mercier, elle n'est courbée qu'à son extrémité inférieure et dans une étendue de 4 centimètres, en faisant un angle de 45 degrés sur la tige principale.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Des altérations osseuses dans l'ataxie locomotrice progressive (1).

III

Le malade que j'avais fait venir de Bicêtre, du service de M. Debove, qui avait bien voulu me le confier pour vous le montrer, présente, depuis ma dernière leçon, c'est-à-dire depuis dimanche, un phénomène nouveau. Vous vous rappelez que son ataxie locomotrice progressive se compliquait d'arthropathie du coude gauche. En sortant d'ici, il a été reconduit en voiture à l'hospice, et, sans cause aucune, sans aucun traumatisme, dès le lendemain, il a souffert tout à coup du membre supérieur gauche, notamment de l'épaule gauche, douleurs fulgurantes accompagnées de gonflement de l'articulation, dans laquelle il se rappelle à peine avoir eu quelques craquements. Deux jours plus tard ces douleurs ont disparu, le gonflement a augmenté ; il meut difficilement son membre, mais pas de fièvre, nulle rougeur des téguments qui puisse faire songer à une arthrite aiguë ou subaiguë. Cette nouvelle arthropathie de l'épaule n'a rien en soi de particulier, l'articulation du coude étant déjà le siège d'accidents semblables et l'arthropathie étant rarement solitaire. La tuméfaction de l'épaule descend actuellement au-dessous de l'insertion du deltoïde, et l'on constate une mobilité anomale de l'humérus et des craquements articulaires.

Je vous ai dit aussi dans ma dernière leçon que ce qui différenciait cette lésion articulaire de l'arthrite sèche, c'est que, dans celle-ci, il se produisait des stalactites osseuses, tandis que l'arthropathie qui accompagne l'ataxie locomotrice progressive était nettement caractérisée par l'usure des surfaces osseuses.

Les lésions des os chez les ataxiques sont subordonnées à une action spinale dont le centre se trouve dans les faisceaux postérieurs de la moelle, tandis que les troubles trophiques du système musculaire, l'amyotrophie, reconnaissant pour cause une lésion nerveuse, proviennent d'une

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25-28 décembre 1880.

altération des cornes antérieures de la substance grise.

L'amyotrophie n'est qu'une expansion de la lésion des faisceaux postérieurs qui produit l'ataxie locomotrice aux cornes antérieures de la substance grise dont les cellules nerveuses sont alors altérées.

La malade que vous allez voir maintenant est une femme de quarante ans; elle est un type de l'atrophie musculaire progressive due à l'altération systématisée des cornes antérieures. Cette atrophie occupe les membres supérieurs, notamment les muscles de la main, et parmi ceux-ci les muscles interosseux et ceux des éminences thénar et hypothénar, de telle sorte que les doigts ressemblent à ceux d'un singe et constituent une sorte de griffe. L'évolution s'est faite lentement, progressivement. Depuis quelque temps elle s'est arrêtée ; mais cette suspension, de quelle durée sera-t-elle ? De plus, si vous frappez sur les tendons musculaires de la face antérieure de l'avant-bras, vous n'obtenez aucune secousse : les réflexes ont disparu.

Chez l'autre malade, qui est également une femme, vous constatez aussi la déformation de la main en griffe. Le dos et les membres supérieurs ont été le siège de douleurs très-vives, prodromiques ; la maladie a débuté par les méninges pour atteindre ensuite la moelle épinière, les faisceaux blancs d'abord, puis les faisceaux gris, les cornes antérieures, d'où il est résulté une atrophie musculaire des extrémités supérieures, accompagnée chez elle d'exagération des réflexes facilement constatable par la percussion des tendons et due à l'altération des faisceaux latéraux de la moelle épinière.

Il existe un autre groupe d'amyotrophies qui accompagnent les lésions trophiques cutanées : ainsi le zona, qui n'est que la conséquence d'une névrite primitive et qui prend sa source dans les nerfs sensitifs, que la névrite soit ou non elle-même le résultat de quelque traumatisme.

De même les eschares rapides sont consécutives à une myélite traumatique ou spontanée ou à l'apoplexie cérébrale. On voit ainsi, peu de temps après les premiers développements de l'affection nerveuse, survenir un érythème vulgaire sur lequel, dès le lendemain, on observe déjà la formation de bulles qui se crèvent peu après, laissant le derme à nu, tacheté de petits points noirs. Le surlendemain, la bulle a disparu et se trouve remplacée par l'eschare. Le pronostic est des plus graves si cette lésion cutanée est consécutive à l'apoplexie cérébrale ; il l'est un peu moins si la cause se trouve dans une affection spinale.

Mais comment cette lésion cutanée se produit-elle ? Par quels filets nerveux le phénomène se manifeste-t-il de la région centrale à la périphérie? Tout ce que nous savons, c'est que, si l'origine en est spinale, ce n'est pas dans la région antérieure de la moelle que nous devons la chercher.

Dans la paralysie infantile où le siège de la myélite se trouve dans les cornes antérieures, il ne survient pas d'eschares. Dans la myélite diffuse, au contraire, où les eschares sont fréquentes, c'est la région postérieure de la moelle qui est atteinte.

Ainsi donc les lésions musculaires reconnaissent pour cause une altération des cellules de la substance grise des cornes antérieures, et les lésions cutanées une altération des cellules des faisceaux postérieurs.

Quant aux lésions osseuses qui sont réellement typiques et les mieux étudiées, la première question à nous poser est de savoir s'il existe des nerfs dans les os, sans quoi par quel processus les affections nerveuses pourraient-elles retentir sur le tissu osseux ? Ces nerfs, véritable voie de communication importante à bien établir, ont été trouvés par les anatomistes dès 1846, mais ils ont surtout été mis en lumière dans ces dernières années.

La concomitance assez fréquente des altérations osseuses et de l'atrophie musculaire nous avait fait penser que la lésion, nerveuse d'origine, devait se trouver dans les cornes antérieures, où l'on rencontre trois groupes cellulaires distincts. L'un de ces groupes nous avait paru, à la suite de trois ou quatre autopsies, plus spécialement affecté au système osseux. Mais d'autres autopsies faites ultérieurement ne sont pas venues confirmer cette opinion.

Plus tard, un médecin anglais a cru remarquer cliniquement que presque tous les arthropathiques ataxiques étaient en proie à des crises gastriques dont l'origine devait être une lésion bulbaire située près du centre d'origine du pneumogastrique. Cette théorie m'a paru un peu forcée, et les remarques cliniques ne se vérifiaient pas d'une façon constante. Un certain nombre de malades, en effet, ne présentent aucun trouble stomacal.

Un autre fait clinique a été observé : savoir, que, lorsque l'arthropathie se développe, l'exaspération des douleurs fulgurantes ou leur apparition se fait dans les parties qui vont être frappées. D'où il semblerait que l'on dût chercher plutôt la lésion nerveuse originaire de l'altération osseuse dans les faisceaux postérieurs que dans les cornes antérieures.

J'ai maintenant deux malades curieux à vous montrer : 1° une lèpre anesthésique ; 2° une sclérodermie.

Le lépreux, qui est venu à notre consultation, est le fils d'un grand personnage égyptien, mort assassiné dans une des dernières révolutions qui ont eu lieu au Caire. Abandonné à lui-même après la mort de son père, il s'est livré à tous les excès possibles de la débauche orientale, notamment à l'alcoolisme, que je ne considère cependant que comme l'une des causes accessoires de sa maladie. Il a aujourd'hui vingt-quatre ans, et l'affection dont il est atteint a débuté il y a six ans. Sa lèpre recouvre en avant et en arrière des surfaces très-étendues, symétriques, circonscrites par les lignes rouges que vous apercevez, surfaces absolument anesthésiques.

L'insensibilité, si complète qu'elle soit, n'est pas tenace ; mais elle disparaît momentanément pendant quelques jours sous l'influence de l'électricité statique ou des aimants. Cette lèpre anesthésique s'accompagne de l'atrophie musculaire en griffe, atrophie symétrique des interosseux et des muscles des éminences thénar et hypothénar des deux mains.

Cette atrophie musculaire progressive dans la lèpre anesthésique est connue depuis nombre de siècles, et Rhazès en parle déjà dans ses ouvrages. Enfin on rencontre encore comme complication de la lèpre des lésions osseuses, à variété mutilante.

Quant à l'autre malade, qui est une pensionnaire de l'hospice, elle présente une affection assez rare, bien connue seulement depuis peu, bien qu'elle ait été décrite, — si on peut appeler cela une description, — par Alibert, avec deux planches portant comme titre : l'une, scrofule-momie ; l'autre, momie rhumatismale. En effet, lorsque l'affection est généralisée, le malade ressemble à une véritable momie.

La sclérodermie est une sorte d'inflammation chronique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané dans laquelle la peau devient dure, lisse, brillante, adhérente aux parties sous-jacentes, et les rides disparaissent entièrement. Lorsqu'elle siège sur la face, l'individu prend une physio-

nomie spéciale, immobile comme si elle était recouverte d'un masque.

La maladie est partielle ou générale. Le plus souvent elle est peu étendue et siège de préférence aux extrémités supérieures et à la face. Dans ce dernier cas, elle est surtout localisée à la partie inférieure de la figure, aux lèvres et au menton.

C'est ce que vous pouvez remarquer chez cette femme dont les lèvres sont amincies, dures, et transforment la bouche en une sorte de fente rigide, trop étroite, qui laisse apparaître les dents de la mâchoire supérieure. La peau avoisinante a perdu sa mobilité habituelle. Mais si, chez notre malade, cette déformation faciale existe, elle est plus marquée encore sur les mains, où elle est véritablement typique.

En effet, non-seulement la peau indurée, lisse, violacée, fait corps avec les parties sous-jacentes, mais encore nous trouvons une altération spéciale des os, caractérisée par une atrophie progressive de la phalangette, telle que celle-ci a à peu près complètement disparu, sans qu'il y ait eu aucune émission de portions osseuses à l'extérieur, sans aucune ulcération des tissus. C'est une véritable atrophie interstitielle de la phalangette réduite à un tout petit noyau, et les doigts déformés sont raccourcis d'autant. L'ongle, à son tour, n'est plus qu'à l'état de vestige ; il ne se retrouve plus sur la face dorsale du doigt, mais à son extrémité. Cette disposition de l'ongle est caractéristique de ce genre de sclérodermie qui s'accompagne d'altération des os. Les phalangines sont quelquefois atteintes aussi de cette lésion trophique des os. Il existe alors une hyperesthésie de l'extrémité des doigts qui ne peuvent plus accomplir leurs mouvements usuels. L'atrophie interstitielle des doigts est une affection constamment symétrique. Bien que ses rapports avec une lésion nerveuse n'aient pas encore été parfaitement établis, il est vraisemblable cependant que la sclérodermie est sous la dépendance d'une affection des centres nerveux.

DE LA CÉCITÉ DES COULEURS.

Par M. le Dr A. René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

I

Il a été publié pendant ces dernières années un nombre vraiment étonnant de mémoires sur le daltonisme, ou plus exactement sur la dyschromatopsie ou cécité des couleurs. Ces recherches sont bien connues de tous ceux qui s'occupent d'optique physiologique, mais elles n'ont plus maintenant un intérêt purement théorique, elles ont des applications pratiques d'une haute gravité. Il importe que désormais elles soient connues de tous les médecins, car c'est aux médecins praticiens qu'il appartiendra de vulgariser ces connaissances et d'obtenir les règlements qui en seront la sanction. En France, les travaux de Favre (de Lyon), (naguère récompensés par l'Académie de médecine), ont montré depuis longtemps que la cecité des couleurs peut causer la confusion des signaux dans la marine et dans les chemins de fer, et par suite amener les plus graves catastrophes. Un savant suédois, Holmgren (d'Upsal), a aussi appelé avec instance l'attention sur ce point ; il a, le premier, obtenu qu'en Suède tous les marins et employés de chemins de fer, chargés des signaux, fussent soumis à un examen spécial afin de prouver qu'ils possèdent la notion exacte des couleurs. C'est ce que, en dehors des problèmes théoriques que comporte le sujet, demandent tous ceux qui ont traité la question. Nous ne donnerons ici que l'exposé élémentaire et succinct des principales idées émises à ce propos ; nous renvoyons pour les détails aux ouvrages spéciaux et notamment au livre de Holmgren, et aux nombreux articles des *Annales d'oculistique*.

Tout le monde sait que le daltonisme est une affection dans laquelle la faculté de distinguer la couleur rouge est abolie ou diminuée ; on sait aussi que la cécité peut également exister, mais plus rarement, pour le vert, le violet, etc. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici de la dyschromatopsie hystérique, telle que l'a décrite M. Charcot dans ses leçons cliniques. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878 et 1879.)

La cécité des couleurs est connue depuis longtemps ; cependant on n'a pas toujours connu autant de couleurs que nous en voyons dans le spectre solaire. Dans les temps primitifs, l'homme n'a d'abord distingué que la lumière de l'obscurité, puis, au degré suivant de son développement, le sens de la couleur s'est séparé de celui de la lumière, et l'œil, par des transitions insensibles, a successivement discerné les couleurs. Xénophane, dit H. Magnus (de Breslau), ne voyait dans l'arc-en-ciel que trois couleurs : rouge, pourpre, vert-jaunâtre. Aristote également n'y voit que du rouge, du vert et du bleu. La notion du vert se confond longtemps avec le jaune. M. Gladstone, l'illustre homme d'État anglais, a fait remarquer avec raison que l'Iliade et l'Odyssée sont beaucoup plus riches en épithètes exprimant le plus ou moins d'intensité de la lumière qu'en épithètes exprimant la couleur proprement dite, mais déjà le rouge et le jaune sont parfaitement caractérisés comme tels.

La plupart des philosophes grecs reconnaissaient comme couleurs fondamentales le blanc, le noir, le rouge et le jaune. Pline l'Ancien et Aulu-Gelle donnent la prééminence au rouge, prédominance pour le rouge et le jaune qui disparaît dans les premiers siècles de l'ère chrétienne. La couleur moyenne, le vert, n'apparaît qu'assez tard chez les peuples anciens, qui confondent facilement, avons-nous dit, le vert avec le jaune pâle. Puis les couleurs faiblement lumineuses sont perçues (bleu et violet) ; le bleu clair resta longtemps confondu avec l'idée générale de gris ; le bleu foncé avec l'idée d'obscurité. Dans les poètes grecs et latins, dit encore Hugo Magnus, le violet désigne l'obscur noir. Et, d'après Bastian, certaines peuplades, même aujourd'hui encore, ne savent point distinguer le bleu du vert. (Voir les mémoires de Magnus, de Geiger, de Javal, de Guéroult, etc., in *Annales d'oculistique*, 1878.)

On voit, d'après ces quelques extraits, que l'historique de la cécité des couleurs ne remonte pas à des temps bien reculés. Mais on savait depuis longtemps que tout le monde ne voit pas les couleurs de la même façon. Tel pasteur anglican et tel chasseur allemand achètent du drap rouge, l'un pour sa robe, l'autre pour un costume de chasse. Sans s'en apercevoir, tel tailleur coud un morceau de drap rouge au coude d'un habit brun, ou bien il borde un gilet brun avec un ruban vert ; tel peintre nous peint en rouge les arbres d'une forêt ou une face humaine avec des joues bleues ; tel fonctionnaire écrit une lettre avec de l'encre noire et de l'encre rouge ; tel botaniste croit une fleur rose de cactus bleue comme l'azur, une fleur rouge de géranium verte comme les feuilles, et ainsi de suite à n'en plus finir. Cette dernière confusion du rouge et du vert (et du jaune) est très-ordinaire.

Les premiers cas de daltonisme consignés dans la science, d'après Holmgren (*De la cécité des couleurs*, 1878, trad. du suédois), sont mentionnés dans une lettre de Huddart à Priestley, datée de Londres le 15 janvier 1777. Il s'agit d'un cordonnier nommé H... et de son frère qui semblent avoir été atteints de cécité pour le rouge. Le premier cas, exactement décrit, est celui de Dalton, le célèbre chimiste et physicien anglais, qui était aveugle pour le rouge et qui publia sa propre observation en 1794 ; le nom de *daltonisme* resta à cette affection. On ne sait si Dalton connaissait cette appellation ; toujours est-il qu'il n'aurait pas désapprouvé cet usage de son nom, car, d'après Georges Wilson, il était plutôt satisfait qu'incommodé de son défaut ; il jouissait lui-même du plaisir qu'il causait aux autres par ses méprises sur les couleurs. Cependant ses compatriotes ont vivement protesté contre cette

manière d'immortaliser le souvenir de Dalton en rappelant un vice congénital. A l'étranger, le terme de daltonisme a d'ailleurs à peu près généralement été remplacé par les mots plus exacts de *colour-blindness* et *farbenblindheit*, cécité des couleurs.

Ce fut Seebeck (1837) qui, le premier, s'occupa spécialement d'en réunir systématiquement un certain nombre de cas et de les comparer entre eux. Il interrogeait les élèves des écoles, leur demandait le nom des objets colorés et leur faisait ranger d'après leur ressemblance réciproque une quantité d'objets colorés, notamment des morceaux de papier de couleurs différentes, au nombre de trois cents. Mais c'est G. Wilson (d'Édimbourg) qui insista le premier sur les conséquences pratiques de la cécité des couleurs au point de vue des accidents de chemins de fer et des accidents maritimes. Ayant examiné un grand nombre d'étudiants, soldats, etc., il trouva 65 viciés sur 1,154. Sa méthode d'examen consistait à présenter aux individus examinés un à un des morceaux de papier colorés et à leur demander le nom des couleurs. Ceux-là seulement qui montraient quelque hésitation à distinguer entre le rouge, le vert et le brun, étaient appelés à subir l'épreuve de Seebeck, c'est-à-dire à classer d'après leur analogie, mais sans indiquer de nom, des morceaux colorés de papier, de laine ou de verre. Le vicié, d'après Wilson, doit renoncer à devenir peintre, teinturier, tisserand, tailleur, chimiste, botaniste, géologue, médecin, etc.

En France, Favre s'est occupé depuis longtemps du côté pratique de la question. Sur 1,196 candidats au service des chemins de fer, il a trouvé 13 aveugles pour le rouge et 1 pour le vert; et sur 728 employés de la même ligne, il ne trouva pas moins de 42 cas de cécité des couleurs plus ou moins accentuée, et cela bien que 276 d'entre eux eussent subi auparavant l'examen pour les couleurs. Plus tard, sur 1,050 hommes âgés de dix-huit à trente ans, presque tous anciens militaires, il ne découvrit pas moins de 98 viciés. Sa méthode consiste à présenter aux sujets de la laine de différentes couleurs correspondant à celles du spectre et à leur demander le nom de chacune de ces couleurs. Tous ceux qui se trompent sont déclarés viciés; de même ceux qui hésitent à plusieurs épreuves. Fabre constata aussi que le traumatisme peut produire la dyschromatopsie; les contusions, les plaies des yeux ou de la tête sont capables de vicier la perception des couleurs aussi bien qu'une maladie aiguë, ou l'abus du tabac et de l'alcool. La dyschromatopsie traumatique est de courte durée et elle peut exister à l'insu des malades. Ni l'examen ophthalmoscopique, ni les autopsies, n'ont fait d'ailleurs découvrir aucune lésion. Nuel a aussi appelé l'attention sur les cas d'amblyopie alcoolique ou nicotianique, dans laquelle il se produit un scotome central. Le sujet voyant du blanc avec son scotome central, il ne lui vient pas à l'idée que cela pourrait bien être du rouge.

Les mesures pratiques réclamées par Favre sont : l'examen du sens chromatique obligatoire pour tous les candidats au service des chemins de fer et pour tous ceux qui y sont déjà employés; l'exclusion du service actif de tous ceux qui ne peuvent pas distinguer le rouge; l'examen spécial de tous ceux qui ont été atteints de contusions ou de plaies de la tête, ou qui relèvent de maladie grave; l'examen des buveurs et des fumeurs, et enfin l'examen périodique dans tout le personnel du service actif. Les mêmes conclusions sont applicables à la marine. Tous les marins destinés à faire usage des signaux colorés doivent avoir la perception exacte du rouge et du vert. C'est un minimum indispensable, qui même sera sans doute plus tard déclaré insuffisant. Pour démontrer l'importance de cette opinion, qu'il nous suffise de rappeler que Romberg a fait, au point de vue des causes, une classification des abordages de 1859 à 1866 : sur 2,408 collisions maritimes, il y en a 1,562 dues à la négligence, à la maladresse ou à des accidents impossibles à prévoir ou à éviter; mais il en reste 215 dues à une « erreur » du pilote ou du capitaine, 537 à l'inobservation et à l'interprétation inexacte des règles de route, et 94 à des causes indéterminées. Combien sont simplement l'effet du daltonisme!

La cécité pour les couleurs, on le voit, n'est relativement point rare. Holmgren, en Suède, a publié les chiffres suivants : sur 32,165 sujets du sexe masculin, il en a trouvé 250 atteints de cécité complète pour le rouge, 276 pour le vert, et 493 atteints de cécité incomplète. Sur 7,119 femmes, il en a trouvé 2 seulement présentant la cécité complète pour le rouge, 1 pour le vert; 16 étaient atteintes de cécité incomplète.

La méthode d'examen de Holmgren ne consiste pas comme celle de Seebeck à donner un nom aux couleurs : elle ne s'attache qu'à découvrir la perception chromatique du sujet; elle force celui-ci à faire lui-même le choix entre les nuances. Voici, en résumé, comment procède Holmgren : on se procure un choix de laine à broder, renfermant du rouge, de l'orangé, du jaune, du vert jaune, du vert pur, du vert bleu, du bleu, du violet, du pourpre, du rose, du brun et du gris, et de préférence plusieurs nuances de chaque couleur, et dans chaque nuance au moins cinq gradations de la plus foncée aux plus claires. L'examinateur prend dans cette collection de laine à broder mise en un tas sur une table convenable et met de côté un écheveau de la couleur sur laquelle il veut spécialement examiner le sujet; puis il invite ce dernier à chercher les autres écheveaux qui se rapprochent le plus de la couleur de l'échantillon, et à les placer à côté de celui-ci. On juge du sens chromatique de l'individu d'après la manière dont il s'acquitte de cette tâche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 janvier 1881. — Présidence de M. DE SINÉTY.

COMMUNICATIONS

Effets des applications de chloral sur la peau. — M. BROWN-SÉQUARD continue les expériences qu'il a entreprises sur les effets produits, chez les animaux, par des applications de chloroforme ou de chloral sur la peau et dont il a déjà entretenu la Société à plusieurs reprises (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1880). Voici ce que lui ont permis de constater ces dernières expériences. Si on applique du chloroforme ou du chloral sur la peau d'un animal, du côté droit, par exemple, il se produit des effets d'inhibition de l'appareil respiratoire du côté opposé, du côté gauche. Si on ouvre ensuite cet animal, on constate une congestion très-intense du côté opposé à celui de l'application de l'agent excitant. On constate, en outre, que les effets d'excitabilité sont exagérés du côté opposé, tandis qu'ils sont diminués du côté de l'application. Le degré de cette exagération, d'un côté, correspond exactement à celui de la diminution de l'autre côté. Tous les animaux chez lesquels M. Brown-Séquard a appliqué du chloral sont morts. On a trouvé une notable quantité de sucre dans les urines, ce qui s'explique par la congestion du bulbe rachidien. Les intestins de ces animaux sont gorgés de selles liquides, ce qui prouve que le chloral ainsi appliqué sur la peau est un puissant purgatif.

M. HAYEM demande quelle quantité de chloral est nécessaire pour obtenir ces effets.

M. BROWN-SÉQUARD. La quantité nécessaire pour déterminer la mort est très-peu considérable; un centimètre cube suffit chez un animal pesant un kilogramme trois quarts ou deux kilogrammes. Il faut beaucoup plus de chloroforme.

M. DUMONTPALLIER. Ces animaux souffrent-ils?

M. BROWN-SÉQUARD. Oui, ces animaux paraissent souffrir. La brûlure détermine, en partie, les mêmes phénomènes que le chloroforme ou le chloral. Si on coupe la moelle épinière ou les nerfs qui se rendent à la peau ainsi brûlée, de façon qu'elle soit séparée de l'encéphale, il ne se produit plus aucun phénomène, ce qui prouve que ces phénomènes ne sont pas le résultat d'une action locale, mais bien d'une action générale transmise par le système nerveux.

M. LABORDE. Presque toutes les substances excitantes, l'aconitine, par exemple, produisent les mêmes effets; mais il faut tenir compte aussi, dans ces cas, de la question d'absorption.

M. BROWN-SÉQUARD. Pour les effets dont j'ai parlé, il n'y a au-

cun besoin d'absorption, puisque, les nerfs étant coupés, il ne se produit plus rien.

M. RABUTEAU fait observer que le bromal est plus actif encore que le chloral et qu'il pourrait, dans ces expériences, donner des résultats plus précis.

Effets de l'eau de mer sur les métaux. — M. RABUTEAU. Certains métaux plongés dans l'eau de mer donnent lieu à des courants électriques. Ces métaux sont, par ordre d'importance des effets, le zinc, le cuivre, le fer, l'étain, le plomb, l'alun. C'est le zinc qui agit le mieux de beaucoup.

Faux tubercules. — M. MALASSEZ présente, au nom de M. Martin, une nouvelle note sur ce sujet. On se rappelle que M. Martin, injectant diverses poussières sous la peau des animaux, détermine des lésions anatomiquement semblables au tubercule. Mais on ne voit ultérieurement chez ces animaux se développer aucun signe de tuberculose généralisée. Il s'agit donc là de lésions semblables anatomiquement, mais tout à fait différentes au point de vue pathologique.

ÉLECTION

Le bureau, pour l'année 1881, est ainsi composé : président, M. Paul Bert; vice-présidents, MM. Bouchereau et Laborde; secrétaire général, M. Dumontpallier; secrétaires particuliers, MM. Darsonval, Kunckel, Landouzy et Quinquaud.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du scrutin du 9 janvier 1881, ont été élus membres du Conseil municipal de Paris : MM. les docteurs Bourneville, Frère, Georges Martin, Aristide Rey, Songeon, Thulié; M. Cattiaux, officier de santé ; MM. Cadet et Lamouroux, pharmaciens. Enfin le quartier de l'École de médecine a réélu M. Germer Baillière, le sympathique éditeur.

— M. le docteur Jules Prat est nommé officier de l'instruction publique.

— MM. les docteurs Carence, médecin du lycée de Toulon; Bruel, médecin du lycée de Moulins; Sicard, médecin du collège de Castres, et Crouzet (de Bolbec) sont nommés officiers d'académie.

— MM. les docteurs Meige, Vinatier et Péréton, sont nommés pour trois ans, à dater du 3 janvier 1881, membres du Conseil départemental de l'instruction publique de l'Allier.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Saunois. Notre excellent confrère avait durant de longues années exercé la médecine à Metz. Les malheurs de la patrie lui avaient fait abandonner le théâtre de ses premiers succès. Il vient de succomber à Arnaville, laissant le souvenir d'un homme de bien tout dévoué à sa profession.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Fleury, ancien médecin principal de la marine française, longtemps détaché près le gouvernement ottoman.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Balzer, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef du laboratoire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

M. Wassermann est délégué provisoirement dans les fonctions de préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Dupré, démissionnaire.

M. Gautier, sous-directeur du laboratoire de chimie biologique est nommé, en outre, chef des travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Wiilm, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Bitot (Paul), docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale en remplacement de M. Roy de Clotte, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Hirigoyen, docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale adjoint.

M. Marcoudès-Bézende (Ignacio), né à Saint-Paul (Brésil) le 11 octobre 1859, est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Courtin, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Desgranges, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer pendant le premier semestre de l'année scolaire 1880-81, par M. Poncet, agrégé.

M. Rebatel, docteur en médecine, est institué chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

M. Vial (Cyprien), est nommé, pour un an, préparateur du laboratoire de botanique et matière médicale, en remplacement de M. Brœmer, démissionnaire.

M. Brun (François-Eugène), né à Cuire (Rhône) le 28 septembre 1854, docteur en médecine, est institué chef de clinique des maladies mentales en remplacement de M. Féa, démissionnaire.

M. Cogniard, docteur en médecine, est institué chef-adjoint de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Martins, professeur, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Gerbaud (Charles-Alexandre) est délégué du 1er novembre 1880 au 1er novembre 1881, dans les fonctions de chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Dumas, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Hugounenq est nommé définitivement préparateur de chimie.

M. Bentkowski (Louis-Henri-Brice), né le 25 janvier 1860, à Saint-Jean-du-Gard (Gard), est nommé, pour une période de deux ans, aide-préparateur du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

M. Lannegrâce, agrégé, est nommé, pour une période de six ans, chef des travaux pratiques de physiologie.

M. Carrieu, agrégé, est nommé, pour une période de six ans, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie.

M. Baumel (Hippolyte-Léopold-Étienne), né à Lodève (Hérault) le 23 juin 1856, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale en remplacement de M. Caizergue, décédé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Demange (Jules-Louis), né le 17 octobre 1860, est nommé aide-préparateur de chimie, en remplacement de M. Baur, appelé à d'autres fonctions.

M. Guillemin (Paul-Augustin-François), né à Rombas (Moselle), est nommé aide de clinique, en remplacement de M. Schmitt, appelé à d'autres fonctions.

M. Nicolas (Marie-Adolphe), est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Lepargnez, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lille.* — La chaire de botanique est déclarée vacante.

M. Barrois (Charles-Eugène), docteur ès sciences naturelles, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de minéralogie pour l'année scolaire 1880-81.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Duménil est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Flaubert, sur sa demande.

— M. le docteur Dussaud est nommé médecin du lycée de Nîmes, en remplacement de M. le docteur Puech.

— M. le docteur Roy est nommé médecin du collège de Melun (emploi nouveau).

— Un concours s'ouvrira à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, le lundi 17 janvier 1881, à neuf heures et demie du matin, pour deux emplois vacants de chef de clinique médicale; le lundi 24 janvier 1881, à la même heure, pour deux

emplois vacants de chef de clinique chirurgicale; et le lundi 31 janvier à dix heures du matin, pour un emploi vacant de chef de clinique complémentaire des maladies des yeux.

La durée des fonctions sera de trois années. Le traitement sera de 1200 francs, pour les chefs de cliniques magistrales et de 1000 francs pour le chef de clinique complémentaire.

— Les concours pour une place de chirurgien-adjoint et pour deux places de médecins-adjoints dans les hôpitaux de Marseille, annoncés pour les 10 et 24 janvier courant, sont renvoyés, le 1er au 7 février prochain, le 2e au 14 du même mois. — Les registres d'inscription des candidats sont clos huit jours avant l'ouverture de chaque concours.

— La Société botanique de France, dans sa séance du 24 décembre 1880, a renouvelé son bureau de la manière suivante : Président : M. Van Tieghem; vice-présidents : MM. Bornet, Fournier, Boisson, Vilmorin; secrétaire : M. Flahault; vice-secrétaire : M. Patouillard; archiviste : M. Chaboisseau; membres du conseil : MM. Cosson, Bescherelle, Duchartre, Petit, Monod.

— L'Association française pour l'avancement des sciences vient de déterminer le programme des excursions scientifiques du congrès d'Alger qui doit avoir lieu au mois d'avril prochain. Arrêtées au nombre de vingt-deux jusqu'à présent, elles donneront une idée complète des parties centrales et orientales de l'Algérie. Elles dureront de un à quinze et vingt jours. Nous remarquons parmi ces excursions celles des bains d'Hammam R'Ira qui exigera deux jours, des sources thermales d'Hammam Melouan où l'on doit élever un établissement, du Tell et des Hauts-Plateaux, de la Kabylie et du Djurdjura. Il serait question encore d'une excursion dans la province de Constantine et dans la région de Tunis, mais rien n'est encore décidé à cet égard.

— M. le docteur de Sinéty commencera son cours de gynécologie à l'École pratique le lundi 17 janvier, à cinq heures et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— MM. les chefs du laboratoire de la Charité commenceront les exercices pratiques d'anatomie pathologique et de chimie biologique le mercredi 12 janvier 1881, à dix heures du matin, au laboratoire des cliniques. Les démonstrations d'anatomie pathologique auront lieu tous les lundis sous la direction de M. le docteur Rémy, celles de chimie biologique le mercredi sous la direction de M. le docteur Albert Robin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'optique physiologique considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, par le docteur G. Sous (de Bordeaux). Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8° de 512 pages, avec 127 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Octave Doin.

Manuel de chimie médicale et pharmaceutique, par Alfred Riche, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris. Troisième édition. 1 vol. in-18 avec 126 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Germer Baillière et Ce.

Molière et Guy Patin, par le docteur F. Nivelet. 1 vol. in-12 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Berger-Levrault et Ce.

De la durée de l'élimination des médicaments, par le docteur Jules Gérard. In-8° de 65 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10601.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vingt mille francs, c'est un joli denier! M. Blot, qui les a offerts, en attendant qu'on les lui réclame, a longuement expliqué pourquoi il espère ne pas les donner. Il est persuadé que les choses ne peuvent se passer autrement chez les animaux que chez la femme en ce qui touche le corps d'un fœtus mort et séjournant dans la matrice. Il a cité certains auteurs d'obstétrique vétérinaire qui lui semblent être d'accord avec lui et ne point admettre la possibilité de la putréfaction d'un fœtus d'animal quelconque sans rupture préalable du sac amniotique. Il a maintenu qu'après avoir atteint le tiers de l'âge d'un petit de même espèce parvenu à terme, le fœtus ne peut plus subir de momification réelle, mais est simplement macéré dans le liquide de l'amnios.

M. Depaul a montré un exemple récent de cette macération, avec chute de l'épiderme, sans putréfaction, sans odeur, sur un fœtus parvenu presque à terme et qui était mort dix-sept jours avant l'accouchement. Cette date est certaine, car la mère avait ressenti ce jour-là des mouvements extrêmement violents et convulsifs de ce petit être, qui, depuis lors, n'avait plus bougé. Le lendemain, ses seins avaient gonflé et durci, puis ils avaient laissé couler un peu de lait et étaient devenus flasques; excellent signe, dit M. Depaul, pour faire présumer la mort de l'enfant. Trente-six heures s'étaient écoulées depuis l'accouchement, lorsque l'éminent professeur mettait sous les yeux de l'Académie le petit cadavre, qui ne présentait pas encore la moindre trace de décomposition putride.

M. Depaul avait également apporté le cordon ombilical d'un autre enfant, né, en très-bonne santé, entre ses mains. Un nœud très-serré se voyait sur ce cordon, très-aplati à ce niveau, ce qui n'avait pas entravé la circulation placento-fœtale. Cette double démonstration *de visu* était presque surabondante pour des points d'obstétrique humaine aussi bien acquis. Mais tout autres sont les questions soulevées entre MM. Colin et Blot. En effet, comme l'a répété M. Colin, suivant lui le col utérin restant ouvert après la naissance d'un petit (et, disons-le, la position de la matrice favorisant l'entrée de l'air dans le vagin, comme chez les femmes que l'on fait se tenir sur les genoux et sur les coudes quand on veut les examiner avec le spéculum de Sims), l'air pénétrerait très-librement dans l'utérus jusqu'au contact des membranes et pourrait amener la putréfaction de ces membranes, si elles sont mortes avec les fœtus qui en dépendent.

Cette opinion nous a paru universelle chez ceux qui font autorité en science vétérinaire. En effet, dans la séance précédente M. Leblanc, dans celle-ci M. Bouley, ont, à demi-voix, près de nous, défendu les doctrines de M. Colin. S'il faut en croire M. Bouley, dont la verve est inépuisable, M. Blot fera bien de tenir bientôt prêts les vingt mille francs en question.

Pendant que nous étions distraits par la conversation, toujours si attachante, du spirituel inspecteur général des écoles vétérinaires, M. le professeur Sée lisait, d'une voix un peu sourde, un long chapitre, déjà imprimé, de l'ouvrage qu'il va faire paraître sur les dyspepsies. Nous rendrons compte de cet ouvrage quand nous l'aurons en entier sous les yeux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Du pemphigus.

I

Nous avons en ce moment dans nos salles une femme qui est atteinte d'une affection assez rare pour que j'aie cru devoir la faire descendre à l'amphithéâtre et vous la montrer. Il s'agit d'un pemphigus aigu.

Cette malade, généralement assez bien portante, est âgée de quarante-trois ans. Elle est plutôt maigre que grasse; elle est nerveuse, impressionnable, mais sans avoir jamais présenté aucun phénomène hystérique. De l'âge de quinze à trente ans, elle a été sujette à de fréquentes migraines.

En 1877, à la suite d'une émotion vive, elle a eu une éruption d'urticaire qui a duré une quinzaine de jours environ. En 1878, elle a eu un tænia dont, grâce à l'emploi de vermifuges, elle a été probablement guérie, bien que l'on n'ait pas retrouvé la tête dans les garde-robes. Enfin, en proie à de violents chagrins, elle a été prise, il y a un mois, d'une éruption lichénoïde qui s'est montrée tout autour du cou, a duré de huit à dix jours pour disparaître entièrement; en même temps elle éprouva une oppression assez vive, soit qu'elle marchât ou montât les marches d'un escalier, soit même qu'elle restât dans un repos presque absolu. Puis, le premier de ce mois, elle a ressenti un malaise géné-

ral, un peu de fièvre, de l'agitation, de l'inappétence, et bientôt une éruption est apparue sur les mains et les pieds, et de là sur le reste du corps. Cette éruption se caractérisait par des plaques rouges plus ou moins étendues, avec un soulèvement épidermique variant du volume d'un gros pois à celui d'une noisette, et renfermant un liquide citrin, transparent en certains points, opaque et blanc sur d'autres. C'est alors qu'elle s'est décidée quatre jours plus tard à entrer à l'hôpital. Il y a donc aujourd'hui douze jours qu'elle est dans nos salles.

Nous avons constaté le lendemain sur les membres supérieurs et inférieurs des taches rouges, les unes recouvertes de croûtes dues à la dessiccation du soulèvement épidermique, dont je viens de vous parler, les autres de quelques bulles. Celles-ci, au nombre de douze à vingt sur les avant-bras, étaient de volume inégal contenant soit une sérosité citrine transparente, soit une sérosité opaque, blanche, renfermant une grande quantité d'albumine. Il y en avait une vingtaine sur les membres inférieurs.

Sur les épaules, sur la poitrine, sur le ventre et sur les cuisses, taches d'un rouge vineux, arrondies, s'effaçant par la pression pour reparaître aussitôt après; quelques-unes planes, à légère saillie épidermique centrale, d'autres présentant une petite vésicule pleine, d'autres encore dont la vésicule affaissée était remplacée par une croûte. Ces plaques avaient la dimension d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs. Elles ont persisté jusqu'à présent augmentant en nombre et en étendue. Enfin il est survenu depuis quelques jours une démangeaison très-vive la nuit, accompagnée de chaleur à la peau, due à l'apparition d'une nouvelle éruption d'urticaire suivie d'une recrudescence dans la formation des bulles.

Les phénomènes généraux sont peu de chose : pouls de 76 à 80, température 37°,5 à 38°, un peu d'agitation, sommeil inquiet depuis l'apparition de l'urticaire.

Enfin j'ajouterai, pour terminer l'histoire de cette femme, qu'elle est mariée, qu'elle a eu deux enfants et qu'elle n'est plus réglée depuis le 15 août dernier. Vous pouvez voir en ce moment sur les mains une quantité de croûtes inégales, verdâtres, résultat de la dessiccation des soulèvements épidermiques, ainsi que quelques taches rouges, reste des premiers phénomènes éruptifs, et, à côté de celles-ci, des bulles nouvelles.

L'affection se présente donc ici avec des caractères différents selon le degré où elle est parvenue en tel ou tel point du corps depuis la bulle entière et intacte jusqu'à la tache rouge en voie de cicatrisation, en passant par la bulle rompue et la croûte épidermique.

Mais ce n'est pas tout : vous pouvez voir aussi dans le dos, sur le tronc, sur les seins, à la ceinture, une éruption de taches rouges arrondies, dont le centre est à peu près sain, qui tendent à s'effacer et à devenir squameuses, enfin à disposition circinée; véritable éruption exanthématique, dont la rougeur disparaît par la pression.

Quelques-unes de ces taches présentent une vésicule desséchée recouverte d'une croûte, et forment comme une véritable cocarde jaune au centre, entourée d'un premier cercle rouge et d'un second cercle blanc. Ces taches, comme vous les apercevez distinctement, existent surtout à la partie supérieure des cuisses; elles constituent ce que les auteurs ont appelé l'herpès iris.

Nous avons affaire à une éruption bulleuse caractéristique du pemphigus, et tout à côté à des taches exanthématiques arrondies, dont quelques-unes revêtent l'aspect circiné avec cercles de couleurs différentes; c'est-à-dire un pemphigus compliqué d'érythème papuleux polymorphe et d'herpès iris.

L'éruption est de date récente, elle affecte une marche aiguë, dont la durée ordinaire varie entre trois et six semaines; c'est un de ces pemphigus aigus qui apparaissent, sans autre cause bien déterminée qu'une violente émotion, et sous l'influence des changements de saison, principalement au printemps et à l'automne.

Le pemphigus aigu s'accompagne fréquemment d'un exanthème semblable à celui que vous voyez ici, à tel point que la coïncidence des deux éruptions me fait rattacher le pemphigus à un érythème généralisé, à une inflammation cutanée à processus considérable, déterminant une prolifération plus grande dans le corps muqueux de Malpighi, ainsi qu'une sécrétion séreuse abondante, d'où la formation de bulles.

Bazin avait cherché à rattacher cette affection à l'arthritis, maladie constitutionnelle composée de rhumatisme et de goutte. Mais l'exemple de notre malade vient absolument contredire l'opinion de cet auteur, car elle n'a jamais eu aucun accident goutteux ou rhumatismal; point de syphilis; elle n'est en rien alcoolique, mais seulement nerveuse et sujette autrefois à de fréquentes migraines.

Je considère donc la maladie dont elle est atteinte comme une pseudo-fièvre éruptive caractérisée par une éruption généralisée, quelques troubles digestifs fugaces et un léger mouvement fébrile de courte durée. Quant aux causes appréciables, nous avons : 1° l'influence climatérique saisonnière; 2° des chagrins, des scènes conjugales; 3° l'aménorrhée, c'est-à-dire la cessation des règles le 15 août dernier, sans grossesse. Cette dernière cause a fait donner au pemphigus des jeunes filles, suite d'aménorrhée, le nom de *pemphigus virginum;* je l'ai observé assez fréquemment.

Comme pronostic, je dirai que c'est une affection qui se prolonge pendant l'espace de trois à six semaines par poussées successives, pour guérir le plus souvent, au bout de ce temps. Quelquefois, mais assez rarement, le pemphigus passe à l'état chronique et les bulles persistent tandis que l'érythème disparaît. Ici la décoloration des taches qui commence nous permet d'espérer une guérison prochaine.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Statistique des hernies étranglées à l'hôpital Cochin.

CINQUIÈME ET DERNIÈRE SÉRIE (1).

Voici les faits de hernies étranglées observés dans ces deux dernières années à l'hôpital Cochin. Ils complètent la série des cas que j'ai eu à traiter à l'hôpital Cochin. Ils terminent une statistique intégrale représentant neuf années d'exercice dans un service actif, alimenté par un quartier populeux et pauvre.

Hernies étranglées opérées.

1. N... (Jacques), soixante-trois ans, potier, entré le 10 décembre 1878, salle Saint-Jacques, n° 1. Entéro-épiplocèle gauche étranglée

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 1058; 1875, p. 154; 1877, p. 212 et 1878, p. 1002.

depuis vingt-deux heures; taxis par le malade; taxis violent en ville par un médecin durant une heure; vomissements fécaloïdes; kélotomie à la vingt-quatrième heure; étranglement par un collet épiploïque; intestin déchiré sans large ouverture de la muqueuse; trois points de suture. Ligature, excision et cautérisation de l'épiploon. Péritonite. Mort le 13 décembre.

2. B... (Basile), cinquante-neuf ans, concierge, entré le 4 décembre 1878, salle Saint-Jacques, n° 5. Hernie inguinale droite étranglée par effort. Entéro-épiplocèle, habituellement contenue. Kélotomie avec ouverture du sac, à la onzième heure; pas de taxis antérieur. Réduction, ligature, excision et cautérisation de l'épiploon; guérison le 11 janvier 1879.

3. J..., trente-deux ans, journalière, entre à l'hôpital le 13 avril 1879, salle Cochin, n° 3. Hernie crurale gauche étranglée depuis vingt-quatre heures, entérocèle, pas de taxis antérieur, vomissements fécaloïdes; kélotomie, ouverture du sac. Réunion par seconde intention de la plaie. Guérison en vingt-quatre jours.

4. H... (Adolphe), vingt-deux ans, entré le 2 avril 1879 salle Saint-Jacques, 14. Entéro-épiplocèle étranglée dans le canal par un collet de sac, au niveau de l'orifice interne. Taxis et purgatif en ville. Le sac avait été probablement réduit dans le canal. Vomissements fécaloïdes. Kélotomie à la trente-septième heure. Ligature, excision et cautérisation de l'épiploon, péritonite le 5 avril; mort le 12, avec des signes d'occlusion intestinale. A l'autopsie, péritonite adhésive, brides péritonéales récentes oblitérant le colon descendant.

5. J... (Jean), croque-mort, entré le 15 août. Hernie inguinale gauche; grosse entérocèle étranglée par effort depuis vingt-quatre heures; vomissements bilieux. Taxis en ville; kélotomie à la vingt-quatrième heure; intestin très-dilaté; deux ponctions avec le trocart capillaire; large débridement; pus dans le sac, lavage. Mort par péritonite le 16 août. A l'autopsie, péritonite généralisée suraiguë.

6. V... (Désirée), entrée le 8 septembre 1879, salle Cochin, n° 5 (malade signalée dans la statistique de l'année 1876 (*Gaz. des hôp.*, 1879, page 212). La même hernie, traitée à temps, avait été réduite par le taxis. Entérocèle inguinale étranglée par le collet du sac depuis vingt-quatre heures; étranglement par inflammation; pas de taxis en ville, mais un purgatif avait été administré; vomissements fécaloïdes; kélotomie le 8, avec ouverture du sac; liquide purulent dans le sac. Large débridement pour réduire 18 centimètres d'intestin. Généralisation de la péritonite le 10 septembre. A l'autopsie, péritonite généralisée.

7. D..., soixante-douze ans, entrée à l'hôpital le 1er mai 1880, salle Cochin, n° 20. Hernie crurale étranglée depuis trois jours; entéro-épiplocèle droite. Tentatives de réduction en ville; bandage placé sur la hernie non réduite, et la malade arrive avec un purgatif qu'elle a pris le matin. Kélotomie; ouverture du sac; intestin violet, mais non ulcéré; ligature et excision de l'épiploon. Selles une heure après, malgré l'opium administré suivant la méthode anglaise. Péritonite; mort le 3 mai; l'autopsie n'a pu être faite.

8. D... (Alexandrine), cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital le 24 mai 1880. Entérocèle crurale étranglée par le ligament de Gimbernat, étranglement datant de neuf heures. Taxis en ville; kélotomie malgré des signes évidents de péritonite; suture de la plaie (pratique exceptionnellement suivie à l'hôpital). Selles prématurées le 27; péritonite suraiguë le 28. A l'autopsie: gangrène de l'intestin hernié et perforation.

9. C... (Louise), cinquante-sept ans, entrée à l'hôpital le 15 août, salle Cochin, n° 5. Hernie inguinale interstitielle droite; entérocèle étranglée par un collet dans le canal; pas de tumeur extérieure; inflammation dans le vestige du canal de Nuck, dans la grande lèvre. Kélotomie le 16 août; étranglement très-serré. Mort le 22 août. A l'autopsie, gangrène de tout l'intestin hernié, perforations.

10. L..., trente-quatre ans, conducteur de tramway, entré le 23 août 1880, salle Saint-Jacques. n° 14, Hernie inguinale congénitale; grosse entérocèle étranglée depuis quinze heures, à la suite d'excès; vomissements de glaires. Kélotomie; ouverture du sac, réduction laborieuse après large débridement (il y avait 35 centimètres d'intestin sortis). Suture du sac et de la plaie; grand vésicatoire sur l'abdomen. Rétablissement des selles à la cinquième heure.

Ce malade eut un ictère le cinquième jour, ce qui faisait supposer que le foie était en mauvais état. Le malade résistait, mangeait et allait à la selle régulièrement, lorsque, le 23 septembre, il fut pris d'une pneumonie franche, avec crachats caractéristiques. Le 27, il eut autour de sa plaie, en voie de cicatrisation, un petit érysipèle. Le malade est mort le 29 septembre; il avait une pneumonie franche, et une péritonite adhésive réunissait l'intestin hernié avec les anses intestinales voisines.

11. T..., quarante-sept ans, corroyeur, entré le 31 août 1880. Hernie inguinale droite étranglée depuis trois jours; entérocèle étranglée par un collet de sac au niveau de l'anneau inguinal. Tentative de réduction modérée en ville; vomissements fécaloïdes. Kélotomie le 31 août. Ouverture du sac. Débridements multiples. Guérison le 4 octobre.

12. H... (Cécile), quarante-deux ans, entrée le 2 novembre, salle Cochin, n° 2. Hernie crurale droite étranglée depuis douze jours, entérocèle étranglée par un collet épiploïque. Kélotomie le douzième jour, malgré des signes de péritonite; intestin coupé, bout supérieur perdu, large incision de la paroi abdominale. Matières épanchées dans l'abdomen et enkystées, injection d'éther pendant l'opération contre les syncopes.

Intestin fixé à la paroi par quatre points de suture, deux points de suture profonde à la plaie et deux points de suture superficielle. Mort le lendemain.

13. B... (Jean-Baptiste), quarante-huit ans, entré le 5 octobre 1880. Entérocèle étranglée réduite par le taxis antérieurement (voyez plus loin). Étranglement par le collet du sac, taxis à l'hôpital et bains. Kélotomie à la soixante-douzième heure, le 8 octobre. Guérison le 6 décembre. Pendant la convalescence, le malade a été pris de phénomènes d'étranglement interne qui ont été traités par la diète absolue; le malade avait beaucoup mangé les jours précédents, et il était clair qu'il s'agissait d'un embarras stercoral dans l'intestin, jadis contenu dans la hernie.

14. B... (Eugénie), cuisinière, quarante-six ans, entrée le 13 décembre 1880. Hernie crurale droite, petite, étranglée par inflammation depuis vingt-quatre heures, pas de tentatives de taxis en ville, pas de vomissements. La malade avait été prise de l'étranglement à jeun. Kélotomie le 13 décembre, débridement multiple. Guérison.

15. D... (Charles), cinquante et un ans, entré le 20 décembre 1880. Entérocèle inguinale étranglée par le collet du sac, vomissements depuis la veille, la hernie était sortie depuis cinq jours, taxis par le malade. Kélotomie le 21 décembre, ouverture du sac, deux débridements. Le malade, hors de danger, est à l'hôpital le 25 décembre entre les mains du chirurgien nouveau de l'hôpital, M. T. Anger, et, malgré une pleurésie survenue depuis, il allait bien aux dernières nouvelles.

Hernies non opérées.

L... (Yves), vingt-neuf ans, entré le 15 mai 1879. Il avait eu l'estomac pressé par un timon de camion. Pendant le cours du traitement, il a été pris de phénomènes d'étranglement interne que j'ai attribués à un étranglement des viscères au travers d'une rupture du diaphragme. Absence de gaz rendus par l'anus et vomissements. Ces phénomènes durèrent deux jours et ont été traités par la station assise et par un vésicatoire volant sur l'épigastre. Le malade guérit de son étranglement en deux jours.

B... (Charles), cinquante ans, fruitier, entré à l'hôpital le 7 octobre 1879. Entéro-épiplocèle gauche étranglée réduite spontanément le troisième jour. Depuis trois jours, persistance des phénomènes d'étranglement, à part un ou deux gaz rendus par l'anus. Je diagnostiquai une parésie intestinale et je mis le malade à la diète. Amélioration, rechute, vomissements fécaloïdes pendant trente-six heures. Débâcle définitive. Guérison le 3 novembre.

G... (Anne), soixante-douze ans, entrée le 6 janvier 1880. Entéro-épiplocèle ombilicale du volume d'une tête d'enfant nouveau-né, étranglée par inflammation depuis quatre jours. Réduction d'une

portion de la tumeur le 6 janvier. Péritonite généralisée le 8 janvier. Marche lente de la péritonite. Mort le 15 janvier. A l'autopsie, péritonite adhésive. La hernie, composée de gros et de petit intestin, était partout adhérente. Les gaz circulaient dans la hernie.

M... (Antoine), cinquante-deux ans, entré le 6 juillet 1880. Hernie inguinale gauche étranglée, suite d'excès sans effort depuis trois heures. Taxis avec le chloroforme par l'interne de garde qui réduit et comprime avec un spica. Le malade, soulagé vingt-quatre heures, est repris de vomissements non fécaloïdes et de refroidissement. Le diagnostic péritonite semblait évident. Le malade succombe le 12 juillet. A l'autopsie, péritonite, intestin engagé dans un collet du péritoine; une vaste poche existait entre le péritoine décollé et la paroi abdominale et renfermait une petite anse d'intestin peu serrée et un grand verre de sérosité sanguinolente qui pouvait refluer facilement dans la cavité péritonéale. C'était une réduction en masse de la hernie avec déchirure du sac.

B... (Jean), quarante-huit ans, entré à l'hôpital le 29 septembre. Grosse entéro-épiplocèle inguinale gauche étranglée depuis vingt et une heures, étranglement par effort, taxis en ville, bain, taxis par M. Desprès sans chloroforme. Réduction. Guérison le 30 septembre. Le malade part de l'hôpital avec un bandage. Sorti de l'hôpital trop tôt avec un bandage qui n'avait pas bien été appliqué, il revint avec sa hernie ressortie six jours après. (Voir plus haut.)

J... (Sylvain), trente-six ans, entré à l'hôpital le 13 décembre. Entéro-épiplocèle droite étranglée depuis trente heures à la suite d'un effort. Vomissements jaunes. Absence de gaz rendus par l'anus; pas de taxis en ville, bain, taxis par M. Desprès. Guérison le 21 décembre 1880.

Enfin nous avons reçu un malade agonisant avec une hernie datant de neuf jours, inopérable, qui a succombé dans la journée.

Le lecteur verra que, encouragé par des guérisons heureuses, j'ai pratiqué des kélotomies sur des malades atteints de péritonite franche. Je crois que nous arriverons un jour à traiter avec succès un certain nombre de péritonites jusqu'ici mortelles. Le fait du conducteur de tramway est très-instructif à cet égard. Si la péritonite peut être enrayée trois jours, elle devient adhésive, et il y a lieu de compter sur une guérison difficile, il est vrai, mais possible.

L'ensemble de la statistique donne les résultats suivants : tous les malades sont comptés bien entendu; ceux où il y avait un étranglement datant de douze jours, ceux où la péritonite était généralisée, ceux qui ont succombé à une maladie intercurrente, ceux où un taxis malheureux, un purgatif inopportun ont compromis le succès de la kélotomie, tout est compté.

En neuf ans, il a été opéré 46 hernies étranglées. Les résultats ont été 24 morts et 22 guérisons, plus une demi-guérison, puisqu'il s'agit d'un malade mort de pneumonie un mois après la kélotomie, soit une proportion de 47 p. 0/0 de guérison.

44 fois l'opération a été faite avec ouverture du sac, 2 fois l'opération a été faite sans ouverture du sac, et il y a une mort et une guérison. On peut voir là que, malgré des tentatives de réhabilitation de l'opération de J.-L. Petit, la kélotomie avec large ouverture du sac a donné des résultats aussi bons. En effet, avec cette méthode, nous avons eu 21 guérisons et 23 morts.

Je ne terminerai pas cette statistique sans répéter encore cette proposition :

Nous aurions des résultats bien meilleurs si nous pouvions avoir des malades moins usés que ne le sont les pauvres de Paris, et surtout si les malades atteints de hernies étranglées nous étaient apportés dans nos hôpitaux vierges de taxis et de purgations inutiles ou dangereuses.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Leçons sur les hallucinations et les illusions (1).

V

D'après les considérations que nous avons précédemment exposées (2), les processus hallucinatoires, au point de vue de leur expression symptomatique, peuvent se diviser naturellement en deux phases bien distinctes :

1° Une phase sensorielle dans laquelle la conception délirante suit directement une incitation sensorielle; l'individu entend des voix, il a des visions nettes, il s'émeut, il s'inquiète; l'excitation est proportionnelle et logique avec son inquiétude.

2° Une phase secondaire ou psychique dans laquelle l'ébranlement morbide implanté dans la sphère psychique a perdu ses caractères originaires primitivement sensoriels; les conceptions délirantes sont plus ou moins vaguement systématisées, elles sont fugitives et instables, et ne paraissent plus avoir un point d'appui réel sur une incitation sensorielle.

Cette phase psychique aboutit insensiblement, au bout d'un temps variable, à une dernière étape qui est la période de l'hébétude mentale plus ou moins complète, la démence.

Ritti, dans son travail sur les hallucinations qui résume d'une façon précise les idées nouvelles de la science moderne sur cet ordre spécial de troubles psychopathiques, est arrivé de son côté à une compréhension tout à fait identique des mêmes troubles mentaux. Pour lui, c'est d'abord l'activité spontanée des cellules de la couche optique qui commande le mouvement, et qui, elle-même, peut être provoquée par des causes variées. Vient ensuite la participation des cellules de l'écorce cérébrale qui entrent en jeu, s'emparent de l'incitation subjective et la travaillent comme si elle était réelle et une émanation légitime du monde ambiant (3).

Phases sensorielles du début des processus hallucinatoires.

1re *période.* — Les débuts des processus hallucinatoires sont souvent très-obscurs; les familles, qui ne sont pas initiées à l'interprétation des symptômes, laissent passer inaperçues les premières manifestations : ou bien elles n'y attachent aucune importance. Ce n'est que lorsque la maladie a pris un certain degré d'intensité, que le sujet devient inquiet, tourmenté, qu'il se plaint des voix qui le harcèlent, des visions qui le menacent, qu'en un mot il s'excite, se tourmente pour rien d'apparent, que l'on commence à s'étonner.

Cette phase sensorielle n'est au début jamais continue, et, chose très-digne d'attention, elle se manifeste quelquefois sous forme d'accès ou d'attaques subites, isolées, ne laissant pas de traces après elles. L'individu est pris de peur subite, de colère, d'inquiétude, parce qu'il a entendu des voix menaçantes, ou cru voir des apparitions d'individus suspects autour de lui; et puis, l'accès passé, le calme renaît,

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 décembre 1880.

(2) Ball. *Leçons sur les maladies mentales. Des illusions et des hallucinations.*

(3) Ritti, *loco citato*, p. 51. — Voir ensuite le travail de Nicholson. *Ann. méd.-psych.*, 1878, p. 130, t. I.

et le malade raconte quelquefois la crise qu'il vient de traverser.

Lorsque la continuité de la phase d'excitation s'est constituée à l'état permanent, les malades mis en présence du médecin lui racontent d'emblée ce qui se passe en eux. Ils parlent, comme ils le feraient vis-à-vis le premier venu, des objets qui les émotionnent, et on voit qu'ils s'attristent, qu'ils s'agitent et expliquent avec énergie les inquiétudes qui les débordent.

S'agit-il d'une excitation des régions auditives, lesquelles sont si fréquentes, le malade entend des voix soit dans une oreille, soit dans les deux oreilles. Ces voix l'insultent, le menacent, lui disent de faire ou de ne pas faire telle ou telle chose. Elles répètent ses propres paroles, il les entend sortir du plafond ou du plancher de sa chambre.

Un halluciné me disait :

« Je doutais au début de ces voix, et actuellement j'y crois, je les accepte, je les tiens pour réelles, et c'est plus fort que moi. »

D'autres fois ce sont les régions visuelles qui se mettent de la partie, rarement d'une façon isolée. Elles sont presque toujours accompagnées de la participation des régions auditives, et alors, en raison de cette double source d'excitation, le désordre mental est encore plus grand. L'individu entend des propos insolites et constate, en même temps, des apparitions. Ces apparitions lui parlent, l'apostrophent, le menacent et deviennent ainsi une source d'émotions poignantes qui le bouleversent et déterminent souvent des explosions de colère subite des plus violentes, ou d'autres fois une phase d'excitation qui devient rapidement incoërcible et continue.

Les hallucinations de la sensibilité cutanée proprement dite sont relativement rares et peu persistantes ; quelquefois les malades se plaignent de sentir des picotements sur la peau, ils sentent autour d'eux des contacts impurs ; — un jeune homme se plaignait d'être épouvanté de la présence du corps d'une femme morte qui venait se frotter près de lui dans son lit. Quelques-uns ont des sensations subjectives bizarres. Ils sentent que leur corps devient plus petit, que leurs nerfs se raccourcissent, etc.

La sensibilité musculaire, avec ses diverses modalités, est susceptible d'engendrer certaines notions de nature hallucinatoire. C'est ainsi que les malades accusent sentir, dans leurs muscles, des secousses électriques, des influences magnétiques, et, fatalement, ils rattachent ces sensations subjectives à telle ou telle cause ambiante, à l'électricité, au spiritisme, au magnétisme, que l'on fait agir sur eux à distance, et avec cela ils sont encore lucides. Ils s'étonnent de toutes ces sensations, ils interpellent, demandent ce que cela signifie, ce que l'on veut faire d'eux, si ce sont des épreuves, etc. Suivant la nature de leur esprit, ils se croient alors ou damnés ou poursuivis par la police ou les francs-maçons.

Quand il s'agit d'une hallucination qui occupe les régions gustatives ou olfactives, ces troubles morbides ne se rencontrent pas d'une façon continue et permanente. — C'est, en général, au moment des repas qu'ils apparaissent ; les malades accusent la présence de substances toxiques d'un goût désagréable, ils disent que leurs aliments ont le goût de cuivre, de zinc, de soufre, et, en même temps, ils se plaignent de mauvaises odeurs répandues tout autour d'eux, de sorte que, lorsque cette catégorie d'hallucination existe seule (chose assez rare), ils arrivent à se nourrir de moins en moins et souvent à refuser complètement les aliments.

Les incitations hallucinatoires irradiées des voies génitales développent pareillement dans l'un et l'autre sexe des conceptions délirantes, des impulsions émotives d'une nature tout à fait particulière.

Il existe des femmes qui ont des notions de corps étrangers dans le vagin, alors qu'elles n'ont rien, qui accusent l'existence de polypes, de tumeurs utérines imaginaires et qui, fréquemment, ont recours à l'inspection médicale. Il en est d'autres qui, ayant eu des enfants, sont sujettes, à un moment donné, à avoir une réminiscence des différentes phases de la parturition ; elles disent qu'elles sont enceintes, qu'elles vont accoucher, et ressentent les premières douleurs, etc. Bien plus, ces fausses sensations peuvent se développer chez les jeunes filles : une d'elles, vierge, à laquelle j'ai donné des soins, prise d'hallucinations utéro-ovariennes au moment des époques, soutenait qu'elle était enceinte, et, chose plus grave, qu'on avait abusé d'elle pendant son sommeil (1).

Chez l'homme, les troubles hallucinatoires irradiés des mêmes régions, produisent des conceptions délirantes appropriées. Il y a certains malades qui se croient impuissants, d'autres se figurent qu'ils n'ont plus de sexe, qu'ils sont hermaphrodites. — Un halluciné, atteint d'une hydrocèle enkystée du cordon, du volume d'un petit œuf, disait qu'il était porteur d'un œuf mâle, et, par conséquent, qu'il avait changé de sexe.

DE LA CÉCITÉ DES COULEURS (2).

Par M. le Dr A. René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

II

Il existe encore d'autres procédés pour étudier la cécité des couleurs.

La méthode de Stilling consiste dans l'emploi de l'ombre colorée qui se produit alors qu'on tient un verre de couleur devant une lampe et un crayon entre ce verre et une feuille de papier blanc. L'ombre que le crayon produit sur le papier apparaît au voyant normal colorée de la couleur « complémentaire » du verre, tandis que les aveugles pour les couleurs se reconnaissent par le fait que cette couleur leur échappe. Holmgren a fait voir que la méthode de Stilling pèche notamment en ce que la couleur de l'ombre varie en intensité.

Pflüger (de Berne) a proposé une autre méthode. On sait que des bandes de papier noir et gris, collées sur un fond d'une certaine couleur, apparaissent à un œil normal de la couleur complémentaire de celle-ci. Si l'aveugle pour les couleurs ne voit pas la

---

(1) Taguet. *Annales médico-psych.*, 1876, t. I, p. 191.

Mlle F... ne peut entendre chanter les oiseaux auprès d'elle sans croire qu'ils la becquettent aux parties génitales. Quand les oiseaux deviennent chez elle l'occasion de perturbations génitales, des hallucinations de la vue et de l'ouïe s'ajoutent à son délire primitivement hypochondriaque, qui se transforme en délire de persécution. On l'appelait la Vénus animale, on lui tirait la langue dans les rues ; — pendant la nuit, elle était tourmentée par un prêtre, etc.

Mme C... était en butte chaque nuit aux caresses amoureuses du diable ou à des tentatives de tribadisme de son ancienne maîtresse. Elle l'entend, elle la sent, mais ne la voit pas. — Pour éviter ces prétendues amours, dont elle se croyait victime, elle s'attachait souvent les cuisses l'une contre l'autre ; vains efforts, elle se réveillait en sursaut, se jetait au bas de son lit et se livrait à des contorsions bizarres pour empêcher tout contact. (Baillarger. *Ann. méd.-psych.*, 1845, t. I. Érotomanie. Illusions et hallucinations chez une jeune fille chlorotique.)

(2) Fin. — Voir le numéro du 11 janvier 1880.

couleur du fond comme un voyant normal la perçoit, c'est-à-dire avec son énergie chromatique spécifique, mais seulement comme une couleur plus ou moins vague, la couleur « de contraste » ne se formera pas dans son œil comme elle se forme chez un voyant normal. Pflüger a remplacé les bandes par des lettres et des chiffres; il a fait une série de onze tableaux colorés. Les aveugles ne peuvent lire soit aucun des caractères, soit quelques-uns des caractères de la feuille qu'on leur présente, pour les uns à travers une feuille, pour les autres à travers deux ou trois feuilles de papier de soie. Mœller estime cette méthode inférieure à celle des laines colorées de Holmgren (trouvée cependant plusieurs fois en défaut par Stilling, Dor et Favre).

Cohn a employé deux échantillons de laine d'apparence égale; il fait servir l'un au fond, l'autre aux caractères brodés dessus. Mais le reflet des lettres les faisait encore reconnaître par les viciés.

Donders (d'Utrecht) a présenté à la Société ophthalmologique de Heidelberg des échantillons « pseudo-isochromatiques » pour la recherche de la cécité des couleurs. Il a fait des paires pseudo-isochromatiques avec des échantillons de laine. Les deux échantillons de chaque paire sont enroulés autour d'une planchette. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui forme le fond, interrompu de une à quatre fois par des stries ou raies de fils appartenant à l'échantillon de confusion. Les viciés sont invités à compter ces lignes. Sur quelques échantillons, les aveugles pour le rouge, aussi bien que pour le vert, n'ont pu que difficilement ou point distinguer les raies; sur d'autres, les raies étaient bien vues par tous les viciés pour le rouge et point par quelques viciés pour le vert, et *vice versâ*.

Tel est le résumé des principales méthodes proposées pour reconnaître la cécité des couleurs. Au point de vue exclusivement pratique, on voit que la méthode d'Holmgren particulièrement est largement suffisante.

Quelle est la nature du daltonisme et de la dyschromatopsie congénitale? Nous ne nous arrêterons pas à discuter ici cette question très-vaste et très-controversée. Actuellement c'est la théorie de Young-Helmoltz qui explique encore le mieux les troubles de la perception des couleurs. On sait que cette théorie suppose dans l'œil trois sortes de fibres nerveuses dont l'excitation donne respectivement la sensation du rouge, du vert et du violet. Dans les cas prononcés de dyschromatopsie, l'une ou l'autre de ces « énergies » fondamentales ferait défaut. Cette théorie, trouvée cependant quelquefois en défaut, n'a pu encore être remplacée par une autre plus généralement satisfaisante, malgré les efforts de Fick, de Leber, de Raehlmann, etc. Suivant Raehlmann, dans les cas de dyschromatopsie, aucune énergie ne ferait défaut, mais la sensibilité de l'une ou de l'autre serait modifiée en ce sens que son maximum de sensibilité tomberait en un autre endroit du spectre, c'est-à-dire qu'elle serait le plus fortement mise en jeu par d'autres longueurs d'onde qu'à l'état normal. Dans le tracé bien connu représentant les trois énergies, le sommet de la courbe serait déplacé plus ou moins à gauche ou à droite, depuis une légère modification d'une courbe jusqu'au point où son sommet correspond au sommet d'une des deux autres courbes. Dans certains cas, en effet, Raehlmann a trouvé un maximum de la sensibilité de la rétine dans le rouge et le jaune et un second dans le bleu.

On sait d'autre part que la périphérie de la rétine possède une perception des couleurs moindre que le centre, c'est-à-dire que la région de la *macula lutea*. D'après Donders et Landolt, toutes les couleurs peuvent être reconnues, à l'état normal, jusqu'aux limites les plus extrêmes du champ visuel, à la condition qu'elles soient assez intenses; mais la perception est moins nette à la périphérie de la rétine qu'à son centre. D'après Chodin, cette diminution de la sensibilité vers la périphérie diffère pour les différentes couleurs; cette différence de sensibilité ne dépendrait pas d'une intensité plus ou moins grande de ces couleurs, mais bien d'une sensibilité rétinienne inégale pour chacune d'elles. La pression du globe oculaire, dit Reich, peut également modifier le siège des centres de perception; le centre de la rétine devient alors tel que la perception des couleurs par cette partie, ressemble en quelque sorte à celle éprouvée par sa périphérie.

Les savants atteints eux-mêmes de cécité des couleurs n'ont pas manqué, on le suppose bien, de suivre l'exemple de Dalton, et ont publié leurs observations personnelles. Signalons, par exemple, le cas de Th. Hochecker, affecté lui-même de dyschromatopsie; pour désigner les différentes couleurs, il emploie les termes blanc, noir, brun, rouge, jaune, gris et bleu. Il n'emploie pas les mots vert ou violet. Pour lui, l'herbe est rouge-clair; les feuilles des arbres au printemps jaunâtres. Il appelle jaune l'or et le soufre. Il dit rouge la couleur de la cire à cacheter; les lèvres sont grises; le ciel et les roses sont bleus. Il ne perçoit pas le rouge, mais en outre la perception du vert est altérée chez lui.

N'oublions pas non plus les intéressantes recherches expérimentales et théoriques publiées par Delbœuf et Spring. (*Revue scientifique*, 1878.) Ils cherchent à établir que ce n'est pas, suivant l'hypothèse de Young-Helmholtz, en raison d'une atrophie plus ou moins complète des éléments rouges, mais au contraire en raison d'une susceptibilité spéciale pour les rayons verts et violets que les daltoniens présentent une particularité dans leur sensibilité visuelle. « Si cette supposition est vraie, dit Delbœuf, qui est daltonien, en interposant entre mon œil et les objets une substance transparente rougeâtre, je dois rétablir l'équilibre, puisque par là j'éteindrai en partie les rayons verts ou violets. Une dissolution de fuchsine employée à cet effet produisit des effets merveilleux; non-seulement les couleurs que je confonds habituellement, le bleu, le carmin et le violet d'un côté, le rouge écarlate et le brun de l'autre, m'apparurent comme notablement différentes, mais le rouge écarlate prit un éclat jusqu'alors inconnu, de terne il devint flamboyant et éblouissant. » La même expérience réussit chez d'autres daltoniens. Enfin Delbœuf s'aperçut, en rentrant chez lui après une absence, qu'un tableau de pavots lui paraissait plus attrayant que précédemment; à force de regarder à travers la fuchsine, il s'était donné, pense-t-il, la sensation du rouge. Il ne distinguait les feux rougeâtres ou jaunâtres, toujours d'après son opinion, que parce que ces derniers étaient plus brillants, ce qui lui en donnait une notion plus exacte. De même des rubans autrefois confondus étaient toujours reconnus. MM. Delbœuf et Spring ont trouvé, d'un autre côté, dans une solution de chlorure de métal, une substance qui, interposée entre les objets et l'œil, produit sur les non-daltoniens la même confusion qui caractérise les daltoniens. Une plaque de tourmaline a le même effet. Ces substances ont cela de commun qu'elles éteignent dans le spectre solaire ses extrémités et ne laissent subsister que le vert, si on les emploie en couches assez épaisses.

Tel est le traitement par lequel Delbœuf et Spring espèrent guérir le daltonisme.

M. Favre aussi pensait que la cécité congénitale des couleurs n'est pas incurable et qu'on peut y remédier au moyen d'exercices assidus et systématiques sur les couleurs. Mais il faut pour cela traiter la maladie à temps, c'est-à-dire chez les enfants des écoles. Favre n'a pas réussi chez les adultes. Mais, chez la jeunesse des écoles, ses efforts ont été couronnés de succès. Sur 146 écoliers âgés de sept à seize ans, 35 enfants, plus ou moins complètement aveugles pour les couleurs, ont été soumis à des exercices répétés avec les échantillons de laine et dirigés par les instituteurs; ils ont guéri en moins de six mois, à deux exceptions près. Sans doute ils ne distinguaient pas les 14,420 tons établis par Chevreul, mais ils avaient acquis le minimum indispensable, ils « savaient l'*a b c* de la science des couleurs ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine

de M. le docteur Brouardel, en remplacement de M. Chevalier, dans la section d'hygiène et de médecine légale ; 2° des lettres de candidature de MM. de Saint-Germain et Périer pour la section de médecine opératoire ; 3° une note de M. Metzquer sur trente-cinq expériences nouvelles prouvant la non-spécificité de la phthisie.

DISCUSSION

Nœuds du cordon ombilical. (Voir le Premier-Paris.)

LECTURE

De la dyspepsie. — M. G. SÉE lit un fragment d'un ouvrage qu'il va publier sur les dyspepsies.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

1. M. Larebière. Contribution à l'étude des affections syphilitiques des voies lacrymales. — 2. M. Guyot. Enseignement des sourds-muets par la parole. — 3. M. Jagot. Étude sur la cure radicale des hernies. — 4. M. Fage. Étude sur l'opération d'Emmet. — 5. M. Menziès. Sur quelques cas de diphthérite avec des réflexions relatives à l'origine commune de la diphthérite, de la fièvre typhoïde et de la méningite cérébro-spinale. — 6. M. Baches. Étude sur la cataracte secondaire et sur son traitement en particulier. — 7. M. Parizot. Essai sur les températures locales dans les affections chirurgicales. — 8. Mlle Guénot. Étude sur la physiologie de la menstruation et sur les rapports avec l'arthritisme et la scrofule. — 9. M. Hibon. Quelques considérations sur les luxations congénitales en général. — 10. M. Pinchaud. Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collège de France. — M. Bourgeois (Louis), ancien élève de l'École polytechnique, licencié ès sciences physiques et ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques, en remplacement de M. Thoulet, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Truchot (Charles) est chargé des fonctions de préparateur de chimie pendant la durée du congé accordé à M. Finot.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Barral (Étienne), bachelier ès sciences, est nommé préparateur-adjoint de chimie, en remplacement de M. Thibaudier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Nimier, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de chimie pendant la durée du congé accordé à M. Millès.

— *École de médecine de Toulouse.* — Est confirmée la nomination de M. Labusquière (Rodolphe), né à Maubourguet (Hautes-Pyrénées), à la bourse instituée par M. le marquis Lefranc de Pompignan en faveur d'un élève de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'aider à continuer ses études près la Faculté de médecine de Paris. — Le présent arrêté a reçu son effet à dater du 1er novembre 1880.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Cauvy, professeur, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Brunier, agrégé, est chargé du cours complémentaire de chimie analytique, en remplacement de M. Personne, décédé.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Les microphytes du sang et leurs relations avec les maladies, par R. T. Lewis. 1 vol. in-10 jésus, avec 30 figures dans le texte. — Prix 1 fr. 50, — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10619.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Influence du dépaysement sur la marche et les caractères de la fièvre typhoïde.

M. le professeur Potain, faisant, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, une rapide revue de quelques-uns des malades de son service atteints de fièvre typhoïde, a signalé, en passant, une particularité qui nous a frappé, comme paraissant se rattacher à un point intéressant de pathologie ethnique ou nationale comparée.

Il s'agit d'un jeune garçon de nationalité italienne, un Piémontais, qui présentait depuis plus de huit jours un état fébrile continu d'une intensité médiocre, avec des symptômes indécis dont quelques-uns confinaient à la fièvre typhoïde, si même ils ne lui appartenaient pas en propre. Parmi ces symptômes, il en était un surtout qui prédominait au point d'entraîner en quelque sorte à lui seul le diagnostic malgré l'absence de plusieurs autres signes caractéristiques. Ainsi, bien que la maladie eût dépassé le huitième jour, il n'existait aucune apparence de taches. On percevait bien du gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais ce gargouillement existait à gauche et dans toute l'étendue de l'intestin, ce qui lui enlevait manifestement sa valeur sémiologique. Quant à ce symptôme prédominant qui avait fait admettre le diagnostic « fièvre typhoïde », c'était une profonde prostration.

Était-on fondé, sur ce seul signe qu'on ne rencontre guère, il est vrai, à ce degré du moins, que dans les affections typhiques, à admettre qu'on avait réellement affaire dans ce cas à une fièvre typhoïde ? Il y aurait alors une disproportion évidente entre l'intensité de ce symptôme et l'effacement de la plupart des autres. Si, en présence de cette insuffisance des autres signes, on se refusait à voir dans ce fait une fièvre typhoïde, quelle était alors la cause de cette prostration et sa signification dans une fièvre continue simple, ou dans un embarras gastrique fébrile ? Dans une hypothèse comme dans l'autre, on se trouvait manifestement en présence d'une anomalie.

Cette anomalie est-elle explicable par le fait de la nationalité du malade ou des diverses circonstances qui lui seraient inhérentes ? Voilà où nous voulions en venir.

Ce problème n'est soluble qu'à la condition de le décomposer. Il y a là, en effet, une question de race, une question de climatologie, de changement de milieu, de changement d'habitudes et de rapports sociaux ; toutes conditions susceptibles, chacune pour son compte, de modifier, dans de certaines limites, soit l'aptitude à contracter l'affection en question, soit ses expressions phénoménales et sa symptomatologie. Ici ni la question de race, ni la question de climat, ne peuvent avoir qu'une minime influence ; mais il y a lieu d'en accorder une beaucoup plus grande au changement de milieu, d'habitudes et de rapports sociaux. Un étranger, de quelque pays qu'il soit, par le fait seul de son dépaysement et de l'éloignement des siens, placé dans un lit d'hôpital, au milieu d'autres malades dont il ne parle pas et ne comprend pas peut-être la langue, et dont il ne connaît pas ou ne partage pas toutes les habitudes, se trouve assurément dans des conditions morales bien capables de déprimer l'organisme, d'accroître ou même de produire cette prostration qui constitue chez ce malade le symptôme prédominant.

Ce ne serait là qu'un cas particulier d'un fait beaucoup plus général, que tous les médecins de Paris qui ont eu à diriger des services dans les hôpitaux ou dans les ambulances, pendant le siège, ont été à même de constater sur une large échelle chez les mobiles bretons. Indépendamment de leur aptitude plus prononcée que chez nos nationaux des autres régions pour les affections de nature typhique, aptitude acquise moins par leur origine que par leurs habitudes de vie et leur négligence contumière des pratiques hygiéniques les plus élémentaires, toutes les conditions de la nostalgie se trouvaient réunies chez eux. Et elles l'étaient à un tel point que la moindre affection se compliquait de cet abattement et de cette prostration qui ont dû plus d'une fois causer des erreurs de diagnostic et de pronostic.

C'est à une réunion de conditions analogues chez le malade dont il vient d'être question que, d'accord en cela avec M. Potain, nous croyons devoir rapporter la prédominance remarquée du phénomène de prostration et sa disproportion avec les autres symptômes de l'affection.

Méthode thérapeutique de la syphilis à l'hôpital de Lourcine.

Une visite à l'hôpital de Lourcine en apprend beaucoup en peu de temps. L'examen d'une dizaine de femmes suffit

déjà presque à lui seul pour mettre à découvert une multitude et une variété de lésions primitives ou secondaires, génitales ou extra-génitales, qui, à côté de caractères communs aux lésions syphilitiques de l'homme, montrent des caractères spéciaux, dépendant de la nature même des tissus et des surfaces étendues de muqueuse qui sont le siège de ces lésions. Tels sont, entre autres, les chancres du col de l'utérus avec leur forme et leur aspect particuliers, les gommes ulcérées du vagin et la grande variété de syphilides des parties avoisinant les organes génitaux, parmi lesquelles nous avons remarqué notamment un exemple de cette localisation spéciale de l'ulcération chancreuse sur les éléments pilo-sébacés du tégument externe de la région vulvaire décrite récemment sous le nom de folliculite chancreuse ou de chancre mou folliculaire.

Un autre fait important se présente aussi à des degrés plus accusés chez les femmes que chez les hommes syphilitiques : c'est l'influence du lymphatisme prédominant de l'état chloro-anémique et de la diathèse strumeuse sur le caractère, la marche et les complications de la syphilis.

C'est justement à propos de quelques cas de ce genre, qui ont fixé notre attention, et des prescriptions faites en notre présence, que nous avons été amené à mettre sous les yeux de nos lecteurs un court exposé de la méthode thérapeutique de la syphilis adoptée par M. Martineau dans son service de Lourcine. Nous empruntons cet exposé à une brochure publiée récemment sur ce sujet. Cette méthode se rapproche beaucoup d'ailleurs, comme on va le voir, de celle de M. le professeur Alfr. Fournier.

A M. Fournier revient, comme tout le monde le sait, l'honneur d'avoir institué une méthode de traitement de la syphilis, fondée sur ce double principe, d'une longue durée, et, pour éviter la saturation et l'accoutumance, de l'alternance dans l'administration des agents thérapeutiques. Nous rappellerons dans ses dispositions principales sa manière de procéder.

Mercure pendant deux mois; repos pendant un mois; reprise du mercure pendant six semaines à deux mois; repos de trois mois; six à huit semaines de mercure; quatre à cinq mois de repos; quatre à cinq semaines de mercure. Et ainsi de suite, pendant deux ans et demi environ, ayant toujours la précaution de faire succéder à chaque stade de traitement actif un stade intervallaire de repos ou de désaccoutumance. M. Fournier pense qu'au bout de deux mois l'accoutumance s'établit généralement pour le mercure et qu'il faut, par un stade de repos, la faire perdre pour que le malade redevienne sensible à l'action du médicament. Il va de soi que cette méthode n'est pas inflexible, qu'elle doit se plier aux exigences de chaque cas particulier, le médecin devant tenir compte du tempérament, de la constitution et de l'état diathésique du sujet. M. Fournier pense qu'en général les malades doivent être soumis pendant deux ans au mercure avec des alternatives de repos, soit environ dix mois de traitement mercuriel et quatorze mois de repos.

La méthode thérapeutique que M. Martineau a adoptée pour le traitement de la syphilis est basée, comme celle de M. Fournier, sur la continuité du traitement mercuriel, sur les alternatives de repos et de traitement pour éviter l'accoutumance. Elle en diffère, toutefois, en ce que M. Martineau fait alterner, dès la première année, les mercuriaux et l'iodure de potassium, et en ce qu'il prescrit, à la fin de la deuxième année, l'usage des préparations sulfureuses.

Ainsi, la première année, M. Martineau prescrit : pendant trois à quatre mois le mercure, suivi, pendant trois ou quatre mois, par l'iodure de potassium. Il reprend pendant deux mois le mercure, suivi, pendant deux mois, de l'iodure de potassium ; suit un mois de repos.

La deuxième année, il prescrit pendant un mois le mercure, pendant deux mois l'iodure de potassium, deux mois de repos, un mois de mercure, trois mois d'iodure de potassium, trois mois de repos.

C'est pendant ce stade de repos qu'il commence le traitement par les sulfureux. Il consiste en bains sulfureux (soit naturels, soit artificiels, selon les ressources des malades), en boissons d'eaux sulfureuses, telles que l'eau de Challes. Qu'il paraisse ou non des manifestations syphilitiques sous l'influence de cette médication sulfureuse, il soumet ses malades à une troisième année de traitement et prescrit pendant un mois à un mois et demi le mercure, pendant deux mois l'iodure de potassium ; trois mois de repos ; un mois de mercure ; deux mois d'iodure de potassium ; trois mois de repos et sulfureux.

Si, à la suite de la cure sulfureuse, il survient de nouvelles manifestations, on recommence le traitement, ainsi qu'il est établi pendant la troisième année.

Mais, qu'il soit survenu ou non des manifestations après la deuxième saison du traitement par les sulfureux, M. Martineau engage ses malades à faire une troisième saison aux eaux sulfureuses ou un troisième traitement sulfureux, afin de s'assurer autant que possible de la guérison de la syphilis, le traitement sulfureux étant, en effet, la pierre de touche par excellence de cette affection.

On voit que la durée assignée au traitement par M. Martineau est un peu plus longue que celle fixée par M. Fournier. Cette durée, du reste, n'est pas invariable ; elle peut être abrégée ou augmentée suivant les circonstances. L'essentiel à savoir, c'est qu'il est nécessaire de faire un traitement en rapport avec l'évolution lente, progressive et chronique de la maladie générale.

M. Martineau est d'avis que le traitement antisyphilitique ne doit être commencé que trois à quatre semaines après le début du chancre, alors que surviennent les premiers accidents secondaires. On sait que les opinions des syphiliographes sont assez partagées sur ce point. Sans déduire ici, ce qui serait trop long pour le moment, les motifs sur lesquels s'appuie le médecin de Lourcine à cet égard, et en faisant sur ce point nos réserves, voyons quels sont ses procédés d'administration.

La première indication est remplie par les pilules de Sédillot. Une pilule chaque soir la première semaine, deux pilules après la première, une le matin, une le soir, pendant six semaines ; puis une pilule pendant les deux mois suivants. A l'hôpital, M. Martineau emploie de préférence la liqueur de Van Swieten, à la dose d'une cuillerée à café par jour, dans une tasse de lait.

Dans le cours de la deuxième année, il fait prendre la liqueur de Van Swieten ou les pilules de Dupuytren.

L'iodure de potassium est administré à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour.

Quant aux sulfureux, les malades qui ne peuvent se rendre aux stations minérales pour les prendre à l'état naturel, prendront des bains sulfureux artificiels pendant quinze jours tous les mois, et cela pendant trois mois environ, et de l'eau de Challes en boisson, à la dose d'un demi-verre matin et soir.

Enfin, en même temps, le malade doit être soumis à un

régime tonique et reconstituant : fer, amers, hydrothérapie, etc.

La maladie virulente est-elle greffée sur une maladie générale constitutionnelle, la scrofule par exemple, ce qui était le cas de quelques-unes des malades que nous avons vues à la visite, M. Martineau donne, avec le traitement spécifique, le fer, les amers, l'huile de foie de morue, le sirop et le vin antiscorbutique, les préparations d'or, les eaux minérales sulfureuses et bromo-iodurées ou encore les eaux arsenicales et chlorurées.

Lorsque la syphilis se développe sur un malade atteint d'herpétisme, il ordonne, en même temps que le traitement antisiphylitique, les préparations arsenicales. Chez les sujets chlorotiques ou anémiques, ce seront les ferrugineux, les amers, les toniques qui formeront l'appoint de la médication.

Abcès du foie, récidive ; guérison par les incisions simples.

On se souvient qu'à l'occasion des faits d'abcès aigus du foie communiqués à l'Académie de médecine par M. J. Rochard, M. Depaul, sans prétendre en faire le texte d'une objection à la manière d'agir préconisée par son collègue, rapporta un fait dans lequel, ayant eu par hasard à intervenir, il obtint un résultat heureux par l'emploi des anciens procédés chirurgicaux, c'est-à-dire par une simple incision directe, suivie de lavages et du pansement commun.

Un fait analogue nous est communiqué, à la même occasion, par un de nos confrères de la province, M. le docteur J. Rossignol (de Sorèze). Le voici en quelques mots :

L. T..., cultivateur, âgé de soixante-quatorze ans, n'ayant eu d'autre maladie que des vomissements accompagnés d'une violente douleur dans l'hypochondre droit et qui cédèrent rapidement, il y a de cela dix ans environ, fit appeler, le 22 juillet 1880, notre confrère, qui le trouva étendu sur son lit et dans une grande agitation. Depuis la nuit précédente il avait des vomissements très-fréquents et très-pénibles, des sueurs froides et des douleurs très-vives, surtout à la pression, à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. La face était grippée, le pouls fréquent, petit, concentré. M. Rossignol prescrivit des boissons gazeuses et une potion laudanisée.

Le soir, les vomissements étaient moins fréquents, l'état général un peu meilleur, mais l'épigastre et l'hypochondre droit restaient très-sensibles. Le lendemain, l'état restant le même, on fit appliquer douze sangsues à l'hypochondre droit, qui produisirent un peu d'amélioration dans tous les symptômes. — Cataplasmes.

Le 25 juillet, les douleurs étant revenues plus fortes, avec vomissements, ictère et augmentation de volume du foie, on prescrivit : onguent mercuriel belladoné, cataplasmes, calomel 1 gramme et rhubarbe en poudre 20 centigrammes en dix paquets à prendre en deux heures.

Le 8 août, après quelques jours d'absence, notre confrère constata que l'hypochondre droit était le siège d'une tuméfaction considérable ; la matité s'étendait à 4 centimètres au-dessous des fausses côtes. La pression sur cette région produisait une douleur très-vive. Le malade était tourmenté par un malaise qui ne lui permettait pas le moindre repos ; frissons erratiques, pouls à 110 pulsations. Au-dessous des fausses côtes, la peau présentait une rougeur diffuse. La palpation donnait la sensation d'une fluctuation profonde.

Le 10 août, assisté de son confrère le docteur Deydé, M. Rossignol fit une ponction avec un trocart capillaire à 1 centimètre en avant et en bas de l'extrémité antérieure de la première fausse côte. Ayant obtenu quelques gouttes de pus, il retira le premier trocart et en plongea un autre de calibre moyen au même point. Il évacua ainsi environ un grand verre de pus crémeux, d'une odeur particulière très-forte, contenant une grande quantité de parcelles noirâtres.

Il retira le trocart et fit appliquer des cataplasmes et pratiquer des fomentations émollientes.

Malgré la survenance d'un érysipèle qui disparut en trois ou quatre jours, le malade put se lever dès le 22 août et prendre quelques aliments ; plus de fièvre. Le foie paraissait revenu à son volume normal. Il y avait encore un peu de sensibilité à la pression.

Le 1er septembre, le malade a été repris depuis trois ou quatre jours par ses souffrances, et le côté s'est gonflé de nouveau.

M. Rossignol constate que l'abcès s'est reformé. Il fait une nouvelle ponction, évacue comme la première fois un grand verre de pus, de couleur chocolat, et laisse cette fois la canule à demeure pendant deux ou trois jours. Une semaine après, le malade était complètement rétabli.

Nous n'entendons pas plus que M. Depaul nous faire une arme de ce fait contre les méthodes modernes, qui nous paraissent offrir et qui offrent effectivement d'incontestables avantages, en faveur desquels témoignent d'ailleurs d'une manière si manifeste les observations rapportées par M. Rochard. Mais il est bon, néanmoins, de montrer par cet exemple que les abcès du foie n'ont pas toujours l'excessive gravité en vue de laquelle ces nouvelles méthodes ont été instituées et que les anciennes manières de procéder comptent encore quelques succès.

Trachéotomie en un temps.

Nous avons assisté, ces jours derniers, à une opération de trachéotomie *en un temps*, pratiquée à l'hôpital des Enfants-Malades par M. de Saint-Germain. Notre distingué confrère a, jusqu'à présent, pratiqué 227 trachéotomies sans avoir eu un seul accident grave tenant à l'opération.

Ennemi déclaré de la trachéotomie en plusieurs temps, faite couche par couche et avec une lenteur calculée, M. de Saint-Germain place l'enfant sur une table, les épaules reposant sur un coussin dur et la tête portant dans le vide et maintenue solidement par un aide. Il fixe le larynx de la main gauche en le saisissant par ses parties latérales et postérieure, comme s'il voulait l'écarter de la colonne vertébrale. De la main droite, il plonge un bistouri droit, à lame étroite, dans la membrane crico-thyroïdienne, le tranchant regardant le sternum, et l'enfonce à une profondeur de 15 millimètres. Il divise ensuite, en sciant et non en pressant, le cartilage cricoïde, les deux ou trois premiers anneaux cartilagineux de la trachée, l'isthme du corps thyroïde et la peau. En retirant l'instrument, il prolonge l'incision de quelques millimètres en bas, en faisant une queue à la peau pour faciliter l'écoulement des liquides.

La plaie faite à la trachée, le chirurgien en écarte les lèvres avec le dilatateur, puis il place la canule.

Quelquefois, comme dans le cas actuel, il y a une petite hémorrhagie fournie par l'anastomose des artères thyroïdiennes au niveau de l'isthme du corps thyroïde. Cette

hémorrhagie, de peu de gravité, s'arrête rapidement. Si elle persistait, il suffirait de substituer à la canule une canule plus volumineuse.

Traitement des tumeurs érectiles.

Chez les enfants, M. de Saint-Germain traite les tumeurs érectiles artérielles par des injections interstitielles au moyen de la seringue de Pravaz. Ces injections sont faites une à une, à huit jours d'intervalle; chaque fois l'injection caustique produit une petite eschare et l'opération n'est terminée qu'après que toute la surface de la tumeur a été transformée en eschare. On n'injecte, chaque fois, qu'une goutte de liqueur caustique ou *liqueur de Piazza*, dont voici la composition :

Perchlorure de fer.	25	grammes.
Chlorure de sodium	15	—
Eau distillée	60	—

Traitement de l'hydrocèle des enfants.

On prépare d'avance un porte-caustique de la manière suivante : faites chauffer à la flamme d'une lampe à alcool l'extrémité cannelée d'un stylet. Remplissez l'extrémité de la cannelure, dans une étendue de deux centimètres environ, de nitrate d'argent fondu (pierre infernale) qui se liquéfie par la chaleur; il faut que le nitrate dépasse un peu les bords de la cannelure. Pendant que ce porte-caustique se refroidit, on vide le liquide de la tunique vaginale avec un petit trocart ordinaire; puis on retire le poinçon et on le remplace par le porte-caustique qui pénètre dans la tunique vaginale.

Ce procédé, dû au docteur Defert, nous paraît d'une grande simplicité, et, jeudi dernier, M. de Saint-Germain l'a exécuté fort adroitement sur un enfant de dix ans. Après avoir introduit le stylet porte-caustique, il a pressé sur lui les divers points de la tunique vaginale, de manière à former une solution concentrée de nitrate d'argent avec les dernières gouttes contenues dans cette séreuse. C'est, en somme, une cautérisation de la tunique vaginale, à l'abri de l'air extérieur.

Asphyxie des nouveau-nés.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le fait suivant qui a été communiqué à la Société de médecine pratique :

MM. les docteurs Goyard, Delarue et Faurie-Depoysse étaient auprès d'un enfant nouveau-né en état d'*asphyxie*. Tout ce qui s'emploie en pareil cas : insufflation de bouche à bouche, insufflation avec le tube de Ribemont, divers procédés de respiration artificielle, flagellation, électrisation, tout avait été employé *pendant une heure et demie*. M. Goyard se rappela alors un travail antérieur de notre savant confrère, le docteur Gustave Le Bon, travail dans lequel l'auteur recommandait l'immersion dans l'eau chaude à 50° dans le cas d'asphyxie. M. Le Bon avait été amené à faire cette recommandation à la suite d'expériences sur de jeunes animaux en état de mort apparente qu'il avait ranimés en les plongeant dans l'eau chaude. La même expérience est négative chez les animaux adultes.

M. Goyard se fit apporter un bassin d'eau chaude à 50° et y plongea l'enfant. Au bout de trente secondes, la petite fille fit une inspiration, au bout de deux minutes elle respira, elle était sauvée. On ne saurait donner trop de publicité à des faits semblables. Le sang des nouveau-nés et des enfants se congèle très-lentement, longtemps après la mort; le cas de M. Goyard le prouve ainsi que celui qui fut publié l'année dernière par M. le docteur Nicolas. M. le docteur Fort l'a prouvé lui-même récemment dans une note à l'Institut; il s'agissait d'une enfant de trois ans ensevelie à six heures du soir. A neuf heures, M. Fort pratiqua la respiration artificielle et persévéra jusqu'à une heure du matin. A ce moment l'enfant fit une profonde inspiration et appela *maman*. Il y avait sept heures qu'elle semblait morte, elle vit aujourd'hui. Il ne faut donc abandonner les asphyxiés qu'après avoir fait pour eux tout ce qu'il est humainement possible de faire.

REVUE DE LA PRESSE

Influence de la faradisation sur la transpiration excessive. — M. le docteur Gordon (de Londres, pensant que l'hyperidrose locale dépendait de quelque altération des nerfs périphériques, examina, chez un certain nombre d'individus, la sensibilité des points malades et la trouva diminuée. Il constata aussi une température au-dessous de la normale et essaya l'influence thérapeutique de la faradisation. Il réussit dans plusieurs cas où la sensibilité diminuée et la température abaissée revinrent à la normale et où l'hyperidrose disparut, ou tout au moins fut fort atténuée. La méthode employée fut la faradisation pendant dix minutes avec la brosse métallique. (*Journ. de méd. et de chir. pratique.*)

Tératologie. — Dans le numéro du 31 juillet dernier, nous avons donné, d'après M. le docteur Silveira Cintra, la description d'un monstre unitaire de l'ordre des omphalosites, famille des acéphaliens, genre peracéphale, constitué par une masse formée de deux parties, l'une représentant le tronc et l'autre les membres inférieurs. Nous enregistrons aujourd'hui une observation de M. le docteur Wertheimer, qui présente les plus grandes analogies avec la précédente.

Il s'agit, comme d'habitude, du fruit d'une grossesse double, venu au monde le second dix heures après la naissance du fœtus normal; il pesait 3 kilogr. et demi. Le placenta était unique, mais chaque fœtus avait ses enveloppes propres.

La conformation extérieure comprend deux parties : l'une sus-ombilicale, l'autre sous-ombilicale. La partie sus-ombilicale, beaucoup plus large que longue, paraît exclusivement constituée par deux lobes charnus fort volumineux surtout dans le sens transversal, qui représentent des rudiments de membres supérieurs. Ces deux lobes s'insèrent sur la cage thoracique et leur saillie est due principalement à l'hypertrophie des éléments de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi qu'à la présence pour chacun d'eux de deux muscles qui s'insèrent en dedans, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du thorax, en dehors sur un petit noyau cartilagineux articulé avec la clavicule. Ces deux muscles ne sont autre chose que le grand pectoral et le grand dentelé. Au-dessous de ces deux lobes on reconnaît par le palper les côtes et les espaces intercostaux. Ces deux lobes thoraciques sont séparés sur la ligne médiane par une dépression longitudinale, qui répond au sternum. Cette partie sus-ombilicale se termine par une saillie arrondie exclusivement cutanée, qui, séparée en avant des deux lobes latéraux par une échancrure profonde, se continue en arrière, sans ligne de démarcation, avec les téguments du dos, et au-dessous de laquelle on sent l'extrémité de la colonne vertébrale légèrement recourbée en avant.

La partie sous-ombilicale a une apparence beaucoup moins irré-

gulière : l'abdomen est bien conformé, les trois segments du membre inférieur sont bien distincts et mieux développés à gauche qu'à droite, la cuisse et la jambe, toutes deux volumineuses, sont fortement incurvées sur leur axe vertical. Les pieds sont en varus, celui de droite se termine par des prolongements tout à fait semblables à des ergots, et à gauche par deux orteils soudés ensemble. Le pénis existe, mais rudimentaire ; il n'y a pas de scrotum, l'anus est imperforé.

Si l'on vient à ouvrir la partie sus-ombilicale du tronc, on tombe dans la cavité thoracique dont les parois sont très-bien conformées, les deux lobes que nous avons décrits lui étant superposés. L'intérieur du thorax est absolument vide ; il n'existe ni cœur, ni poumons, ni thymus. La cavité thoracique est limitée inférieurement par un diaphragme parfaitement conformé, mais dépourvu de fibres musculaires.

L'ouverture de la cavité abdominale démontre l'absence complète de l'estomac, du duodénum, du foie, du pancréas et de la rate. Le rein est très-volumineux, les uretères très-larges vont s'aboucher dans une vessie bien développée et distincte du rectum. Les intestins ne présentent d'autre anomalie que l'absence d'épiploon. Le squelette du bassin est normal, ainsi que la région lombaire et la région dorsale de la colonne vertébrale ; il existe deux vertèbres cervicales surmontées d'un tubercule terminal qui n'est qu'une vertèbre avortée. La moelle épinière est bien développée, les membres inférieurs sont à l'état normal, sauf le pied dont le squelette est incomplet. (*Bull. méd. du Nord.*)

Symptômes oculaires dans les diverses maladies générales. — Il est peu d'affections générales qui ne retentissent plus ou moins sur l'organe de la vision, et les phénomènes oculaires morbides auxquels elles donnent lieu peuvent, dans certains cas, être un élément précieux de diagnostic. C'est ainsi que M. le docteur Gorecki a pu réunir dans un tableau les principales affections dont l'aspect de l'œil pourra faire soupçonnner ou confirmer l'existence.

La blépharoptose ou chute de la paupière supérieure indique une paralysie complète ou incomplète de la troisième paire. Les deux paupières abaissées, chez la jeune fille surtout, devront faire penser à l'hystérie.

Le lagophthalmos, ou impossibilité de fermer complètement l'ouverture palpébrale, est un signe d'hémiplégie faciale idiopathique ou symptomatique d'une affection cérébrale.

Un strabisme survenu brusquement et accompagné de diplopie est le plus souvent la suite d'une affection cérébrale.

Le xanthélasma des paupières apparaît sous l'influence de certaines altérations du foie.

Les ecchymoses sous-conjonctivales sont fréquentes dans la coqueluche et peuvent parfois, au début, éclairer un diagnostic hésitant.

La rougeur de la conjonctive, le larmoiement et la photophobie, et parfois même un peu de sécrétion catarrhale, indiquent, chez l'enfant, l'imminence d'une fièvre éruptive, la rougeole notamment. Les larmes sont un signe important de pronostic ; pronostic heureux si l'enfant pleure en criant, pronostic fatal lorsque la sécrétion des larmes ne se fait plus.

La sclérotomie ou épisclérite est, neuf fois sur dix, un symptôme de goutte comme le tophus du lobule de l'oreille.

Les taches de la cornée sont souvent l'indice d'une constitution strumeuse.

La dilatation de la pupille ou mydriase indique soit une fatigue excessive, soit l'existence de vers intestinaux, soit une méningite à la deuxième période, soit une véritable amaurose.

Cette dilatation se rattache le plus souvent à une atrophie du nerf optique. On l'observe aussi pendant l'attaque d'épilepsie, dans la période de résolution de la chloroformisation, à la suite de l'intoxication par la belladone, le datura, etc. La dilatation inégale des deux pupilles est l'indice du début de la paralysie générale progressive.

La contracture de la pupille, au contraire, ou myosis, est un signe précoce de tabes dorsalis. Elle se rencontre aussi au début de la méningite et dans l'empoisonnement par l'opium ou par le chloral à la première période.

La déformation de la pupille, surtout après des instillations d'atropine, indique une iritis ancienne qui, neuf fois sur dix, est d'origine siphylitique, lorsqu'elle n'est pas causée par une affection du voisinage.

La cataracte chez les sujets encore jeunes (quarante à cinquante ans) est fréquemment d'origine diabétique et constitue la cataracte molle. L'exophthalmie est caractéristique du goître exophthalmique.

Enfin, l'ophtalmoscope permet de constater la rétinite dite albuminurique dans la maladie de Bright, dans la polyurie simple et quelquefois chez les femmes enceintes. Les hémorrhagies rétiniennes, l'œdème de la rétine, l'embolie de l'artère centrale de la rétine se rencontrent dans les affections organiques du cœur. La névrite et la périnévrite optique, l'atrophie de la pupille, sont symptomatiques de la syphilis ou de tumeurs cérébrales voisines du cervelet et des tubercules quadrijumeaux. Enfin les tubercules de la choroïde accompagnent presque toujours la granulite et sont un élément précieux de diagnostic entre cette affection et la fièvre typhoïde. (*Le Praticien.*)

Contagion du furoncle. — M. E. Draston a publié dernièrement une note intéressante sur des faits de contagion de furoncle d'individu à individu.

Une religieuse, atteinte de rhumatisme articulaire chronique au plus haut degré d'impotence et d'infirmités, vit certain jour se développer au siège un anthrax. Cinq sœurs se succédaient et souvent se réunissaient auprès de la malade pour faire les pansements. Deux d'entre elles lavaient les plaies ainsi que les linges des cataplasmes qu'on appliquait. Toutes deux eurent de suite des furoncles excessivement douloureux aux doigts et à la main. Deux d'entre elles en eurent soit aux avant-bras, soit à la face. La cinquième n'eut rien. Mais il est nécessaire d'ajouter que, instruite par l'expérience, elle avait eu la précaution de faire tremper, pendant un long temps, les linges dans un grand bassin d'eau, et d'employer un morceau de bois pour les verser dans l'eau et les nettoyer. Pendant la guerre, en soignant, à l'hôpital du couvent, un blessé atteint d'un anthrax très-grave, cette femme avait eu mal à tous les doigts. (*Gaz. méd.*)

Vagin double avec utérus septus. — L'observation, due à M. le docteur Caporali Vincenzo, est celle d'une jeune femme de vingt et un ans, domestique et fille publique depuis cinq ans, dont l'examen des organes sexuels, fait à l'hôpital de Milan, a fait connaître les particularités suivantes :

Les parties génitales externes n'offrent rien de particulier ; mais, dès qu'on les écarte avec les doigts, on aperçoit une cloison verticale complète, qui commence à quatre centimètres de l'orifice vulvaire ; elle est résistante, se prolonge d'une façon continue dans toute la longueur et toute la hauteur du canal vaginal. Les doigts, introduits dans chacun de ces canaux, peuvent suivre la cloison dans tout son trajet. A gauche, l'on arrive sur un col petit, de forme arrondie, résistant, à orifice transversal. A droite, second col, un peu plus long, arrondi, de consistance normale et à orifice transversal également, dont les angles présentent des déchirures.

Le cathétérisme de l'utérus est pratiqué simultanément des deux côtés ; à droite l'instrument pénètre assez difficilement du canal cervical dans la cavité utérine. La longueur du col et du corps est de six centimètres. A gauche, il pénètre avec la plus grande facilité dans la cavité ; la longueur est de cinq centimètres et demi. Il est facile de s'assurer, par les deux cathéters en place, qu'ils sont séparés par une cloison qui divise l'utérus en deux cavités, l'une droite, l'autre gauche.

Nous ajouterons que cette fille, réglée à treize ans, eut dès la même année ses premiers rapports sexuels à droite, devint presque aussitôt enceinte et accoucha à sept mois, sans causes connues, d'un enfant bien constitué qui a actuellement sept ans. A quatorze ans et demi, enceinte de nouveau et toujours à droite, elle avorta à

trois mois. Jusqu'à seize ans, les rapports sexuels eurent lieu exclusivement par le vagin droit. A cette époque, elle entra pour un catarrhe utérin à l'hôpital de Bologne dans le service du professeur Gamberini qui reconnut l'existence de deux vagins. A dix-huit ans, nouvelle grossesse à droite et avortement à trois mois à la suite d'un bain de pieds chaud sinapisé. D'après la malade, deux hymens auraient existé; mais les caroncules ont été reconnues communes aux deux vagins.

Cette femme n'a présenté aucune autre particularité anatomique; la taille est élevée et le corps bien développé; le thorax seulement manque un peu d'ampleur, les mamelles sont volumineuses et l'abdomen présente l'apparence normale. (*Ann. un. di med. e chir. ed arch. di toc.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 janvier 1881. — Présidence de M. Tillaux.

COMMUNICATIONS

M. le secrétaire général lit, au nom de M. Poinsot (de Bordeaux), un travail sur l'*Emploi de la compression élastique dans le traitement des anévrysmes artérioso-veineux*. Dans ce travail, M. Poinsot a rassemblé les faits dans lesquels cette méthode a été employée. Sur 47 cas, il y a eu 18 insuccès et 2 morts.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES HERNIES OMBILICALES ÉTRANGLÉES.

M. Desprès. Je suis de l'avis de M. Terrier sur les indications de la kélotomie dans les cas de petites hernies ombilicales étranglées. J'ai, le premier, communiqué à la Société un cas de guérison de hernie ombilicale étranglée par cette opération. Jusque-là il n'y avait pas eu, dans les bulletins de la Société, un seul exemple de guérison. Il s'agissait, dans ce fait, d'une femme de quatre-vingts ans, qui se trouvait dans une situation alarmante. En raison des insuccès qui avaient été obtenus jusque-là, j'ai voulu faire autrement que les autres; j'ai d'abord tenté de faire le débridement sans ouverture du sac; j'ai donc cherché la bride à la partie supérieure, je l'ai sectionnée; mais, ne pouvant encore réduire, j'ai dû ouvrir le sac, et j'ai trouvé une petite anse rendue irréductible par des adhérences que j'ai détruites, après quoi j'ai pu facilement réduire. La malade a parfaitement guéri. Elle a succombé six ans après à une broncho-pneumonie.

Quand j'ai présenté cette observation, j'ai insisté sur ce point que la hernie me paraissait étranglée par inflammation. Dans les deux observations de M. Terrier qui ont été suivies de guérison, il s'agissait de petites hernies ombilicales dans lesquelles l'étranglement avait eu lieu également par inflammation. Mais ce sont là des cas exceptionnellement heureux, hernies petites, étranglées depuis peu de temps et sans phénomènes inflammatoires intenses; nous ne devons pas nous appuyer sur ces faits pour dire, d'une façon générale, que toutes ces hernies peuvent être opérées sans danger. Cela empêchera les chirurgiens d'intervenir pour des hernies ombilicales volumineuses; en effet, pratiquer l'opération, dans ces cas, c'est courir au-devant d'un échec. Aucun chirurgien n'a apporté d'exemple de guérison de hernies ombilicales volumineuses étranglées. C'est pour ces dernières que la théorie d'Huguier doit être maintenue dans toute sa rigueur, d'autant plus que j'ai vu, pour ma part, de ces hernies réduites avec le traitement proposé par Huguier, les bains, le taxis modéré, et, lorsqu'il passe des gaz par l'intestin, un léger purgatif. Je suis arrivé moi-même à réduire ainsi des hernies ombilicales volumineuses étranglées. Dans un cas, que j'ai observé avec le docteur Joly, et où il s'agissait d'une grosse hernie avec un amincissement très-notable des téguments, je constatai également que la hernie était étranglée par inflammation. Il y avait de la péritonite herniaire; la malade mourut le soir même. Chez une malade de mon service, qui avait une hernie ombilicale irréductible, avec de l'inflammation, et qui mourut après avoir présenté un peu de péritonite, je constatai, à l'autopsie, les adhérences du gros intestin aux parois du sac et des adhérences anciennes du petit intestin au gros intestin; les gaz passaient; il n'y avait pas d'étranglement véritable. Si l'on avait entrepris une opération en pareil cas, qu'aurait-on fait? on n'aurait pu que détacher les adhérences et rentrer dans la cavité abdominale un intestin enflammé. Il n'est pas impossible d'obtenir la guérison de ces grosses hernies ombilicales étranglées par des moyens médicaux tels que la glace, les sangsues, un large vésicatoire autour de la hernie, les grands bains. Dans la plupart des observations, on manque de renseignements sur l'état de l'intestin et la véritable cause de l'étranglement.

En résumé, la kélotomie est une bonne opération dans les cas semblables aux deux dernières observations de M. Terrier et à la mienne. Mais, pour les grosses hernies ombilicales étranglées, les observations que nous possédons jusqu'ici n'autorisent pas à intervenir chirurgicalement. Je préfère, pour elles, le traitement médical.

M. Duplay. Il ne faut pas dire qu'il est absolument impossible d'arriver à réduire une hernie ombilicale étranglée sans ouverture du sac. J'ai publié, dans les archives, un cas de guérison de hernie ombilicale étranglée opérée et réduite sans ouverture du sac. Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Desprès quand il condamne absolument l'opération pour les grosses hernies ombilicales, et qu'il affirme qu'elles ne guérissent pas mieux avec que sans la kélotomie. Voici un exemple qui prouve le contraire: il ne s'agit pas d'une hernie ombilicale, mais d'une énorme hernie ventrale consécutive à une plaie sur la partie latérale gauche de l'abdomen. Il y avait une anse d'intestin de 25 à 30 centimètres. Cette hernie ayant présenté des phénomènes d'étranglement, étant irréductible, l'état de la malade s'aggravant, je me décidai à intervenir. Je fis une longue incision au niveau même de la hernie; j'essayai de réduire sans ouvrir le sac, après avoir fait des débridements; je ne pus y parvenir, je fus obligé d'ouvrir le sac; je trouvai un intestin inversé, replié sur lui-même; je le réduisis après l'avoir redressé; je réséquai une portion d'épiploon, et la malade guérit très-bien de cette énorme plaie que j'avais été obligé de faire. Ce fait peut être comparé à un cas de hernie ombilicale des plus graves. Cette femme aurait certainement succombé si nous n'avions eu à notre disposition la méthode antiseptique. Ce fait vient à l'appui de l'opinion émise par M. Terrier.

M. Trélat. Je ferai quelques remarques sur les observations de M. Desprès. Il semble conclure que, de petits débridements suffisant pour réduire certaines hernies étranglées, il n'y a pas véritablement étranglement, mais simplement inflammation. Je ne saurais accepter cette manière de voir, et je suis bien convaincu de n'avoir pas opéré que des hernies enflammées. M. Desprès ajoute que l'on court au-devant d'insuccès en opérant de grosses hernies ombilicales étranglées; mais c'est là une question de diagnostic. Il ne faut pas faire la kélotomie quand il s'agit de hernies enflammées qui réclament un autre traitement. Mais, quand il y a véritablement étranglement, l'huile de ricin ni les bains ne feront rien, et il n'y a d'autre ressource que d'opérer résolûment et rapidement. Enfin M. Desprès m'a combattu dans une première discussion pour avoir fait ce qu'il a fait lui-même en opérant sa hernie ombilicale étranglée par inflammation. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité de la kélotomie pour les petites hernies. Lorsqu'il s'agit de grosses hernies, s'il n'y a pas de phénomènes menaçants, il faut bien se garder d'opérer; s'il y a des phénomènes menaçants, des phénomènes d'étranglement aigu, il n'y a pas autre chose à faire que d'opérer.

M. Desprès. Il faut distinguer deux espèces d'adhérences: celles qu'on est obligé de couper et celles qui se déchirent d'elles-mêmes; je parle des hernies étranglées par des adhérences de la péritonite adhésive. C'est là ce qu'on trouve dans la plupart des hernies ombilicales, qui toutes s'étranglent par inflammation, en présentant les phénomènes de l'étranglement; mais on trouve un anneau large lorsqu'on les opère.

M. Terrier. Je serai bref, et j'éviterai de faire, comme M. Des-

près, un cours sur les hernies ombilicales. MM. Polaillon, Trélat et Duplay sont de mon avis : on peut aujourd'hui opérer des hernies ombilicales étranglées pour lesquelles jadis on disait qu'il fallait s'abstenir. Mes collègues ont fait des restrictions au sujet des grosses hernies ombilicales étranglées. Comme en pareil cas le dénouement est toujours fatal, j'interviendrais encore, l'opération pouvant seule donner une chance de guérison. M. Desprès a observé un cas de hernie ombilicale étranglée, il l'a opéré et guéri ; il en conclut d'une façon absolue que toutes les hernies ombilicales s'étranglent par inflammation, que jamais l'anneau ombilical n'est trop étroit. M. Desprès émet des axiomes, moi j'apporte des faits ; c'est à nos collègues de juger. Nous différons d'opinion, non-seulement sur les indications de l'opération, mais encore sur la conduite à suivre quand il n'y a pas d'opération à faire.

M. DESPRÈS. Je voudrais que mes collègues ne me fissent pas dire ce que je n'ai pas dit. Si j'avais fait un cours sur les hernies ombilicales, j'aurais eu en M. Terrier un auditeur bien rétif.

LECTURE

Élongation des nerfs. — M. BLUM lit une note sur deux faits d'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice, pratiquée par lui d'abord il y a deux ans, ensuite plus récemment. (Comm. MM. Desprès, Delens et Gillette.)

ÉLECTION

M. SIMONIN (de Nancy) est élu membre honoraire.

La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un crime épouvantable vient de jeter le deuil dans une des plus honorables familles de Paris.

Jeudi soir, à dix heures, rue Jacob, n° 41, notre jeune confrère, le docteur Poulin, descendait son escalier en reconduisant un parent, lorsqu'en passant devant la loge du concierge, il reçut un coup de feu dans la région lombaire. Au bruit de la détonation, des voisins s'empressèrent d'accourir pour porter secours. Pendant qu'un groupe entourait le malheureux blessé, une seconde détonation se faisait entendre, et plusieurs personnes étaient plus ou moins gravement blessées : Mme Droz avait le bras atteint ; un jeune garçon épicier, du nom de Martin, avait reçu une partie de la charge dans le mollet ; enfin l'épicier lui-même, M. Jacotin, avait l'artère crurale ouverte et une main blessée.

Une vitre brisée à la fenêtre d'une petite pièce située au-dessus de la loge indiquait le poste de l'assassin. Il fallut forcer la porte, et l'on trouva alors le concierge Cubillier, auteur de ce crime, la gorge tranchée avec un rasoir.

Les blessés, transportés à la Charité, ont été placés dans le service de M. le professeur Gosselin. Avant d'être reconduite à son domicile, Mme Droz avait reçu les premiers soins des internes de service. Quant à notre infortuné confrère, il expirait ce matin vendredi à dix heures.

On comprendra le retentissement douloureux que cette mort aura dans notre grande famille médicale, lorsqu'on saura que notre jeune confrère, d'un caractère très-doux, d'une éducation parfaite, d'une science éprouvée et d'une ardeur de travail peu commune, semblait appelé à un brillant avenir médical.

— Devant le débordement de la falsification en matière alimentaire, M. le préfet de police vient d'avoir la très-heureuse pensée de faire ouvrir dans les bâtiments de la caserne de la Cité un vaste laboratoire d'expertise chimique. Là, moyennant une faible rétribution, toute personne pourra faire examiner les échantillons de vin, lait, chocolat, viande, etc. Il appartiendra ainsi à chacun de poursuivre directement la fraude.

— M. Baccelli, professeur de clinique médicale et médecin de l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome, vient d'être nommé ministre de l'instruction publique du royaume d'Italie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10626.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES CLINIQUES. I. Déviation de la colonne vertébrale, xiphose et grossesse. — II. Affection puerpérale. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Amaurose tabétique ; douleurs fulgurantes ; crises gastriques ; vertige de Ménière ; épilepsie spinale saltatoire. — De l'excision du chancre syphilitique. — THÉRAPEUTIQUE. Traitement des fièvres intermittentes rebelles. — Nouvelles.



HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

I. Déviation de la colonne vertébrale, xiphose et grossesse. II. Affection puerpérale.

I. Au sujet d'une femme atteinte de xiphose et qui est entrée hier à la Clinique, à une époque avancée de sa grossesse, — sept mois et demi ou huit mois environ, — je m'occuperai aujourd'hui avec vous des déviations de la colonne vertébrale chez les femmes enceintes, et de leur influence sur les dimensions du bassin, par suite sur l'accouchement.

Les déviations de la colonne vertébrale sont actuellement bien connues, et peuvent se diviser en deux groupes bien tranchés.

Le premier comprend les déviations que l'on rencontre le plus communément, c'est-à-dire les déviations latérales, caractérisées presque toujours par une double courbure en S, plus ou moins accentuée et à des degrés très-différents. C'est ce que l'on a appelé la scoliose, affection dans laquelle la courbure principale a sa convexité soit à droite soit à gauche, d'où les noms de déviation dorsale principale droite et de déviation dorsale principale gauche, tandis que la colonne vertébrale décrit une seconde courbure ou déviation inférieure, une courbure de compensation dont la convexité est dirigée du côté opposé. Rarement la courbure principale existe seule sans déviation secondaire.

Mais je ne m'appesantirai pas davantage sur cette déformation de la colonne vertébrale qui, lorsqu'elle existe seule sans autre déviation, n'a que peu d'influence sur l'accouchement. En effet, dans la scoliose seule, le bassin conserve sinon une capacité tout à fait normale, tout au moins les dimensions voulues pour la grossesse et l'expulsion à terme du produit, et les détroits supérieur et inférieur ne sont pas sensiblement affectés. Du reste le médecin instruit saura toujours reconnaître si le bassin est normalement constitué, ou s'il présente des changements dans sa conformation.

Le second groupe comprend les déviations antéro-postérieures du rachis caractérisées par une courbure dont la convexité est dirigée en arrière et la concavité en avant; c'est ce que l'on appelle la xiphose.

La xiphose présente un certain nombre de variétés selon la région de la colonne vertébrale où elle siège ; elle est ainsi cervicale, dorsale, lombaire, dorso-lombaire ou lombo-sacrée.

La xiphose cervicale est la plus commune de toutes; c'est elle qui donne aux enfants ou aux adultes qui en sont atteints cette attitude ramassée dans laquelle le cou n'existe pour ainsi dire pas; la tête est rentrée dans les épaules, comme l'on dit vulgairement, et le menton ramené en avant est comme collé au sternum. Dans cette déviation du rachis, le bassin est généralement peu affecté; je ne dis pas qu'il soit régulier, non, il ne l'est ordinairement pas, il présente quelques différences avec le bassin normal, mais celles-ci ne sont pas assez considérables pour gêner l'accouchement, et ses dimensions sont suffisamment grandes.

Il n'en est pas de même dans la xiphose dorsale, dont vous pouvez voir un exemple des plus frappants chez le squelette déposé sur cette table. Ce squelette provient d'une femme qui est morte dans notre service, non pas qu'elle soit accouchée difficilement, mais d'accidents puerpéraux sans aucune relation avec sa xiphose dorsale. Dans cette déviation, le bassin subit des modifications plus ou moins considérables; c'est ainsi que son diamètre antéro-postérieur est notablement agrandi, comme vous le remarquerez sur ce squelette, où il mesure treize centimètres et demi au lieu de onze, dimension normale moyenne. De plus, le sacrum ne s'étant pas développé régulièrement, mais étant attiré en arrière, il s'ensuit que le détroit inférieur se trouve, au contraire, rétréci.

La déviation lombaire ou dorso-lombaire agit de la même façon sur le pelvis, si ce n'est que, plus la courbure de la colonne vertébrale siégera bas, plus la déformation du bassin sera considérable. A plus forte raison, cette déformation sera-t-elle prononcée, si la déviation du rachis empiète sur les premières pièces du sacrum, comme cela se rencontre quelquefois, caractérisant la xiphose lombo-sacrée. Vous constatez alors l'éloignement de l'angle sacro-vertébral, tandis que les branches ilio-pubiennes se rapprochent; par suite le diamètre transverse du détroit inférieur présente un rétrécissement proportionnel à ces modifications.

Cela dit sur les différentes déviations antéro-postérieures de la colonne vertébrale, à quelle variété de xiphose appartient la femme enceinte qui nous fournit l'occasion de traiter ce sujet, et quelle influence a-t-elle sur son bassin? La xiphose à laquelle nous avons affaire ici est une déviation dorso-lombaire, qui occupe surtout une grande partie de la région dorsale et finit au commencement de la région lom-

baire, formant une véritable ensellure. La tête est petite, le tronc est tout petit également; mais, par contre, les fémurs et les tibias, conformés normalement, sont longs, et donnent aux membres inférieurs des dimensions qui sont tout à fait en disproportion avec le reste du corps. Ce qui fait ressembler réellement cette femme à un échassier. Si maintenant nous considérons son bassin, et que nous le mesurions d'une tubérosité ischiatique à celle du côté opposé, nous remarquerons que le diamètre transverse n'est pas notablement rétréci, d'où la possibilité pour cette femme d'accoucher encore sans trop de difficultés.

Enfin l'utérus est développé en avant et affecte une certaine tendance à l'antéversion, antéversion de cause toute mécanique; de plus les parois abdominales sont fortement projetées en avant.

J'ajouterai encore, avant de terminer ici ce qui a trait à la xiphose, que celle-ci n'est nullement une conséquence du rachitisme, qu'elle en est parfaitement indépendante; la xiphose est simplement une affection de la colonne vertébrale, caractérisée comme nous l'avons dit. La femme qui a succombé à un état puerpéral, et dont le squelette vient de servir à ma démonstration, n'était nullement rachitique, pas plus que celle qui est entrée hier dans nos salles.

II. Maintenant je vous dirai quelques mots d'une autre femme, celle-ci rachitique au contraire, mais dont le bassin est assez bien conformé; elle est couchée au lit nº 14.

Cette femme est accouchée il y a trois jours et demi (dans la nuit de dimanche à lundi); les contractions utérines ayant perdu, dans les derniers moments, de leur énergie, nous avons fait une petite application de forceps. Aujourd'hui elle va aussi mal que possible, mais déjà pendant le travail elle était, pour ainsi dire, malade; et avant-hier, c'est-à-dire dès le lendemain de son accouchement, la peau était chaude, le pouls fréquent à 100, et l'utérus offrait une certaine sensibilité. Nous avons ordonné l'opium à l'intérieur et à l'extérieur. Mais le mal a progressé, l'inflammation s'est propagée au péritoine, et nous avons aujourd'hui une métro-péritonite très-grave; nausées, vomissements de matières jaunes, bilieuses; langue jaune également; la température dépasse 40 degrés, le pouls marque 130, le faciès est altéré. Les troubles intellectuels ne sont pas caractérisés par des cris ni des violences, mais par des divagations; elle ne répond plus aux questions qui lui sont adressées, ou elle répond tout autre chose; enfin il y a un véritable subdelirium.

Le pronostic, qui était mauvais chez elle dès le premier jour et dont je n'avais déjà qu'une très-médiocre opinion pendant la durée du travail, est tel aujourd'hui que cette femme va succomber bien certainement, d'ici à vingt-quatre ou trente-six heures, aux accidents puerpéraux dont elle est atteinte.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Amaurose tabétique; douleurs fulgurantes; crises gastriques; vertige de Ménière; épilepsie spinale saltatoire.

IV

La première malade que vous allez voir présente un cas d'ataxie fruste, c'est-à-dire dont les caractères sont assez effacés pour que le clinicien éprouve dès l'abord quelques difficultés dans son diagnostic.

Cette femme, cliniquement, n'est pas une ataxique dans la rigoureuse acception du mot, mais elle est surtout tabétique, car il n'existe chez elle aucune incoordination motrice. Mais, si l'on attendait, dans tous les cas, que ce phénomène se fût produit pour se prononcer sur la nature de la maladie, sur l'existence de l'ataxie locomotrice progressive, on courrait le risque d'attendre parfois longtemps, voire même bien des années.

Cette femme est aveugle; c'est vous dire que le signe de Romberg n'existe pas, et elle marche comme une aveugle, sa canne en avant. Elle est aveugle depuis vingt ans par amaurose tabétique, avec des phénomènes assez complets pour pouvoir affirmer que nous avons affaire à une ataxique. Ces phénomènes sont de deux ordres : 1º ophthalmoscopiques; 2º fonctionnels.

1º Ophthalmoscopiques, ou caractérisés par la lésion de la papille. La papille normale est transparente, rosée, non brillante, ni nacrée, et ne reflète pas la lumière. Dans la papille tabétique, au contraire, les tubes nerveux ont perdu leur myéline, la papille est devenue opaque, brillante, nacrée, les vaisseaux capillaires sont masqués.

L'amaurose tabétique se distingue aussi de celle qui serait produite par la présence d'une tumeur intra-cranienne, en ce que dans celle-ci il existe une névrite optique; il se produit à la surface de la papille une exsudation formant un véritable nuage qui se répand jusque sur ses bords, tandis que dans l'amaurose tabétique la papille conserve ses contours parfaitement nets. L'atrophie papillaire consécutive à une lésion intra-cranienne est donc parfaitement distincte de l'atrophie papillaire des tabétiques.

Quant aux troubles fonctionnels, l'induration grise du nerf optique affecte chez les tabétiques une marche lente, progressive; les deux yeux ne sont pas atteints en même temps, mais successivement au bout de plusieurs années, et la cécité se produit de la périphérie au centre. Enfin, alors que la vision n'est pas encore très-affaiblie, la perte de la notion de certaines couleurs, — le vert et le rouge, — a lieu, et le malade ne conserve guère que la notion du jaune et du bleu. La pupille est rétrécie.

La névrite optique offre un contraste frappant avec les phénomènes des tabétiques, l'évolution est rapide, la cécité survient promptement, la perte des couleurs se produit dans leur ensemble et la pupille est dilatée.

Il arrive souvent, et c'est le cas ici chez cette malade, que l'amaurose tabétique existe, comme symptôme isolé de l'ataxie locomotrice progressive, pendant des mois et des années. Puis, quelques années après que cette amaurose s'est constituée, il survient des douleurs fulgurantes. Celles-ci, bien qu'ordinairement caractéristiques de la maladie qui nous occupe, peuvent quelquefois être imitées notamment dans l'alcoolisme, dans la méningite postérieure, dans la sclérose en plaques, etc. Enfin, chez les diabétiques de longue date, il n'est pas rare d'entendre les malades se plaindre de douleurs paroxystiques, pour ainsi dire fulgurantes.

Il existe en outre ce que l'on a appelé les crises gastriques, sorte de gastralgie particulière caractérisée par l'apparition brusque de douleurs vives portant surtout sur la région abdominale supérieure, s'accompagnant pendant trois, quatre ou cinq jours de vomissements alimentaires d'abord, aqueux ensuite. Puis la douleur cesse tout à coup comme elle était venue, et l'estomac fonctionne comme par le passé. Ces

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 janvier 1881.

crises laissent à la malade un répit de six semaines à deux mois, pour reparaître avec les mêmes caractères que la première fois, s'accompagnant de douleurs fulgurantes dans les membres.

Voilà donc trois symptômes : l'amaurose tabétique, les douleurs fulgurantes et les crises gastriques, symptômes auxquels s'ajoute un quatrième phénomène, la perte du réflexe tendineux.

Un autre exemple de cas fruste est le suivant : il existe un symptôme encore peu connu qui doit entrer dans la série tabétique, c'est le vertige tabétique d'origine bulbaire. La seconde malade que vous allez voir en était, il y a six ans, un des plus beaux types; aujourd'hui elle n'en a plus guère que le souvenir. A cette époque le vertige était constant, et la position dans laquelle il était le moins pénible était pour cette femme de rester couchée dans son lit, la tête plus bas que les jambes. Si peu que l'on touchât à son lit, elle avait des soubresauts; elle restait nuit et jour dans un état permanent d'angoisse comme si elle était placée au sommet d'une tour élevée qui n'aurait eu ni parapets ni garde-fous. Cet état permanent s'accompagnait d'accès intermittents revêtant la forme du vertige de Ménière. Atteinte d'une affection de l'oreille, la membrane du tympan etait perforée et suppurait de temps en temps; elle avait alors des bruits d'oreille ressemblant soit à ceux d'une chute d'eau, soit parfois au sifflet d'une locomotive, tellement qu'elle croyait alors entendre le passage d'un train de chemin de fer. Quand le vertige arrivait ainsi à son paroxysme, elle se sentait comme précipitée en avant par une force irrésistible. C'est pourquoi elle avait pris cette position au lit dont je vous parlais.

Cette chute en avant se remarque chez un certain nombre de malades; d'autres fois, mais moins souvent, ils font une culbute en arrière; enfin, mais beaucoup plus rarement, ils sont pris de mouvements circulaires de droite à gauche. Ces chutes ont lieu soudain, sans perte de connaissance; la crise dure quelques secondes, et est suivie d'un malaise général, de sueurs plus ou moins abondantes, de nausées et de vomissements. Quatre ou cinq jours se passent sans nouvel accès, et le malade reste pendant ce temps dans l'état permanent que je vous ai indiqué.

Notre malade a été à peu près guérie par une sorte d'inspiration thérapeutique; dans un certain nombre d'affections, il faut bien le dire, la thérapeutique est encore aujourd'hui dans la voie du tâtonnement. Le fait que les malades qui, dans ces conditions, sont devenus sourds, n'ont plus, par suite de la destruction du nerf auditif, aucun vertige, était pour nous une indication de chercher à provoquer la surdité. Mais comment y parvenir? C'est alors que je songeai au sulfate de quinine, dont l'administration amène des bourdonnements d'oreille plus ou moins intenses. Nous avons donc ordonné ce médicament aux doses progressives pendant un mois, de 50, 60 et 75 centigrammes; au bout d'un mois l'amélioration obtenue nous engagea à persévérer pendant deux autres mois, et la malade n'a plus rien conservé que des vertiges tellement faibles qu'ils ne comptent pour ainsi dire plus.

Au début, l'emploi du sulfate de quinine est assez difficile, il produit une exacerbation des symptômes par la lutte qui s'établit entre le bruit quinique et le bruit labyrinthique; mais, si vous persistez, si vous savez rendre votre malade docile à vos prescriptions, vous voyez l'apaisement peu à peu s'établir et l'amélioration se faire progressivement.

Je vous citerai ici l'histoire d'une autre malade actuellement âgée de quarante-six ans. Chez elle, début précoce, les premiers symptômes apparurent dès l'âge de vingt-trois ans, caractérisés par des douleurs fulgurantes accentuées dans les membres inférieurs et dans la face. Cette période prodromique dura vingt ans environ, puis survint de la diplopie, puis de l'incoordination motrice, le signe de Romberg et les plaques anesthésiques.

Cependant la maladie présente encore ici une anomalie : c'est la conservation du réflexe tendineux rotulien dont l'absence, normale chez les ataxiques, est remplacée chez elle, au contraire, par une exagération du phénomène. Elle a aussi le vertige de Ménière et tombe quelquefois subitement en avant. Elle nous explique ses bourdonnements d'oreilles par un bruit analogue à celui que ferait un perroquet qui casse des graines, d'autres fois par un bruit de chaînes que l'on remue, enfin par une musique bizarre. Tant que les bruits en restent là, il n'y a pas encore grand mal; mais, si le bruit de sifflet de chemin de fer survient, comme elle croit l'entendre parfois, le vertige alors est menaçant, et bientôt elle se trouve tout-à-coup précipitée en avant et tombe sur la face, crise dont elle sort, comme la précédente malade, avec des nausées et des vomissements.

Les accidents que nous venons de vous décrire sont des phénomènes bulbaires qui trouvent leur explication dans la lésion des faisceaux radiculaires postérieurs de la cinquième paire. Le vertige de Ménière n'est donc pas très-rare chez les ataxiques, et ce vertige, comme les autres phénomènes, amaurose, douleurs fulgurantes et crises gastriques, peut exister chez ces malades à l'état solitaire, c'est-à-dire comme un symptôme unique de l'ataxie locomotrice progressive.

J'ai maintenant deux malades à vous montrer qui viennent de Bicêtre et appartiennent au service de M. Debove.

Le premier présente des phénomènes rares que je n'ai rencontrés encore que trois fois chez des ataxiques, c'est-à-dire une épilepsie spinale saltatoire; accidents spinaux qui surviennent par crises et consistent dans des secousses répétées dans les membres inférieurs. L'épilepsie spinale peut se présenter sous deux formes : l'une, vibratoire ou tonique, appartenant à la paralysie spasmodique et caractérisée par des mouvements menus, sur place, se répétant toujours sur le même modèle; l'autre, saltatoire, survenant chez les malades atteints d'ataxie locomotrice progressive et consistant dans des mouvements brusques d'extension et de flexion, et tellement répétés qu'ils ressemblent à des ruades nourries, à une véritable fusillade de coups de pied qui dure pendant vingt ou vingt-cinq minutes. Les deux jambes sont ou projetées ensemble ou l'une après l'autre.

Chez ce malade nous avons comme étiologie l'hérédité la plus prononcée. Son père et sept de ses frères sont épileptiques, lui-même est dans le même cas. De plus l'ataxie locomotrice progressive, chez lui, est parfaitement régulière : douleurs fulgurantes atroces existant depuis vingt ans, signe de Romberg, etc.; la seule anomalie que nous constations, anomalie rare, je le répète, c'est l'épilepsie spinale saltatoire.

Couché dans son lit à Bicêtre, il suffit de relever son drap pour que le contact de l'air provoque immédiatement les symptômes saltatoires; il en est de même de la percussion du tendon rotulien ou de la peau des membres inférieurs. La compression de ce tendon fait cesser momentanément la crise.

Les recherches anatomo-pathologiques n'ont encore rien montré de particulier sur la moelle des ataxiques, atteints de ces phénomènes saltatoires.

Quant au second malade de M. Debove, et c'est par lui que je terminerai cette leçon, c'est un ataxique des plus caractérisés. (Voir *Gaz. des hôp.* des 11 et 14 décembre 1880.)

DE L'EXCISION DU CHANCRE SYPHILITIQUE

Par M. le docteur Charles Mauriac,
Médecin de l'hôpital du Midi.

Dans ces dernières années, les syphiliographes se sont émus et préoccupés à juste titre d'une question dont l'intérêt théorique est incontestable, mais dont les conséquences, pratiques surtout, seraient de premier ordre, si on parvenait à la résoudre définitivement dans le sens positif.

Elle est très-simple en apparence, et il semble, au premier abord, que l'expérimentation n'aurait pas de grands efforts à faire pour lui donner une réponse. De quoi s'agit-il, en effet? De savoir si la destruction du chancre syphilitique, à une époque aussi rapprochée que possible de son début, est susceptible de prévenir l'intoxication et d'empêcher la maladie de se généraliser.

Il y a quarante ou cinquante ans, la plupart des médecins croyaient fermement qu'une cautérisation énergique de l'accident primitif, pratiquée dans les premiers jours de son apparition, coupait court à tout processus ultérieur et faisait avorter la syphilis. Mais, comme la doctrine de l'unicisme régnait encore, on était beaucoup moins édifié qu'aujourd'hui sur le diagnostic différentiel des deux chancres, et il arrivait, sans doute souvent, que la méthode abortive n'était couronnée de succès que parce qu'elle était dirigée contre des chancres simples.

Pour que le résultat soit probant, il est donc de toute nécessité que le diagnostic de la lésion qu'on va détruire ne laisse aucun doute dans l'esprit. Or, qu'on ne s'y trompe pas, dans les premiers jours, et à plus forte raison dans les premières heures d'une érosion ou d'une petite ulcération qui se présente sous les apparences d'un chancre, il arrive fort souvent qu'on se trouve dans l'impossibilité de se prononcer d'une façon catégorique sur sa nature. Ajoutez à cette difficulté celle qui résulte de la ressemblance, quelquefois parfaite de pareilles lésions avec une exulcération herpétique.

Ainsi, en admettant qu'un malade vienne consulter aussitôt qu'il constate les premiers vestiges de ce qu'il croit être le résultat d'une contagion chancreuse, il faut, la plupart du temps, attendre que le processus imprime à la lésion des caractères moins vagues et plus spécifiques que ceux qu'elle présente au moment précis où sa destruction aurait quelque chance d'en prévenir les conséquences ultérieures. On se trouve donc forcément placé dans l'alternative ou bien d'exciser et de cautériser, sans savoir au juste à quoi on s'attaque; ou bien d'ajourner une opération dont chaque minute de retard rend l'efficacité abortive plus problématique.

Les conditions exigées pour une réussite indiscutable se rencontrent très-rarement. Depuis que je m'occupe de les rechercher avec soin, je ne les ai trouvées réunies qu'une seule fois, et cependant c'est par milliers que des chancres, de toute nature et à tous les âges, ont été soumis à mon observation.

Un autre genre de difficulté provient du siège de la lésion. Il y en a un grand nombre qu'on ne pourrait détruire sans causer un dommage sérieux à l'organe sur lequel elles se sont implantées.

On s'est demandé quel était le meilleur procédé pour arriver, du premier coup, à la destruction radicale du chancre syphilitique. Autrefois on avait recours à la cautérisation; aujourd'hui on préfère l'excision.

Cette dernière méthode a été préconisée et vulgarisée par MM. Auspitz et Unna. C'est à eux, du reste, que revient le mérite d'avoir réhabilité la pratique du traitement abortif de la syphilis qui, depuis longtemps, était tombée en désuétude et n'avait jamais été employée avec suite et méthodiquement.

Comme le but de ce travail est de donner le résultat de ma propre pratique, je ne ferai point ici l'historique de la question. C'est un sujet que j'ai traité avec quelques développements, l'année dernière, dans mes leçons sur la syphilis primitive. On y trouvera un résumé des cas de succès et d'insuccès qui ont été consignés par les observateurs que je viens de citer et aussi par M. le docteur Kölliker.

Dans les tentatives que j'ai faites pour prévenir, par la destruction du chancre, le développement de la syphilis, j'ai toujours eu recours à l'excision. Cette méthode est infiniment préférable à la cautérisation parce qu'on la dirige mieux, et qu'en s'y prenant convenablement, lorsque les circonstances se prêtent à l'opération, on peut avoir la certitude d'enlever tout le foyer du mal.

I

Avant d'exposer les faits d'excision qui me sont personnels, il ne sera peut-être pas inutile de montrer à quels points de vue on peut se placer pour expliquer le mode pathogénique de l'intoxication syphilitique.

Il est surabondamment prouvé aujourd'hui, par l'observation clinique et par l'expérimentation, que l'accident primitif de la syphilis ne se développe jamais immédiatement après la contamination. Entre le moment où le virus est mis en contact avec les téguments et celui où la lésion apparaît, il s'écoule toujours un intervalle de temps considérable. C'est une période absolument muette au point de vue des symptômes généraux et locaux. La santé générale n'est point troublée, et l'examen le plus minutieux du point contaminé ne parvient pas à y découvrir le plus petit indice du travail morbide latent qui aboutira, au bout de quelques semaines, à la formation du chancre syphilitique, dans le lieu même où le germe en a été déposé.

L'intervalle de temps qui s'écoule entre la contamination et la lésion initiale est d'une durée dont l'évaluation a beaucoup varié suivant l'époque et les milieux où l'on dressait les statistiques. En me fondant sur les recherches que j'ai entreprises depuis dix ans, je crois être dans le vrai en affirmant qu'aujourd'hui l'incubation du chancre syphilitique a une moyenne de trente à quarante jours. Mais peu importe au point de vue pathogénique. N'eût-elle que dix ou quinze jours, comme le pensaient quelques syphiliographes, elle n'en suggérerait pas moins les deux interprétations suivantes, qui sont les seules, du reste, que l'on puisse faire.

D'après la première, on suppose que l'absorption du virus s'est faite immédiatement après la contamination, et que l'organisme, ayant été intoxiqué d'emblée, n'a cependant révélé le grand fait de son imprégnation que par une lésion locale sur le point précis où s'est effectuée la contagion.

Cette lésion isolée, cette première manifestation locale, malgré son origine constitutionnelle, serait le chancre

syphilitique. Si cette hypothèse était vraie, on aurait tort de l'appeler *infectant*, puisque, loin d'être la cause de l'empoisonnement, il n'en serait que le premier effet.

Malgré ce qu'il y a d'étrange dans cette manière de voir, surtout quand on met en regard la généralisation de la cause, c'est-à-dire de l'empoisonnement, et le siège si circonscrit, si précis des résultats, au point même où le virus a été déposé, presque tous les auteurs, et les plus autorisés, s'en sont déclarés les partisans.

Dans la deuxième interprétation, on suppose, au contraire, que le virus n'a pas été absorbé et n'a point intoxiqué d'emblée l'organisme; qu'il est resté au sein des tissus qui l'ont reçu de gré ou de force; qu'il a incubé dans cette sphère organique infiniment restreinte, et qu'il n'est sorti de son inertie ou de sa latence qu'au bout de quelques semaines, en produisant tout à coup le chancre syphilitique.

D'après cette théorie, le chancre est au premier plan, non-seulement comme date, mais aussi comme action morbide, puisqu'il précède l'empoisonnement général. Enfin il s'élève à dignité de cause, puisque c'est par lui que s'effectue graduellement l'intoxication de l'organisme. Il devient le foyer primitif de la maladie, le laboratoire où naissent, croissent et se multiplient les particules virulentes qu'il jette sans cesse dans la circulation du sang et de la lymphe. C'est alors un chancre qui mérite réellement qu'on le nomme *infectant*.

Cette conception du processus d'intoxication, à son origine, paraît peut-être plus satisfaisante que la première. Sans doute, il est difficile d'expliquer le sommeil si prolongé du virus au sein des tissus. Mais M. Cohnheim n'a-t-il pas montré que la matière tuberculeuse, introduite dans la chambre antérieure de l'œil d'un animal, a pu y rester huit jours sans y développer son action locale, et que ce n'est qu'au bout de cette incubation qu'elle a rendu tuberculeux l'organe où on l'avait déposée, et, par son intermédiaire, tuberculisé ultérieurement toute l'économie?

Ces théories ne sont pas purement spéculatives; elles ont, au contraire, un côté pratique dont la haute importance n'échappera pas. Si on adopte la première, on n'essaiera pas de détruire le chancre lorsqu'il apparaîtra. A quoi bon? Il n'est qu'un résultat, puisque l'intoxication est déjà un fait accompli.

Si on adopte la seconde, on n'hésitera pas à détruire le chancre par tous les moyens possibles, car, si on y parvient à temps, on pourra prévenir l'empoisonnement. C'est ce que faisaient autrefois Ribes, Ricord et autres. C'est ce que tentent aujourd'hui, par l'excision du chancre, MM. Paul Unna, Heinrich, Auspitz, Kölliker, etc. Ils s'applaudissent de quelques succès; mais la question est encore loin d'être jugée en dernier ressort.

Pour se bien pénétrer de la nécessité d'exciser de très-bonne heure la lésion primitive, il ne faut pas oublier une de ses circonstances pathologiques les plus remarquables. Je veux parler du processus qui commence à se développer dans les ganglions du district qu'occupe le chancre, quelques jours après son apparition. Les adénopathies ganglionnaires dures, indolentes, aphlegmasiques, sont, en effet, non pas une complication fortuite, mais un phénomène constant, un symptôme inévitable qui fait pour ainsi dire partie intégrante de la syphilis primitive.

Or, comme cette lésion est la seconde étape dans le processus d'envahissement, qui a le chancre pour premier foyer, il saute aux yeux que toute excision, faite après la production de l'adénopathie spécifique, n'aura aucune chance de réussite. N'est-il pas rationnel, en effet, de considérer les ganglions néoplasiés comme autant de petits centres d'infection où prolifèrent les particules virulentes qui, de là, par la voie des lymphatiques, vont se déverser dans la grande circulation sanguine et infecter tout l'organisme?

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des fièvres intermittentes rebelles par les dragées Dominique.

Thérapeutique et sentimentalité devraient s'exclure; malheureusement il n'en a pas toujours été ainsi, et, de là, tant la pratique bizarre dont l'ancienne matière médicale est encombrée, à cette abstraction désignée sous le mot *nature*, on a attribué des propriétés, des facultés, des intentions dignes d'un génie aussi bon que prévoyant; aussi, les anciens thérapeutes l'ont-ils poétiquement célébrée. Mais les progrès de la science devaient faire oublier ces données métaphysiques. La thérapeutique ne s'établit aujourd'hui que sur des faits, et encore les faut-il nombreux et rigoureusement observés.

Cependant il est un médicament qui, sous la plume d'un thérapeute naturiste, n'échapperait pas à des considérations de cet ordre.

Nous voulons parler de l'arsenic.

La nature, dirait-on, semblait vouloir garder le secret de sa présence dans certaines eaux minérales dont on ne pouvait s'expliquer la vertu curative. Mais la science a révélé ce mystère, et quand elle a montré l'existence de ce précieux métalloïde dans quelques bienfaisantes sources, elle a montré également avec quels soins et quelles précautions la nature avait procédé, pour que cet agent, à la fois admirable et terrible, ne pût donner lieu, par son emploi, qu'à la manifestation de ses propriétés thérapeutiques en neutralisant ses propriétés toxiques.

C'est précisément ce qui s'observe dans la source Dominique de Vals, si célèbre et de propriétés si énergiques. La combinaison de l'arsenic avec le fer réalise toutes les conditions que la thérapeutique la plus ingénieuse pouvait imaginer. En effet, dans la source Dominique, l'arsenic se présente sous la forme d'arséniate de fer, c'est-à-dire sous la forme que choisirait le plus intelligent chimiste, pour lui conserver la vertu curative en annihilant la nocivité.

Mais les services que la source Dominique de Vals rend à la thérapeutique ne se bornent pas à l'usage de l'eau. Cette eau laisse déposer un sédiment ocreux qui, recueilli avec soin et soumis aux plus savantes analyses, a révélé une composition chimique identique à celle de l'eau de la source elle-même.

Ce dépôt ocreux a donc pu multiplier les ressources de cette source précieuse, car, en lui donnant, dans le savant laboratoire de la pharmacie centrale de France, la forme de dragées, en lui conservant toute la virtualité médicale, on a doté la pratique d'un médicament précieux et très-agréable à prendre.

Parmi les indications nombreuses que remplissent les dragées Dominique, nous ne voulons, dans cet article, appeler l'attention du lecteur que sur l'emploi de ces dragées dans les fièvres intermittentes.

Nous avons dit que l'analyse chimique avait déterminé sous quelle forme se présentait l'arsenic dans l'eau de la source Dominique de Vals et dans le sédiment ocreux qu'elle dépose. Cette analyse, faite par M. Lebaigue, au laboratoire de la pharmacie centrale de France, a donné, en effet, les résultats suivants :

Acide arsénique : $3^{g},14$.
Sesquioxyde de fer : $66^{g},40$.
Ce qui s'exprime par les chiffres basiques suivants :
Arséniate de fer $(Fe^2 O^3)^2 As O^2$ $7^{g},50$.
Sulfate et phosphate basiques de fer, $24^{g},85$.

Dans leur composition complexe, les dragées Dominique contiennent donc l'arsenic dans la forme d'arséniate de fer, c'est-à-dire sous la forme que les voies digestives supportent le mieux, dont l'assimilation est la plus complète, ce qui faisait émettre cette opinion par le savant professeur Lassaigne « qu'à l'état d'arséniate de fer, les propriétés vénéneuses de l'arsenic sont, par suite de cette combinaison, complètement annihilées ».

Ce que disait Lassaigne d'un produit de laboratoire est bien plus applicable encore au dépôt recueilli de l'eau de la Dominique, c'est-à-dire dans le laboratoire naturel, dont les produits sont inimitables par l'art le plus perfectionné.

L'eau de la Dominique est donc une eau minérale des plus sérieuses, et cela en raison surtout de l'arséniate de fer qu'elle contient, et dont le dépôt, habilement transformé en dragées, a déjà rendu et rend tous les jours de nombreux services aux malades.

Nous n'avons pas à faire ici l'historique de l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. S'il serait déraisonnable de vouloir assimiler ce métalloïde au quinquina, il est au contraire très-sensé de conseiller son emploi dans certaines conditions déterminées. Ainsi, le quinquina devient de plus en rare, et le prix de ses alcaloïdes est très-élevé. L'expérience ayant prouvé, surtout depuis les persévérants travaux du docteur Boudin, que les préparations arsenicales pouvaient souvent remplacer le quinquina et le sulfate de quinine, il est très-raisonnable d'en conseiller l'emploi dans la médecine des pauvres. Mais l'observation clinique a fait plus : elle a prouvé que, dans les fièvres de longue durée et qui se sont montrées réfractaires au sel quinique, les préparations arsenicales en font justice. La cachexie palustre ne résiste pas à l'emploi méthodique de ce métalloïde.

C'est surtout dans ces dernières conditions, c'est-à-dire contre les fièvres intermittentes rebelles, contre la cachexie palustre, et alors qu'un long et stérile usage du sel quinique a découragé et dégoûté les malades que l'emploi des dragées Dominique est suivi d'excellents résultats. Depuis la conquête de l'Algérie, ces fièvres à durée interminable, ces altérations organiques profondes et cachectiques, ont été plus fréquemment observées. On ne saurait croire avec quelle satisfaction ces pauvres malades, épuisés par les accès et ayant perdu tout espoir de guérison en présence de l'inefficacité du remède héroïque, se voient renaître à la vie et à l'espérance après le premier usage des dragées Dominique, de ce médicament facile à prendre, agréable au goût, et qui fait un si frappant contraste avec l'amertume du quinquina et de ses sels.

C'est qu'il faut le reconnaître, la médication arsenicale, si légitimement en faveur aujourd'hui, donne d'autant plus de sécurité aux praticiens qu'elle est employée par des agents préparés dans les laboratoires naturels, comme le sont les eaux minérales arsenicales et surtout l'eau de la Dominique, d'où sont extraites les dragées de ce nom. Jamais les préparations de l'officine, si ingénieuses soient-elles et si habilement combinées par la chimie la plus savante, n'égaleront en puissance les produits naturels des sources minérales, et cela même quand l'analyse chimique ne révèle que des quantités à peine pondérables du produit actif. Aussi, depuis les découvertes de l'arsenic dans plusieurs eaux minérales, il n'est plus permis de dire ce que disait un hydrologue distingué, que « l'eau de certaines de ces sources n'était que de l'hydrothérapie chaude ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 janvier 1880, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier : M. Wurtz (de l'Institut), doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de commandeur : M. Worms, médecin principal de première classe en retraite.

Au grade de chevalier : M. Béliard, ancien chirurgien de la marine ; Thèze, ancien médecin de la marine ; Chalvet, conseiller municipal, médecin de l'hôpital militaire et civil de Saint-Marcelin (Isère) ; Ormières, services exceptionnels pendant le siége de Paris, comme attaché à l'ambulance du Grand-Orient.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Galliet, professeur à l'École de médecine de Reims ; Bouis, professeur à l'École de pharmacie de Paris : Denis-Dumont, professeur à l'École de médecine de Caen ; Breton, professeur à l'École de médecine de Grenoble ; Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Monoyer, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Feltz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Sont nommés officiers d'académie : MM. Caillol de Plancy et Roustan, professeurs à l'École de médecine de Marseille ; Coyne et Layet, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Clouët, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Huguet, professeur à l'École de médecine de Clermont ; Misset, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Girard, professeur à l'École de médecine de Grenoble ; Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Dupont, professeur à l'École de médecine de Tours ; Raimbault, professeur à l'École de médecine d'Angers ; Basset, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu, comme nous l'avons déjà annoncé, le mercredi 19 janvier 1881, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Tillaux, président ; 2° Compte-rendu des travaux de l'année 1880, par M. Polaillon, secrétaire annuel ; 3° Éloge de Voillemier, par M. Horteloup, secrétaire général ; 4° Proclamation des prix pour l'année 1880.

— A la suite du scrutin de ballottage du 16 janvier 1881 ont été élus membres du Conseil municipal de Paris : MM. les docteurs de Lanessan, Level, Loiseau et Royer, ce qui porte à douze le nombre des médecins faisant partie du nouveau Conseil municipal.

— On vient de placer à l'hôpital des Enfants-Malades une nouvelle plaque de marbre consacrée à la mémoire d'une des dernières victimes médicales du croup ; elle porte l'inscription suivante :

José-Antonio-Francisco Angulo,
externe en médecine,
décédé à l'âge de vingt-cinq ans,
le 22 août 1880.
(Diphthérite.)

— Le prix de médecine navale, pour 1880, vient d'être décerné à M. le docteur Galliot, médecin-major du 4e régiment d'infanterie de marine.

Un témoignage de satisfaction a été accordé à MM. les médecins de la marine Bestion, Burot, Clavier, Maurel, Reynaud, Richaud et Saffre.

— MM. les médecins de 2e classe de la marine Hérail et Granjon-Rozet viennent de donner leur démission.

— M. Gavarret, ancien président de la Société d'anthropologie, est nommé membre de la commission de classement des collections ethnographiques, en remplacement de M. le docteur Broca, décédé.

— M. le docteur Carcassonne est nommé, pour trois ans, membre du conseil départemental de l'instruction publique du Gard.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 31 janvier 1881, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, quai des Tournelles, n° 47.

— Au moment où l'attention du corps médical se porte sur l'état anatomique du fœtus mort dans la cavité utérine, il n'est pas sans

intérêt de rappeler qu'il existe un fœtus pétrifié dans le Musée d'anatomie pathologique de Rio de Janeiro. Ce fœtus, qui ressemble à une véritable statue de pierre, a été extrait de la cavité abdominale d'une vieille femme.

— La Société médico-physiologique a procédé au renouvellement du bureau pour l'année 1881.

Ont été élus : président M. Luys ; vice-président : M. Dally ; secrétaire général : M. Motet ; trésorier : M. A. Voisin ; secrétaires : MM. Ritti et Moreau (de Tours).

— La Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée (ancien 1er arrondissement de Paris) a constitué son bureau, pour l'année 1881, de la manière suivante : Président : M. le docteur Canuet ; vice-président : M. J. Simon ; secrétaire général : M. L. Le Pileur ; secrétaires annuels : MM. F. Guyet, E. Périer ; trésorier : M. A. Guillon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Trélat commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le mardi 18 janvier 1881, à dix heures du matin. Le mardi et le jeudi, auront lieu les leçons cliniques et les opérations ; le samedi, les examens histologiques et le spéculum ; le lundi, le mercredi et le vendredi, visite et examen des malades.

— M. le docteur Magnan reprendra, à l'asile Sainte-Anne, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 23 janvier 1881, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mercredis et les dimanches suivants, à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur l'étude des impulsions et des actes des aliénés au point de vue du diagnostic et de la médecine légale. Des cartes spéciales seront délivrées par la direction aux élèves et aux docteurs en médecine ainsi qu'aux avocats et aux magistrats qui voudraient assister à ces leçons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histoire naturelle médicale, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé chargé du cours de zoologie à la Faculté de médecine de Paris. Troisième fascicule (fin de la botanique, table), 1 volume in-18 de 280 pages avec 200 figures dans le texte. La fin de la zoologie, qui terminera l'ouvrage, sera remise aux souscripteurs en avril 1881. L'ouvrage complet formera 2490 pages en trois volumes, avec 1800 figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, O. Doin.

Cours de pathologie expérimentale. Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par A. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Tome premier, premier fascicule : introduction à l'étude des poisons et médicaments Jaborandi ; curare. Ouvrage rédigé et publié par le professeur. 1 vol. in-8° de 470 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Sur les prétendus dangers présentés par les cimetières en général et les cimetières de Paris en particulier, par le docteur G. Robinet, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe. In-4° de 121 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10637.

N° 8. — JEUDI 20 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 20 JANVIER 1881. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 19 janvier 1881. — Présidence de M. Tillaux.

M. le Président remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions.

M. Polaillon, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1880.

M. Horteloup, secrétaire général, prononce l'éloge suivant :

ÉLOGE

De M. le docteur Léon-Clément VOILLEMIER, membre honoraire de la Société de chirurgie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

Messieurs,

En prenant la parole, pour la première fois, comme secrétaire général, dans une de nos séances annuelles, je ne puis éloigner de mon esprit cette pensée d'un de nos plus grands moralistes : « Les meilleurs livres sont ceux que chaque lecteur croit qu'il aurait pu faire. »

En effet, lorsque, simple auditeur, je venais écouter mes prédécesseurs vous retraçant la vie, les travaux d'un collègue, d'un maître regretté, rien ne me semblait plus simple. Un style clair et précis, des appréciations savantes, des anecdotes bien choisies et surtout bien dites, donnaient à leurs notices un charme et une valeur dont le souvenir m'a cruellement fait sentir ma présomption d'avoir accepté l'honneur que vous avez bien voulu me faire en me confiant une tâche semblable.

Pardonnez-moi, Messieurs, ce sentiment de crainte ; je ne suis pas le premier à qui vous l'ayez entendu exprimer : mais, pour le surmonter, j'ai compté sur votre bienveillance, dont vous m'avez donné une grande preuve en m'élevant à un poste que je considérerai toujours comme un des grands honneurs de ma carrière.

Je dois, dans cette séance, vous entretenir d'un de nos collègues, sur lequel les appréciations ont été bien différentes. Doué de qualités précieuses qui lui ont permis de s'élever dans les premiers rangs de notre profession, il n'a pas recherché, au milieu de ses pairs, le charme que donne à la vie une affectueuse confraternité. Il avait éveillé bien des susceptibilités, soulevé quelquefois des inimitiés qui l'avaient éloigné de nous, et lorsque, vers la fin de sa vie, on voulait le ramener à ces souvenirs, sa réponse était invariable : « *J'ai oublié tout cela.* » Devons-nous accepter cette parole qui, certainement, n'était pas dite sans amertume ? je ne le crois pas ; le temps a passé, emportant les hommes et leurs rancunes ; nous pourrons aujourd'hui porter un jugement impartial, qui sera certainement plus vrai.

M. Léon-Clément Voillemier est né le 5 octobre 1809, à Vignory (Haute-Marne), où son père occupait la place de receveur ambulant des droits réunis, position qu'il quitta, peu de temps après la naissance de son fils, pour celle de receveur particulier des contributions indirectes à la Charité-sur-Loire. Ce fut dans cette petite ville que M. Voillemier passa toute son enfance et commença ses premières études classiques sous la direction d'un ecclésiastique.

M. Voillemier père était un homme instruit, imbu d'idées libérales ; mais une famille nombreuse (deux garçons et une fille) ne lui eût certainement pas permis de donner à ses fils une instruction suffisante pour embrasser des carrières libérales, si leurs aptitudes, vraiment exceptionnelles, ne leur eussent ouvert gratuitement, à Paris, les portes de la pension Muron-Bellaguet.

Cette pension suivait les cours du collège Bourbon, aujourd'hui lycée Fontanes, où l'on ne recevait que des externes ; mais, contrairement à ce que nous voyons de nos jours, il y avait peu d'externes libres ; presque tous étaient internes dans des pensions particulières, qui cherchaient une légitime renommée dans les nombreux succès de leurs élèves. Aussi voyait-on souvent ces pensions se disputer les élèves forts, et, pour se les attacher définitivement, les prendre comme boursiers.

Un frère aîné de M. Voillemier, de quatre ans plus âgé que lui, avait fait, dans ces conditions, ses études à la pension Muron-Bellaguet. Véritable modèle de dévouement dans le professorat, auquel il consacra toute son existence, M. Jules Voillemier n'avait pas encore terminé ses classes qu'il donnait déjà des répétitions à des camarades moins avancés ; aussi s'empressa-t-il d'appeler auprès de lui son jeune frère, dont il dirigea les études avec une sollicitude toute paternelle.

Au moment où M. Voillemier, ses études terminées, se disposait à retourner à la Charité, éclata la Révolution de Juillet, appelant à la défense de la Charte toute la jeunesse libérale. MM. Voillemier se firent remarquer aux premiers rangs des combattants et prirent une part active aux trois grandes journées qui envoyaient mourir en exil ce prince que, quinze ans auparavant, Paris accueillait avec tant d'enthousiasme.

Contraste bizarre ! ces deux jeunes gens, presque des enfants, qui venaient d'aider à renverser le trône du roi de France, avaient eu un oncle guillotiné pour avoir crié : Vive le Roi !

De retour à la Charité, M. Voillemier entra dans une étude de notaire, mais copier des minutes eut peu d'attrait pour lui ; aussi abandonna-t-il l'étude, au grand regret de ses parents. Son caractère indépendant, difficile à diriger, les effrayait à un tel point qu'ils firent tout leur possible pour le faire entrer au séminaire, espérant qu'une règle sévère parviendrait peut-être à le discipliner.

La grâce divine peut toucher tous les cœurs ; mais M. Voillemier refusa obstinément de tenter semblable aventure. Malgré la certitude de ne recevoir aucun secours de sa famille, il revint à Paris avec l'intention d'embrasser une carrière libérale, comptant

sur sa solide instruction littéraire pour subvenir aux besoins les plus pressants.

Ses débuts furent pénibles ; il eut de durs moments à traverser. Enfin, grâce à la recommandation du proviseur du collège Bourbon, il put donner quelques répétitions, qui lui permirent de sortir de la misère.

Rien n'engageait M. Voillemier à faire de la médecine ; une raison même aurait pu l'en détourner : son frère aîné avait commencé ses études médicales, mais certaines répugnances invincibles l'avaient obligé de les abandonner. De son court passage à l'école, M. Jules Voillemier avait conservé d'agréables relations avec un groupe d'étudiants qui, presque tous, devinrent des maîtres et parmi lesquels il introduisit son frère.

C'était dans cette réunion d'élite que M. Voillemier passait une grande partie de ses soirées. Causeur aimable et spirituel, sachant beaucoup, aimant la discussion, qu'il soutenait avec beaucoup de verve, il fut vite accueilli et recherché par ces hommes de talent. Un, entre autres, dont l'avenir paraissait devoir être des plus brillants, affectionnait particulièrement M. Voillemier. Charmé par sa mémoire prodigieuse, par sa rapidité à comprendre et à s'assimiler les sujets les plus difficiles, il l'engageait vivement à étudier la médecine, lui faisant remarquer qu'il n'avait pas à se préoccuper de la question d'argent, car, à titre de récompense nationale, un décret royal de novembre 1831 avait accordé aux étudiants combattants de Juillet une dispense des droits universitaires. M. Voillemier hésita longtemps ; mais un jour, ainsi qu'il se plaisait à le raconter, assistant à des exercices de médecine opératoire, il fut si vivement intéressé qu'il comprit tout l'attrait d'une science qui donne une telle autorité à ceux qui l'exercent ; il se décida, cédant ainsi aux conseils de son ami, qui devint pour lui le plus utile des maîtres. Cet ami était Lenoir.

De terribles souffrances, au milieu desquelles le talent et l'amitié de M. Voillemier ne lui firent pas défaut, obligèrent Lenoir à quitter prématurément son service de l'hôpital Necker ; aussi peu d'entre nous l'ont-ils connu, et cependant sa mémoire est toujours restée chère à la Société de chirurgie, non pas seulement comme membre fondateur et bienfaiteur de la Société, mais parce qu'il a été un des chirurgiens dont elle peut à plus juste titre s'honorer. « C'était un praticien remarquable par la justesse de son coup d'œil, par la sûreté de son diagnostic, par la sagacité avec laquelle il saisissait les indications, et par ce mélange de hardiesse et de prudence qui faisait reconnaître en lui la double influence de ses deux maîtres, Blandin et Marjolin.

« Comme opérateur, il ne le cédait à aucun autre. Il maniait les instruments avec une élégance et une précision admirables, sans précipitation comme sans lenteur, sans trouble comme sans indifférence, ne cherchant pas à briller, mais seulement à être utile. »

Ce portrait, que peut-être quelques-uns d'entre vous, Messieurs, ont déjà reconnu, a été tracé par Broca et permet, dans sa merveilleuse concision, de bien saisir l'influence que Lenoir dut exercer sur son élève.

Inscrit comme étudiant en 1833, M. Voillemier fut nommé le deuxième externe en 1835, et, deux ans après, interne, le troisième sur la liste.

En 1839, il obtint à la Faculté le prix Montyon avec un mémoire intitulé : *Histoire de la fièvre puerpérale ou fièvre pyogénique*, observée en 1838 à l'hôpital de la Clinique.

Le titre de ce mémoire indique l'idée théorique que le jeune interne cherchait à faire prévaloir : La fièvre puerpérale est une maladie générale dont le caractère anatomique est la présence du pus dans l'économie, le point où on le trouve n'a aucune importance. Ces idées sont bien opposées à celles que les recherches contemporaines nous ont fait admettre, mais ce mémoire est intéressant à lire, car on y trouve déjà la netteté et la précision qui se rencontreront dans ses autres publications.

M. Voillemier soutint, en 1842, sa thèse sur les fractures de l'*extrémité inférieure du radius*. Ce travail, qui contenait des idées entièrement nouvelles sur la transversalité de la fracture, la pénétration des fragments qui peut amener l'éclatement du fragment inférieur, l'engrènement (pénétration réciproque), venait modifier l'anatomie pathologique de cette lésion qu'un de nos plus savants correspondants semblait, dix ans auparavant, avoir établie définitivement. On peut, sans crainte d'exagération, affirmer que cette thèse a fait époque dans l'histoire de cette fracture que le génie de Dupuytren avait fait sortir de l'ombre.

M. Voillemier ne se présenta pas aux concours de l'adjuvat ni du prosectorat, et, lorsqu'on le vit se faire inscrire, en 1843, pour le concours de l'agrégation, on ne soupçonnait nullement qu'il pût être un concurrent redoutable.

Dès les premières épreuves, le doute n'existait plus ; parlant avec facilité et élégance, connaissant à fond la littérature classique, sachant admirablement exposer et diviser son sujet, argumentateur serré, il s'imposa tout de suite, et le concours se terminait par la nomination de MM. Gosselin, Voillemier, Giraldès et Marchal (de Calvi), les deux premiers nommés à l'unanimité. Il était difficile de trouver un jury plus éclectique, deux chirurgiens et deux... littérateurs. C'est dans ce concours que M. Voillemier eut à traiter comme sujet de thèse : de la Claudication. La définition admise de la claudication était *l'action de boiter*, désignation vague et insignifiante ; dans le dictionnaire en 30 volumes le sujet était traité en une demi-page ; le dictionnaire en 15 volumes ne donnait même pas le mot, et, sauf un travail de M. Sédillot, on peut dire que la question était entièrement à faire.

M. Voillemier s'en tira à son honneur, et de cette thèse date une définition réellement scientifique de cette infirmité : *la claudication consiste dans l'inégalité des oscillations du corps pendant la marche*. Elle eût été complète si, comme l'a parfaitement indiqué depuis un de nos savants collègues, il y eût ajouté quelques mots sur la périodicité invariable des phénomènes.

L'année suivante, un nouveau concours nommait chirurgiens du Bureau central MM. Voillemier et Gosselin.

Ce double succès, remporté avec un tel compétiteur, pouvait permettre à M. Voillemier d'aspirer à la plus haute situation de notre profession. Chargé pendant trois ans, comme agrégé, d'un cours de clinique chirurgicale, puis de la suppléance à la mort de Blandin et de Marjolin, il avait fait preuve d'un véritable talent de professeur ; aussi n'hésita-t-il pas à prendre part au célèbre concours de 1851, d'où sortit vainqueur M. Nélaton. Il est très-probable, me disait, il y a peu de jours, son ancien compétiteur, l'éminent chirurgien de la Charité, que Voillemier serait arrivé au professorat si le concours n'eût pas été aboli ; mais la nomination directe lui enleva toute espérance de parvenir à cette position. Son esprit mordant n'était pas fait pour lui conquérir les amitiés indispensables à ce mode de nomination, et son passage à la direction des hôpitaux, qui aurait pu lui créer des sympathies, ne fut, au contraire, que l'occasion de griefs auxquels des intérêts personnels donnèrent une importance considérable.

Ce furent les évènements de 1848 qui amenèrent M. Voillemier à la tête de l'administration des hôpitaux. En relation avec tous les chefs de l'opposition active et militante, ayant leurs grandes entrées au *National*, M. Voillemier et son frère Jules Voillemier étaient désignés pour recueillir leur part dans ce remaniement des places, résultat inévitable de tout bouleversement gouvernemental.

M. Jules Voillemier fut nommé conservateur du musée des médailles à la Monnaie ; mais, chose exceptionnelle, et qu'on ne reverra jamais même sous la République, il adressait, six mois après son installation, un rapport au ministre, proposant de supprimer la place, qui n'était, disait-il, qu'une sinécure.

Le rapport ne fut pas pris en considération.

Avec le docteur Dumont, notre confrère Voillemier fut adjoint à M. le docteur Thierry, délégué à la direction des hôpitaux.

Jamais révolution ne fut accueillie avec plus d'enthousiasme par le corps médical que celle de 1848. La loi sur l'exercice de la médecine, proposée en 1847 par le gouvervement, avait justement effrayé les médecins : aussi ne trouve-t-on, dans tous les journaux de l'époque, que des paroles de joie et d'espérance. Profession, science,

tout devait y gagner; l'affection, la concorde, devaient remplacer la plus parfaite désunion qui régnait dans notre corporation, si, du moins, nous nous en rapportons à un de nos plus célèbres journalistes: « Dans la clientèle, écrivait-il, chacun cherche à supplanter son voisin; dans la science, celui-ci ne travaille que pour contredire celui-là; dans le monde, c'est à qui dénigrera son rival. » Pas plus que moi, Messieurs, vous ne prendrez au sérieux cette phrase, qui peut-être ferait sourire même celui qui l'a écrite; mais j'ai voulu vous donner la note élevée de l'enthousiasme: les plus modérés se contentaient d'espérer un projet de loi plus libéral, et d'avancer que désormais nous n'avions plus rien à redouter pour l'institution du concours et le droit d'association.

Hélas! tous ces beaux rêves se sont vite envolés, peu de ces espérances ont été réalisées; nous sommes encore régis par la loi de 1803, et, l'an dernier, nous n'avons pas encore pu faire reconnaître d'utilité publique l'Association des médecins de France.

La nomination d'un délégué à la direction des hôpitaux était un évènement considérable, qui modifiait de fond en comble un système d'administration contre lequel le corps médical des hôpitaux protestait depuis plusieurs années, et dont la suppression allait peut-être permettre d'obtenir des réformes indispensables.

Le système d'administration qui, en 1848, dirigeait les hôpitaux et hospices de Paris, remontait à 1801. La révolution avait détruit l'organisation des hôpitaux, et ce ne fut pas sans peine que l'on put reconstituer sur une base solide cette administration. Un homme dont le nom est resté célèbre dans l'histoire de la municipalité parisienne, le comte Frochot, vint mettre fin à un état de crise qui avait éprouvé si cruellement l'administration hospitalière de Paris, et, dans un travail remarquable, posa les bases de la nouvelle administration.

M. Frochot regardait comme impossible de confier à un seul homme la direction de tous les services qui devaient ressortir d'une aussi grande administration. « Vouloir réunir, disait-il, toutes ces directions dans les mêmes mains, c'est vouloir qu'elles soient toutes négligées. La force et le temps manquent au zèle et au talent. Comment porter sur l'avenir une pensée que le présent envahit tout entière, et quels moments restent pour réfléchir à celui qui est toujours pressé d'agir? »

Il voulait mettre à la tête de l'administration une force centrale « qui fût aussi inaltérable dans ses éléments que la faiblesse humaine peut le permettre, et qui, dépositaire de la volonté déterminée, la défendît contre toutes les influences »; aussi, proposait-il de former un conseil « inaccessible, disait-il, à l'intrigue comme à l'intérêt, ayant pour garant les lumières, les vertus, la probité et, pour salaire, l'estime, la gloire et le bien qu'il aura fait »; conseil ayant toute la direction, et pouvant faire exécuter ses délibérations par une commission chargée de la direction du mouvement journalier.

Le 27 nivôse an IX (17 janvier 1801), les consuls, acceptant les propositions du rapport, signaient un arrêté instituant la nouvelle administration des hospices civils de Paris, et le 5 ventôse an IX (24 février 1801), M. Frochot installait ce célèbre conseil général, qui devait, après avoir dirigé, non sans succès, les hôpitaux pendant un demi-siècle, être renversé dans une tourmente révolutionnaire éclatant un 24 février, jour anniversaire de son installation.

En remettant entre les mains du conseil général des hôpitaux tous les services dépendants de cette administration, M. Frochot lui avait rappelé qu'une de ses premières pensées devait se porter sur l'organisation du corps médico-chirurgical, pour lui donner l'importance et la place digne du rôle considérable qui lui incombait.

Une année ne s'était pas écoulée, que le conseil général publiait un règlement qui organisait de la façon suivante le corps chirurgical:

A la tête de chaque grand hôpital était placé un chirurgien en chef ayant sous ses ordres des chirurgiens ordinaires, des chirurgiens de seconde classe nommés pour six ans et des internes nommés pour quatre ans; quelques années plus tard on instituait des chirurgiens adjoints.

Le conseil avait rencontré de sérieuses difficultés pour constituer son personnel; aussi n'avait-il pas songé à en préparer un mouvement régulier, et les chirurgiens en chef ainsi que les chirurgiens ordinaires étaient inamovibles et nommés à vie. Mais, lorsque, les années arrivant, il devint indispensable de remplacer certains chirurgiens qui ne pouvaient plus faire leurs services, il fallait recourir à un procédé toujours brutal et souvent injuste, la révocation. Pelletan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, arrivant un matin pour faire son service, recevait un avis du conseil lui annonçant qu'il n'était plus rien à l'Hôtel-Dieu, et que Dupuytren, son chirurgien adjoint, était nommé chirurgien en chef.

Les nominations de chirurgiens en chef étaient faites par le ministre de l'intérieur, qui choisissait sur une liste de cinq noms désignés par le conseil général au scrutin secret, soit parmi les adjoints de l'hôpital où se trouvait la vacance, soit parmi les chirurgiens des autres hôpitaux.

On retrouverait aujourd'hui peu des procès-verbaux des séances du conseil général remontant à cette époque, l'incendie ayant presque entièrement détruit ces précieux documents, et il serait difficile de savoir comment on procédait, si une bonne fortune, que nous devons à l'amour de Malgaigne pour les recherches historiques, n'eût sauvé du désastre le procès-verbal de la séance dans laquelle fut arrêtée la liste sur laquelle le ministre devait choisir le remplaçant de Pelletan.

Un premier tour de scrutin donna le plus grand nombre de voix à Boyer et à Antoine Dubois, à égalité de suffrages, puis ensuite à Dupuytren, et, après, à Marjolin. Un second tour désigna Richerand. La liste fut donc ainsi composée: Boyer, Antoine Dubois, Dupuytren, Marjolin et Richerand.

Il était difficile, ajoute Malgaigne, « de former une liste répondant plus nettement aux sentiments de l'opinion publique; au-dessus de Dupuytren brillaient deux hommes, ils eurent le pas sur lui. Boyer avait déjà refusé l'Hôtel-Dieu, une première fois; d'ailleurs il portait, comme Antoine Dubois, la tache indélébile d'avoir été attaché à l'empereur. Le choix de Dupuytren s'imposait donc à la signature du ministre. »

Il suffit d'évoquer ces souvenirs, pour faire comprendre combien ce système de remplacement et de nomination pouvait donner de déplorables résultats; aussi, dès 1816, demandait-on plusieurs modifications qui firent l'objet des règlements de 1829 et 1839.

Ces règlements supprimaient toutes les distinctions de chirurgiens en chef, ordinaires, adjoints, de seconde classe, et n'admettaient plus dans les hôpitaux qu'une seule classe de chirurgiens, pris parmi les membres anciens ou en exercice du bureau central, qui devaient être nommés au concours. Ils étaient, particulièrement celui de 1839, d'une grande importance, puisqu'ils posaient en principe que, pour entrer dans les hôpitaux, il fallait être nommé au concours; mais ils contenaient un article 27, qui devait pendant longtemps être une cause de lutte violente entre le conseil général et le corps médico-chirurgical hospitalier. Cet article 27 était ainsi conçu: « Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices sont nommés pour cinq ans. » Lorsque les cinq ans étaient écoulés, le conseil général pouvait les réélire tant qu'à l'époque de leur réélection ils n'avaient pas accompli, les médecins leur soixantième année, et les chirurgiens leur cinquantième.

Cette réélection quinquennale était une menace constante suspendue sur la tête des chefs de service: aussi fut-elle vivement attaquée dans plusieurs rapports présentés par ce que l'on nommait les commissions médicales.

Le règlement de 1829 avait, en effet, décidé que, tous les ans, les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux nommeraient une commission composée de sept membres chargée de présenter au conseil général un rapport dans lequel devaient être exposées toutes les observations relatives au service des hôpitaux; ce rapport était adressé au conseil général qui, après l'avoir discuté, le faisait imprimer avec la réponse qu'il voulait lui faire.

M. Paul Dubois, rapporteur de la commission de 1839, après avoir énuméré toutes les modifications que l'on pouvait désirer

dans les différents hôpitaux, avait critiqué, avec un remarquable talent, cet article 27 et en avait réclamé la suppression. Le conseil général avait répondu à ce beau et chaleureux plaidoyer par des arguments sans valeur.

En 1843, la commission, — dans un rapport dont je ne puis faire l'éloge, car j'ai l'honneur de porter le nom du rapporteur, — avait encore démontré toute l'iniquité de cette réélection quinquennale et détruit victorieusement toute la réponse faite par le conseil général au rapport de M. Paul Dubois; mais, en outre, elle avait exprimé ses regrets sur l'absence complète de relations entre les chefs du service et les membres du conseil général. Toutes les demandes des médecins ou chirurgiens, toutes les réclamations arrêtées, examinées par la commission administrative, étaient ensuite transmises au conseil général, qui, nouveau conseil des Dix, rendait d'immuables arrêts sans avoir entendu les intéressés.

La lecture du rapport produisit une vive émotion: le conseil général refusa de le faire imprimer, mais les médecins, chirurgiens et pharmaciens, réunis en assemblée générale, en votèrent l'impression.

Deux ans plus tard, le rapporteur, soumis à la réélection, n'était pas réélu; heureusement sa position indépendante lui permit de parler haut et d'obtenir sa réélection.

Cet aperçu rétrospectif permet de comprendre combien déplaisait ce rouage administratif et avec quelle espérance on accueillit la nomination de MM. Thierry, Dumont et Voillemier constituant la délégation mise provisoirement à la tête de l'administration, avec mission de constituer les services relatifs aux hôpitaux et hospices.

Le premier arrêté des délégués fut de supprimer le conseil général et de transformer les membres de la commission administrative en chefs de division.

Dans les premiers jours de mars, la nouvelle direction convoqua les chefs de service pour les consulter sur les réformes à introduire dans les hôpitaux; une commission, présidée par M. Velpeau et ayant pour rapporteur M. Tardieu, répondit avec empressement à cet appel.

Elle demandait: un directeur général assisté d'un conseil consultatif dont la moitié des membres appartiendrait au corps médical des hôpitaux; l'entrée de droit dans les hôpitaux, et par ordre de nomination, des médecins et chirurgiens du bureau central, nommés exclusivement au concours; la suppression de la réélection quinquennale; la retraite à soixante ans; le recrutement de tout le personnel du service de santé parmi les membres du Bureau central *sans acception d'aucune spécialité*.

Ce remarquable rapport, où l'on reconnaît la merveilleuse précision de son auteur, comprenait 24 propositions dans lesquelles étaient exposées toutes les réformes nécessaires.

Malgré ce véritable programme, malgré l'appui moral que donnait l'adhésion du service de santé, il faut croire que les trois délégués ne purent parvenir à s'entendre, car le gouvernement désigna, en septembre, une nouvelle commission chargée de lui présenter un règlement.

Cette commission, présidée par le préfet de la Seine, et comprenant douze membres dont cinq médecins et un pharmacien, n'arriva même pas à formuler un projet de règlement, et, le 10 janvier 1849, l'Assemblée nationale votait sans discussion le projet ministériel sur l'organisation de l'Assistance publique.

Cette loi de janvier 1849, qui régit encore l'Assistance publique, était une loi incomplète, car, si elle place à la tête de l'administration un directeur responsable avec un conseil de surveillance, elle ne donne pas à l'administration les ressources nécessaires à son indépendance, situation fausse dont on peut voir aujourd'hui tous les inconvénients.

Un des paragraphes spécifiait que les médecins, chirurgiens et pharmaciens seraient nommés au concours et ne pourraient être révoqués que par le ministre; mais ce ne fut qu'en 1853, par un arrêté spécial rendu après de longues discussions, auxquelles prit une part active le rapporteur de 1843, que la réélection fut définitivement supprimée, et que la limite d'âge fut fixée à soixante-cinq ans révolus pour les médecins et soixante pour les chirurgiens.

Le rôle des trois délégués ne fut donc pas très-important, et d'après les procès-verbaux, échappés à l'incendie, que j'ai pu parcourir, M. Voillemier ne joua qu'un rôle effacé. Sauf le rétablissement de la quatrième année d'internat, supprimée en 1842, qui fut demandée par une lettre signée de plusieurs internes, parmi lesquels se trouve le nom de Broca; sauf quelques arrêtés insignifiants, les délégués ne furent occupés qu'à expédier les affaires courantes; aussi, lorsqu'ils quittèrent l'administration, l'un conseiller municipal, l'autre avec la direction d'une caisse de retraite, le troisième avec sa nomination de chirurgien d'un hôpital en construction, leur départ ne dut-il laisser que peu de regrets.

M. Voillemier attendit, jusqu'en 1854, l'ouverture de l'hôpital Lariboisière et perdit ainsi cinq années de service sérieux dans les hôpitaux. Cette nomination avait été tout à fait irrégulière, car, n'ayant pas encore fini son temps de bureau central, M. Voillemier ne pouvait pas se faire nommer chirurgien titulaire; aussi souleva-t-elle de nombreuses récriminations qui ne furent pas étrangères à la rédaction du règlement que nous déclarons aujourd'hui accepter en entrant dans la Société des chirurgiens des hôpitaux.

Dès qu'il fut à la tête d'un grand service chirurgical, M. Voillemier dirigea spécialement ses recherches sur les maladies des voies urinaires. Recueillant avec grand soin toutes les pièces pathologiques qu'il rencontrait, même dans les services étrangers, il put réunir une collection des plus intéressantes qui fait aujourd'hui partie du musée Dupuytren; aussi, lorsque M. Rayer institua, en 1862, les cours complémentaires, désigna-t-il M. Voillemier pour celui des maladies des voies urinaires.

Un traité complet devait être le résultat de ces nombreuses recherches; malheureusement la mort vint surprendre M. Voillemier avant qu'il eût terminé cette œuvre importante, et, seules, les maladies de l'urèthre ont été publiées.

Les maladies de la vessie étaient en voie de préparation; plusieurs chapitres (l'hypertrophie de la prostate, les corps étrangers de la vessie, la description des principales tailles) étaient écrits. Remis entre les mains de M. Le Dentu, ils trouveront place dans le savant volume que termine notre sympathique collègue.

Je connais peu d'ouvrages scientifiques dont la lecture soit plus attachante que celle de ce traité. On sent que M. Voillemier, en l'écrivant, n'a pas dû avoir un moment d'hésitation; tout avait dû être pesé, discuté, résolu par des recherches cliniques approfondies, et, lorsqu'il prit la plume, son livre devait être fait entièrement dans sa tête.

Le style simple, élégant, précis, l'absence de surcharges de bibliographie, si fort à la mode de nos jours, des observations bien complètes où l'on reconnaît l'ancien élève de Louis, des descriptions très-exactes, permettent de placer ce livre à côté de nos meilleurs ouvrages classiques.

Pour écrire un livre semblable, « il fallait, a dit un de nos plus savants collègues, être doué à un haut degré de cet esprit critique qui fait discerner le bon et le mauvais; il fallait, enfin, posséder ce sens chirurgical exquis qui ne s'acquiert que par l'expérience et la pratique de la chirurgie générale ».

Cette appréciation est vraie, car M. Voillemier, en se plaçant toujours au point de vue clinique, a eu surtout pour objectif le chirurgien au moment critique de la décision.

Toute la partie relative au traitement des rétrécissements est remarquablement traitée; il fait bien comprendre comment agissent les différents procédés et dans quelles circonstances il faudra recourir plutôt à l'un qu'à l'autre.

M. Voillemier fait jouer un rôle considérable aux phénomènes inflammatoires dans la dilatation des rétrécissements. Placez une bougie dans un rétrécissement, de manière à le remplir sans le forcer, on éprouve après quelques instants plus de peine à l'en retirer qu'on n'en a eu à l'y mettre; mais, si on laisse la bougie en place pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'un écoulement muco-purulent se soit établi dans le canal, on est tout surpris de pouvoir

la remplacer par une autre beaucoup plus volumineuse. Que s'est-il donc passé? Ce n'est pas, comme on le disait, en vertu d'une force expansive que le rétrécissement s'est élargi ; mais il se produit, dit M. Voillemier, une destruction, ou, mieux, la résorption interstitielle d'une partie de ses éléments, travail auquel il donne le nom d'inflammation atrophique pour la distinguer de l'inflammation ulcérative produite par le procédé de Hunter. Toute cette théorie peut être discutée, mais elle est présentée avec un grand talent et donne l'explication de ces terribles accidents qui sont souvent le résultat du mauvais choix d'un procédé.

M. Voillemier était peu partisan de l'uréthrotomie interne, qui l'effrayait; il la regardait, réduite à elle-même, comme un moyen palliatif incapable de procurer une guérison de longue durée et encore moins une guérison radicale ; aussi ne la conseillait-il que dans les cas de rétrécissement cicatriciel trop résistant pour être vaincu par la divulsion.

Sous ce nom, M. Voillemier a fait connaître un nouveau procédé de dilatation rapide, méthode que Perreve, Michelena, Holt avaient cherché à faire accepter, mais leurs instruments avaient l'inconvénient d'opérer un écartement plus considérable dans un sens que dans l'autre. Le divulseur était mieux combiné, car, conservant toujours sa forme cylindrique, son action est répartie également sur tous les points de la circonférence de l'urèthre.

Cet instrument contribuera certainement à faire conserver dans la thérapeutique des voies urinaires un procédé que de nombreux insuccès auraient relégué dans l'oubli.

Les poches urinaires, l'infiltration d'urine, les fistules urinaires sont étudiées avec une merveilleuse exactitude, permettant de suivre le processus de ces lésions, qui souvent forment une suite non interrompue d'accidents.

Tout en voulant rester clinicien, M. Voillemier savait être historien, et plusieurs pages peuvent être citées comme des modèles. L'historique de la dilatation et de la cautérisation des rétrécissements, celle de l'uréthrotomie interne et externe, celle de la fonction de la vessie, montrent avec une grande précision les différentes phases par lesquelles ont passé ces procédés.

Je quitte à regret l'examen de cet excellent ouvrage ; on reconnaît en le lisant combien il est profitable, pour la science et pour les malades, de voir des chirurgiens développer des points limités de notre art et former ainsi cette classe élevée d'hommes spéciaux qui seront toujours acceptés parmi nous. Espérons qu'en haut lieu on finira par comprendre qu'on ne s'improvise pas spécialiste, qu'on ne le devient qu'au prix de longues années d'études, et que vouloir reconnaître la spécialité qui ne repose pas sur une sérieuse pratique générale, constitue un sérieux danger pour les malades et un amoindrissement de notre profession.

Ce fut en 1853 que M. Voillemier fut nommé membre de la Société de Chirurgie, où il prit part à quelques-unes de nos grandes discussions, celle de l'uréthrotomie interne, celle de l'hygiène hospitalière, où il se fit le défenseur des grands hôpitaux, celle de la syphilis héréditaire.

Cette question fut portée à votre tribune à la suite d'un remarquable mémoire de M. Cullerier, où ce savant syphiligraphe vint soutenir que l'hérédité paternelle de la syphilis n'existait pas et qu'un père syphilitique engendre des enfants sains, exempts de syphilis.

Cette communication souleva un étonnement général ; mais personne n'était en mesure de répondre en apportant des faits positifs. On critiqua plutôt qu'on ne réfuta, et M. Voillemier, dans une argumentation très-serrée, termina en disant : « Si on acceptait les idées de M. Cullerier, on ne serait plus, en réalité, que l'enfant de sa mère, le père ne serait plus que l'*occasion*. » Le mot est spirituel, mais il n'a pas suffi pour détruire le beau travail de M. Cullerier.

Les recherches, réclamées par sa thèse inaugurale, attirèrent toujours M. Voillemier vers l'étude des traumatismes osseux. Un mémoire sur les *fractures par pénétration*, un autre sur les *fractures par arrachement*, lui permirent d'exposer plus complètement certaines propositions qu'il avait indiquées dans sa thèse. Son travail sur les *fractures verticales du sacrum*, sur les *fractures de l'aile du sacrum par écrasement*, resteront des modèles de description que l'on consultera toujours avec profit.

M. Voillemier n'entra que tard à l'Académie de médecine : porté, en 1872, le sixième sur la liste, il arriva en ballottage avec Dolbeau ; mais, en 1878, la section de médecine opératoire le plaça en première ligne et assura son succès.

Cette nomination était juste, et, si elle s'était fait attendre, on pourrait trouver la cause de ce retard dans des raisons un peu étrangères à l'examen des titres.

Très-spirituel, mais d'un esprit mordant et railleur, M. Voillemier éloignait les sympathies ; il effrayait par des théories qu'il n'aurait jamais mises en pratique.

Pour le plaisir de dire une plaisanterie, rien ne l'arrêtait, pas même son intérêt personnel. Comme il passait son second examen, M. Piorry lui demanda : « Qu'est-ce que c'est que la plessimétrie ? » A peine la question était-elle posée que la réponse arrivait : « Je ne connais pas cette maladie. » Il fallut toute l'influence des autres juges, satisfaits des réponses du candidat, pour calmer la colère de l'irritable examinateur.

M. Voillemier reconnaissait lui-même combien son esprit caustique et frondeur lui avait causé de préjudice ; et, portant son regard sur l'avenir de son jeune fils, il se promettait de réprimer soigneusement en lui toute tendance à la raillerie, car il avait appris à ses dépens combien cette arme, facile à manier, fait de cruelles et sanglantes blessures.

La Rochefoucauld définit ainsi la raillerie : « C'est un air de gaieté qui remplit l'imagination et qui lui fait voir en ridicule les objets qui se présentent ; l'humeur y mêle plus ou moins de douceur ou d'âpreté. » Il faut reconnaître que M. Voillemier y mêlait un peu d'âpreté ; son regret de n'être pas arrivé à une position à laquelle il pensait que son talent lui permettait d'aspirer ; peut-être aussi les déceptions éprouvées par son maître et ami Lenoir, dont il avait partagé toute l'amertume, l'avaient rendu peu indulgent. Il critiquait vivement, et ses appréciations, colportées parce qu'elles étaient spirituelles, arrivaient souvent à un but qu'il n'avait pas visé.

A l'égard de ses élèves, M. Voillemier était tout autre. Bon, serviable, heureux de pouvoir les diriger dans leurs études et dans la clientèle, il n'hésitait pas, lorsqu'il connaissait parmi eux des infortunes, à leur venir en aide avec une exquise délicatesse. Une seule chose, me racontait en riant un de ses élèves, eût pu le rendre jaloux, c'était la taille ; aussi aurait-il été tenté de toujours prédire un brillant avenir à un élève de haute stature.

M. Voillemier était, en effet, d'une taille au-dessous de la moyenne ; une main très-fine, un pied microscopique, lui donnaient un cachet de distinction que complétait toujours une mise très-soignée. Sa physionomie, vive et animée, était le véritable miroir de son caractère : des yeux doux et une bouche moqueuse.

Très-recherché dans le monde, M. Voillemier était arrivé de bonne heure à une grande situation de clientèle ; partout il était traité comme un véritable ami. Zélé, assidu auprès de ses malades, il oubliait souvent de réclamer ses honoraires, et jamais il ne voulut se prêter à ces transactions d'argent qui déconsidèrent une profession.

Son désintéresssement n'allait pas cependant jusqu'à admettre ces marchandages si fréquents chez les gens du monde, et d'un mot il savait les arrêter. Un jour, se présente dans son cabinet un malade atteint d'une affection qui exigeait une exploration souvent pénible pour le patient, mais toujours très-désagréable pour le chirurgien. La consultation terminée, une somme des plus ordinaires est demandée au client qui voulait s'acquitter ; récrimination du malade, qui trouve le chiffre exagéré ; alors, sans rien répondre, M. Voillemier lui met le double de la somme dans la main, et faisant le geste de se déshabiller : « Voulez-vous, lui dit-il, m'en faire autant ? »

L'heure de la retraite arriva en 1873, et ce ne fut pas sans une certaine résistance que M. Voillemier quitta l'Hôtel-Dieu ; l'année précédente, en récompense des services qu'il avait rendus pendant

le siège, il avait été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Toujours actif, d'une santé excellente, M. Voillemier semblait devoir vivre longtemps; mais, le 12 janvier 1878, après une matinée consacrée à ses malades, il s'amusait à suivre les jeux de ses enfants, lorsqu'il perdit connaissance; il était frappé mortellement. Le lendemain, sortant du coma, il fit signe qu'on lui donnât de quoi écrire, il ne traça qu'un mot, mais un mot énergiquement expressif, qui prouvait qu'il ne se faisait aucune illusion; ce fut tout : vingt-quatre heures après, il rendait le dernier soupir.

M. Voillemier n'a pas beaucoup écrit, mais il avait horreur de la banalité; aussi ne se décidait-il à prendre la plume que lorsqu'un fait bien observé lui permettait de pouvoir en tirer des conclusions intéressantes et surtout neuves.

Digne élève de Lenoir, il affectionnait toutes les opérations délicates qui exigeaient l'adresse et l'élégance. D'un esprit ingénieux, il apporta souvent, dans différents procédés, d'heureuses modifications : ainsi, dans l'amputatinn sus-malléolaire, la construction d'un lambeau postérieur, contenant tout le tendon d'Achille; dans le traitement des fistules péniennes, la suture des lambeaux avivés non par leur face profonde, mais par leur face cutanée; dans la ponction de la vessie, il a conseillé la voie sous-pubienne qui, dans certains cas d'hypertrophie et de rétraction de la vessie, devra rendre un vrai service.

M. Voillemier a laissé un récit intéressant de restauration des organes génitaux atteints d'une affection heureusement rare, l'éléphantiasis. Le scrotum et la verge ne formaient plus qu'une tumeur considérable ayant 110 centimètres de circonférence dans un sens et 50 dans l'autre, dont fut enlevée une masse ne pesant pas moins de 3 kilogrammes. L'opération, habilement combinée, fut faite avec un grand succès et permit à M. Voillemier de montrer que l'état morbide de la peau, qui doit fournir les lambeaux, n'est pas une contre-indication, et qu'au lieu de disséquer complètement le lambeau supérieur destiné à recouvrir la verge, il est bien préférable de le laisser adhérent à la face dorsale du pénis.

A l'hôpital, M. Voillemier était un chef intéressant; il voyait vite, et un véritable sens clinique le conduisait sûrement au diagnostic.

On peut dire que M. Voillemier appartenait à la grande école chirurgicale, et un de ses élèves, dont nous saluions, il y a peu de jours, le beau et légitime succès, me disait : « Si j'ai fait de la chirurgie, c'est à Voillemier que je le dois; il savait la faire aimer en en montrant toujours le côté élevé. »

Ne penserez-vous pas comme moi, Messieurs, qu'un tel jugement est un bel éloge, et qu'y ajouter un mot, ce ne serait que l'amoindrir?

Des applaudissements unanimes accueillent cet éloge, puis la parole est donnée à M. le secrétaire annuel.

PRIX

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL proclame le nom des lauréats des divers prix de la Société pour l'année 1880 :

Prix Duval (annuel) : M. Paul Segond.

Prix Laborie (annuel) : MM. Malherbe (de Nantes) et Henri Petit.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

11. M. FERRAND. Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen (laparocèles). — 12. M. DUBAR. Des tubercules de la mamelle. — 13. M. DOUMERGUE. Contribution à l'étude des troubles auditifs dans le mal de Bright. — 14. M. LEDUC. Du vomissement fécaloïde dans les affections du péritoine. — 15. M. MAYDIEU. De l'inflammation des varices considérée surtout au point de vue de sa pathogénie. — 16. M. LEVAILLANT. Etude sur les tumeurs malignes de l'enfance. — 17. M. GARGAN. De la contusion du rein. — 18. M. LAURENT (Charles). Quelques considérations sur deux cas de rétention salivaire dans le canal de Sténon. — 19. M. ROYER. De l'acide phénique et du phénate de soude dans la fièvre typhoïde. — 20. M. JOSIAS. De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées. — 21. M. LECOURT. Combustions du corps humain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 janvier 1881, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Hémard, médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Versailles; de Quatrefages de Bréau (de l'Institut), professeur au Muséum.

Au grade d'officier : M. Legrand du Saulle, médecin en chef du dépôt près la préfecture de police et médecin de la Salpêtrière.

MM. Gaujot et Villemin, médecins principaux de première classe et professeurs au Val-de-Grâce; Marcenac, Lagreula et Tourraine, médecins-majors de première classe; Fressanges-Lafon, pharmacien-major de première classe; Romain et Richard, médecins principaux de la marine; Coutance, pharmacien professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Ferra, Lanoaille de la Chèze et Dieu, médecins-majors de première classe; Thierry et Pierret, médecins-majors de deuxième classe; Garnier, pharmacien-major de deuxième classe; Gallié, Dupont, Cotté, Gandon et Goudot, vétérinaires en premier.

MM. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Jungfleisch, professeur à l'École supérieur de pharmacie; Launay, directeur de la santé au Havre.

MM. Sorre, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo; Bosq, médecin chargé du service médical de l'infirmerie de l'hôpital militaire de Mont-Dauphin.

MM. Guès, médecin professeur de la marine; Dhoste, Chassaniol, Boulain, Latière et Froment, médecins de première classe de la marine; Benoît, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine; Richard, pharmacien de première classe de la marine; Cavalier, pharmacien de deuxième classe de la marine; Martin (de la Réunion).

— L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris vient de proroger le décanat de M. le professeur Vulpian.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le *prix Barbier* est décerné à M. le docteur Gaillard et à M. Collin. — Le *prix Montyon* n'est pas décerné cette année. — Le *prix Châteauvillard* est accordé à M. le docteur Jullien, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, pour son traité des maladies vénériennes.

— MM. les étudiants qui doivent prendre part aux exercices pratiques de chimie seront divisés en deux séries. Les exercices auront lieu, savoir : pour les élèves de la première série le lundi, de une heure à trois heures, et le vendredi, de neuf heures à onze heures; pour les élèves de la seconde série le mardi, de une heure à trois heures, et le samedi, de neuf heures à onze heures.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Audoin (Victor-Adelmard), né le 24 mars 1853 à l'Eguille (Charente-Inférieure), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique des maladies des enfants.

M. Blaire (Henri-Joseph), né à Vesoul (Haute-Saône), le 25 mars 1854, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique des maladies des vieillards.

— *École des hautes-études.* — M. Berthelot (Auguste-Marie-Léon), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de botanique (classification et familles naturelles), en remplacement de M. Doassans, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Caen.* — La chaire de physique est déclarée vacante.

— *École de médecine de Poitiers.* — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert le 18 juillet 1881.

— M. le docteur Brulet est nommé, pour trois ans, membre du conseil départemental de l'instruction publique de la Côte-d'Or.

— Par décision ministérielle du 31 décembre 1880, MM. les étudiants Gantelmes et Borie sont nommés médecins auxiliaires de la marine.

— M. le médecin de première classe de la marine Le Barzic est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

— L'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques a constitué son bureau comme il suit pour l'année 1881 :

Président, M. Frédéric Passy, de l'Institut ; vice-présidents, MM. le marquis de Ginestous, docteur A. Riant, Richard (du Cantal), Tourasse ; secrétaire général M. Germond de Lavigne ; secrétaire pour l'étranger, M. Louis Crivelli ; secrétaires des séances, MM. Z. Collaux et Édouard Montagne ; trésorier, M. Léon Fontaine.

L'Association tiendra sa séance générale au mois d'avril prochain et recevra, d'ici au 1er mars, les travaux, mémoires et propositions destinés à son concours annuel.

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard fera désormais, en addition des leçons didactiques du mardi et du jeudi, une leçon expérimentale tous les samedis à deux heures du soir dans son laboratoire.

M. le professeur Berthelot recommencera, le 21 janvier 1881, à dix heures et demie du matin, son cours interrompu par les séances du conseil supérieur de l'instruction publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, par M. le docteur Fort. 2e édition, entièrement refondue ; 1 vol. in-8° avec 522 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Des varices chez la femme enceinte, thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchements par P. Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique d'accouchements. 1 vol. in-8° de 165 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Du rhumatisme chronique noueux chez les enfants et de son traitement, par le docteur Moncorvo, membre de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, traduit du portugais et annoté par le docteur Mauriac. In-8° de 145 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

L'eau froide, ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux, par le docteur Adolphe Bloch, ex-médecin de l'hôpital du Havre. In-18 de 170 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Pathologie et clinique chirurgicales, par M. le docteur Fort, 2e édition, 2 vol. in-8° avec 542 figures intercalées dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10653.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le principe actif de la rage a-t-il enfin été isolé? M. Pasteur en est convaincu; mais il ne lui sera pas facile d'inculquer cette conviction à la plupart de ses collègues. En effet, en leur déclarant que jusqu'ici les médecins ne connaissaient rien à la rage, il a soulevé parmi eux un mouvement d'opposition qui allait en s'accentuant jusqu'à la fin de la séance. On ne comprenait pas pourquoi, dans les expériences où MM. Pasteur, Raynaud et Lannelongue faisaient intervenir les liquides dans lesquels M. Pasteur avait reconnu la présence de ce microbe, cause de la rage suivant lui, les symptômes observés, la marche, la physionomie de la maladie qui tuait en peu d'heures les animaux, ne ressemblaient en rien au tableau si connu de la rage classique. On ne pouvait pas dire que la voie d'introduction fût différente, puisque des deux parts il y avait eu également inoculation du virus par une plaie faite à la peau. Quant à la quantité de virus inoculé, on savait déjà qu'elle importe peu, et M. Pasteur l'a répété avec sa grande autorité quand M. Bergeron, qui l'avait oublié, a proposé cette explication pour de telles diversités.

Nous tenons en très-haute estime les travaux de M. Pasteur; nous sommes convaincus qu'ils ont fait réaliser des progrès immenses, notamment dans la pratique chirurgicale; il est impossible de dire encore où s'arrêteront ces progrès : mais c'est là justement pourquoi nous serions désolés de voir la physiologie expérimentale, telle qu'il la comprend, s'isoler absolument de la clinique et n'en pas vouloir tenir compte. Si la maladie que l'on produit par la culture de tel ou tel microbe ne ressemble en rien à la maladie qui a fourni les premiers microbes ainsi cultivés, elle n'a plus pour le praticien le même intérêt. Lui, il n'a point affaire à des maladies expérimentales, et, tant qu'on ne lui montrera pas les symptômes qu'il sait connaître, il ne croira pas à l'identité.

Il paraît que décidément l'Académie de médecine va recevoir des fonds pour commencer à faire construire son nouveau palais ; en attendant, son installation devient de plus en plus luxueuse; un superbe lustre ancien à six branches éclairera désormais la salle des pas perdus.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Visite à l'hôpital Lariboisière.

Les hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière sont merveilleusement situés, au milieu des usines et des chemins de fer, dans des quartiers populeux, et les cas de grande chirurgie y abondent. Nous en avons tant vu, et de si intéressants, que nous nous contenterons pour aujourd'hui d'une sorte d'énumération. Puisse cette simple énumération donner aux étudiants en médecine le désir d'aller puiser un utile enseignement auprès des malades que nous leur signalons.

— Il y a trois semaines, M. Labbé a détruit, par la flexion forcée de l'avant-bras, le malade (un homme jeune) étant chloroformisé et en résolution, des adhérences fibreuses qui maintenaient le coude dans l'extension. L'opération a parfaitement réussi. L'*ankylose* (incomplète, car on pouvait faire exécuter de petits mouvements à l'articulation) était consécutive à une fracture en T de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le bras a été maintenu dans la flexion par un appareil inamovible.

— Au n° 7 de la salle Saint-Augustin, on peut voir un homme atteint de *phlegmon diffus* superficiel occupant la totalité du bras et de l'avant-bras. L'état local était épouvantable au moment de l'entrée du malade, l'état général était fort alarmant; le malade agonisait. Trois incisions, longues de 15 à 20 centimètres, ont montré les immenses avantages des grandes incisions dans ce phlegmon diffus.

— Au n° 4 se trouve un adolescent, garçon marchand de vins, affecté de *tarsalgie* ou *contracture du long péronier latéral*. Comme on l'observe dans ces cas, cet enfant était forcé de se tenir debout pendant quinze à seize heures par jour, ce qui a produit une fatigue et consécutivement une contracture douloureuse du long péronier latéral. On pouvait constater la saillie du tendon de ce muscle en arrière et au-dessus de la malléole externe.

Ce muscle, s'insérant au tiers supérieur de la face externe du péroné et à l'extrémité postérieure du premier métatarsien, se réfléchit : 1° derrière la malléole externe; 2° en arrière du tubercule de la face externe du calcanéum; 3° au-dessous du cuboïde. Lorsqu'il est à l'état de contracture, le long péronier porte le bord interne du pied en bas

et relève le bord externe. Cette action produit consécutivement l'augmentation de la voûte plantaire et des plis sur la peau de la plante du pied qui se trouve en *pied-bot valgus* par suite de l'élévation du bord externe du pied.

Le malade a été soumis au repos; si le repos ne suffit pas, on placera sa jambe dans un appareil inamovible silicaté. Lorsque ces moyens ne réussissent pas, quelques chirurgiens n'hésitent pas à pratiquer la ténotomie du tendon du long péronier latéral.

— Au n° 30 de la salle Saint-Louis, M. Labbé a fait voir à ses élèves les inconvénients qu'il y a à appliquer du perchlorure de fer sur les plaies. Un homme se fait au coude, avec un carreau de vitre, une entaille profonde ayant divisé l'artère humérale et les muscles. Un pharmacien a malencontreusement appliqué sur cette plaie des tampons de perchlorure de fer qui ont eu pour résultat de coaguler le sang et de former à la surface de la plaie une eschare dure et sèche qui a apporté un sérieux obstacle à l'examen fait ensuite par le chirurgien. Il s'est formé du pus au-dessous de cette eschare, véritable cuirasse, et ce pus a formé des fusées purulentes le long du biceps jusqu'à l'aisselle. Ces fusées purulentes ont nécessité des incisions longues et profondes qui ne suffiront peut-être pas à lutter contre les dégâts produits par le perchlorure de fer. Nous apprenons, en effet, au dernier moment, la mort de ce malade.

Tumeur blanche de la main.

Au n° 13 de la salle Sainte-Marthe (hôpital Saint-Louis), est un homme de soixante-quatre ans, porteur d'une tumeur blanche à la main droite.

Il y a dix-huit mois, la maladie débute par un gonflement douloureux de la main. Il va à l'hôpital Beaujon où on le traite pour une arthrite rhumatismale. Six mois après, il se produit des abcès et des fistules.

Le 18 décembre dernier, M. Péan constate la présence de deux fistules siégeant, l'une à la face dorsale de la main, vers l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien; l'autre en avant, vers le tiers inférieur de l'éminence hypothénar. La main est considérablement tuméfiée. Il existe de plus un paquet de masses fongueuses qui remontent de la paume de la main jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras, probablement dans la synoviale tendineuse qui entoure les tendons des fléchisseurs.

Les mouvements de l'articulation radio-carpienne étant sains, M. Péan diagnostique une lésion de l'articulation carpo-métacarpienne. Comme l'opération à exécuter ici n'a point de règles précises, vu la variété et le plus ou moins d'étendue des lésions osseuses de cette région, M. Péan fait une incision verticale sur la face dorsale du deuxième métacarpien, et une transversale, perpendiculaire à la première, au niveau de l'extrémité supérieure des métacarpiens.

Les os étant découverts et les tendons respectés, M. Péan enlève successivement la moitié supérieure du deuxième métacarpien, l'extrémité supérieure du troisième et du quatrième, la totalité du grand os et du trapézoïde, une partie du trapèze et de l'os crochu.

Arrivé sur les limites des parties malades, reconnaissables à la dureté de la substance osseuse, M. Péan pose deux drains étendus, l'un de la plaie du dos de la main à la fistule de la région palmaire, l'autre de la partie interne de l'incision transversale du dos du poignet à la partie externe en passant au-dessous des tendons des extenseurs. Pansements avec des compresses imbibées d'eau phéniquée.

La suppuration est survenue, des bourgeons charnus se sont développés, la cicatrice englobera probablement quelques tendons, ce qui, joint à l'immobilité forcée du poignet pendant le traitement, produira un peu de gêne dans les mouvements; mais les tendons se dégageront peu à peu, leurs mouvements, à force de se répéter, produiront un peu de laxité dans le tissu environnant, et le malade se servira avec avantage d'une main que tout chirurgien aurait certainement amputée il y a à peine quelques années.

Fistule du sinus frontal.

A l'hôpital Saint-Louis, au n° 9 de la salle Saint-Augustin, est un jeune homme de vingt-quatre ans, entré le 13 décembre 1880 dans le service de M. Péan, pour se faire débarrasser d'une fistule qu'il porte au-dessus de la tête du sourcil gauche.

L'orifice fistuleux, qui donne lieu à un suintement purulent peu considérable, a succédé à une plaie contuse produite par un *coup de poing* en fer. Un stylet introduit dans la fistule arrive dans une cavité au fond de laquelle on sent un plan résistant. M. Péan diagnostique une *fistule du sinus frontal* ayant succédé à une fracture de la paroi antérieure de ce sinus.

Le malade s'est décidé à une opération, non-seulement parce qu'il portait sur le front une plaie dont la vue n'a rien d'agréable, mais encore et surtout à cause des douleurs tensives qu'il ressentait d'une manière à peu près permanente dans la région frontale, à cause de troubles vertigineux assez intenses dont le malade était pris lorsqu'il baissait la tête, et à cause de douleurs névralgiques d'irradiation siégeant principalement sur le trajet des ramifications du nerf sus-orbitaire.

Opération le 18 décembre. Incision cruciale sur l'orifice fistuleux, rugination de l'os, le malade étant anesthésié.

Après avoir mis à nu une surface osseuse d'environ 4 centimètres carrés, M. Péan fait trois ou quatre ouvertures à la paroi antérieure du sinus frontal, au moyen d'une fraise mise en mouvement par le polytribe de MM. Péan et Mathieu.

Le chirurgien fait sauter ensuite les parties osseuses qui séparent les ouvertures, et il met ainsi à nu la cavité du sinus frontal du côté gauche. La muqueuse pituitaire, qui recouvre à l'état normal les parois du sinus et qui est très-mince, est fortement épaissie, et les fragments de cette fibro-muqueuse présentent à l'œil nu un aspect analogue à celui des fragments des polypes muqueux des fosses nasales.

La cavité du sinus est vidée des fongosités qui s'y trouvent. M. Péan enfonce ensuite un stylet vers la partie inférieure et traverse l'infundibulum de l'ethmoïde qui le conduit dans le méat moyen des fosses nasales. Ce stylet sert à faire passer un drain dont l'une des extrémités sort par la narine et l'autre par la plaie frontale. Pansements à l'eau phéniquée.

Comment la guérison s'opérera-t-elle? La suppuration va produire sur la plaie frontale des bourgeons charnus qui s'uniront aux quatre lambeaux faits aux parties molles. Un tissu cicatriciel, mélangé de productions osseuses de nouvelle formation, se constituera, et le malade sera, selon toute probabilité, privé du sinus frontal du côté gauche. La déformation de la région sera à peine sensible. Quant au drain mis en place pour favoriser l'écoulement des liquides,

il sera retiré dans quelques jours, lorsque la cicatrisation commencera à s'opérer. Voilà ce que nous disions au jour de l'opération. Aujourd'hui, trois semaines après, le malade est entièrement guéri.

OSTÉOMYÉLITE

avec ostéite condensante du fémur gauche ; résection d'une grande partie des faces antérieure et externe du fémur ; évidement de l'os.

Par M. le docteur Fort.

Pendant le voyage que j'ai fait récemment dans l'Amérique du Sud, chargé par M. le ministre de l'instruction publique d'une mission à l'effet d'étudier l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et de la chirurgie dans les Facultés de Buenos-Aires, de Montevideo et de Rio-de-Janeiro, j'ai eu l'occasion de visiter l'hôpital français de Buenos-Aires, à la tête duquel est placé mon confrère et compatriote, le docteur Quinche.

Parmi les malades intéressants que m'a montré mon savant confrère, je citerai celui qui a subi la grave opération chirurgicale dont il va être question :

Le malade L..., François, est un Français âgé de trente-cinq ans, menuisier. Il accuse seulement, comme antécédents personnels, des douleurs rhumatismales. Son père est encore bien portant, sa mère est morte de pneumonie. A l'âge de dix-huit ans, il constata la présence d'une fistule à la partie moyenne et externe de la cuisse gauche. Jusqu'au 7 août 1879, c'est-à-dire pendant dix-sept ans, il a pu travailler; la fistule suppurait à peine. A cette époque, il ressentit un frisson, suivi d'une fièvre violente, et la douleur, autrefois limitée, s'étendit à tout le membre. La fistule s'agrandit, la suppuration devint abondante, et le malade se décida à demander les secours de la chirurgie à l'hôpital français, le 10 novembre 1879.

A son arrivée, le docteur Duchesnois lui prescrivit des injections de teinture d'iode, qui eurent pour effet de suspendre la suppuration. Mais le volume du membre augmenta, et il se forma un deuxième trajet fistuleux à la partie inférieure et externe de la cuisse.

En décembre 1879, le docteur Quinche, prenant la direction du service, réunit les deux trajets par une longue incision qui découvrit une partie notable du fémur. Le périoste avait disparu en plusieurs points, et de petites lamelles osseuses s'exfoliaient. Après l'incision, on plaça dans la plaie un tube à drainage, et on fit un pansement à la glycérine. La cicatrisation de la plaie s'opéra, mais des fistules persistèrent.

Le malade, débilité, réclamait une amputation, mais elle n'était pas possible parce que la lésion osseuse remontait jusqu'au grand trochanter. La désarticulation seule eût été praticable, mais on recula devant la gravité de cette opération.

Le docteur Quinche demanda à Paris les instruments nécessaires pour pratiquer la résection sous-périostée du fémur.

C'est à ce moment que j'allai visiter l'hôpital français. Mon confrère me pria d'examiner le malade, et, après nous être concertés, nous résolûmes de pratiquer sans retard la résection de l'os.

Je procédai à l'opération le 8 juin avec l'aide des docteurs Quinche, Duchesnois et Poncy, aujourd'hui chef des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

Opération. — Le malade étant chloroformisé, je divisai, avec le thermocautère, les parties molles recouvrant la moitié inférieure de la face externe du fémur, jusqu'au condyle externe. La section fut pratiquée sur la cicatrice même de l'ancienne incision et sur les trajets fistuleux. Arrivé sur l'os, j'aperçus une petite ouverture au-dessus et un peu en arrière du condyle externe. Au moyen d'une sonde cannelée introduite par l'ouverture osseuse, je pus constater que la substance spongieuse du condyle externe était molle et que cette ouverture donnait passage à un liquide purulent.

Il fallait donner issue au pus, mais nous nous trouvions en présence d'un fémur du volume de l'avant-bras. Je décollai néanmoins le périoste du côté de la face antérieure et du côté de la ligne âpre, et je mis ainsi à nu une surface de 16 à 18 centimètres de longueur. L'os était éburné, et la gouge eût été certainement impuissante à le détruire.

Fort heureusement, j'avais emporté de Paris le polytribe que MM. Mathieu ont construit sur les indications de M. Péan. Grâce à cet instrument, je pus faire sans trop de peine, au moyen d'une fraise volumineuse, un grand nombre de trous dans la paroi osseuse, et je constatai que cette paroi avait une épaisseur de 3 centimètres. Un fémur dont la paroi du canal médullaire mesure 3 centimètres est bien aussi volumineux qu'un avant-bras de moyen volume.

Après avoir criblé l'os de perforations, je pris la gouge et le maillet, et je fis sauter insensiblement tous les points osseux qui réunissaient les ouvertures. A force de travail et de patience, j'arrivai enfin dans le canal médullaire plein de pus ou plutôt d'une bouillie purulente, mélange de pus et de moelle. Me servant alors de gouges et de rugines de différentes dimensions, je finis par vider complètement cette portion du canal médullaire, et je pratiquai l'évidement des condyles fémoraux jusqu'à une distance de la cavité articulaire que j'évalue à 2 centimètres au plus. Je retirai plusieurs petits séquestres contenus dans le canal du fémur, au voisinage des condyles.

Vers le milieu de la cuisse, l'os était presque sain; la peau ne présentait pas de fistule dans une étendue de 6 à 8 centimètres. Mais en haut le fémur était manifestement malade depuis le grand trochanter jusqu'au voisinage de la partie moyenne de la cuisse; or il existait à ce niveau plusieurs trajets fistuleux. Je fis une deuxième édition de l'opération précédente. Ce fut le même travail laborieux pour diviser les parties molles avec le thermocautère, pour faire des perforations au fémur épaissi et éburné, pour mettre à nu le canal médullaire. Comme je l'avais fait pour la partie inférieure du fémur, je détachai le périoste épaissi de la surface osseuse. Le grand trochanter, ramolli, fut réséqué d'un trait de scie. Le canal médullaire étant ouvert, la moelle purulente et la substance spongieuse des parties profondes du grand trochanter et de la partie voisine du col du fémur furent enlevées avec la gouge et la rugine.

Dans cette opération j'ai pu enlever toute la face externe du fémur depuis le grand trochanter jusqu'au condyle externe, à l'exception d'un pont osseux à la partie moyenne. J'ai enlevé une grande partie de la face antérieure de l'os, de sorte que le fémur était réduit à sa moitié interne. La moelle a été enlevée, le grand trochanter et les condyles ont été raclés, évidés. Le périoste a été ramené sur la plaie.

Il ne fallait pas songer à la réunion immédiate. On a pansé à plat.

L'opération a duré plus de trois heures, le malade étant toujours sous l'influence du chloroforme. Le premier pansement fut fait avec des éponges et des tampons de charpie arrosés d'une solution phéniquée au cinquantième, et laissés à demeure pendant quarante-huit heures. Le malade ayant éprouvé des symptômes d'empoisonnement par l'acide phénique, le pansement fut pratiqué ensuite avec les solutions de chloral et de borax mélangées au moment de s'en servir.

Ce traitement a été suivi pendant un mois, puis on lui a substitué l'usage de la teinture d'eucalyptus, et enfin l'eau salée.

Sous l'influence de ce dernier lavage, la plaie se cicatrise rapidement, la suppuration diminue et le membre reprend peu à peu sa forme primitive.

Le 1er octobre, une collection de pus se forme un peu au-dessus de la tubérosité interne du fémur, l'abcès est ouvert. Depuis, l'état du malade s'améliore chaque jour; les forces et l'appétit reviennent, et tout fait supposer qu'il quittera prochainement l'hôpital.

Voilà ce que m'écrivait le docteur Quinche à la fin d'octobre. J'ai tout lieu de croire que le malade est aujourd'hui complètement guéri.

J'ai fait des recherches dans les recueils scientifiques, et je n'ai pas vu qu'une ablation d'une portion osseuse aussi considérable ait déjà été faite sur le squelette. Il faut avoir vu cette vaste plaie pour se faire une idée de la mutilation subie par le malade. Avant de commencer l'opération, il était impossible de prévoir le degré et l'étendue de l'ostéomyélite, la dureté, l'épaississement et la condensation de la paroi du canal médullaire. J'ai eu l'heureuse chance de réussir et d'arracher le malade à une mort à peu près certaine, ce qui me fait dire qu'on peut toujours tenter la résection, quelle que soit l'étendue de la lésion du squelette, et j'ajoute aussi, me basant sur plusieurs faits de ma pratique, même lorsque celle-ci a déjà compromis certaines articulations.

Je dois dire qu'une grande part du succès revient à mon savant confrère, le docteur Quinche, qui a dirigé avec habileté le pansement et le traitement général.

THÉRAPEUTIQUE

Potion contre l'infection purulente dans la fièvre typhoïde.

Créosote	2 gouttes.
Rhum	120 grammes.
Acide phénique	0,25 centigr.
Acide salicylique	1 gramme.

Les lavements phéniqués pouvant assez facilement déterminer des accidents d'intoxication, M. le professeur Bouchard ordonne cette potion aux typhiques chez lesquels il redoute l'infection d'origine intestinale. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Prurit vulvaire.

M. le docteur Tausky (de New-York) recommande dans le *New-York medical record* l'emploi du liquide suivant dont on enduira, de huit à dix fois par jour au moyen d'un pinceau, les surfaces atteintes de démangeaisons :

Poudre de gomme arabique	8 grammes.
Baume du Pérou	4 —
Huile d'amandes douces	12 —
Eau de roses	30 —

Potion contre les accès d'asthme.

Bromure d'ammonium	3g,50
Chlorure d'ammonium	60 centigr.
Teinture de lobélia	5g,50
Sirop d'éther composé	30 grammes.
Sirop d'acacia	100 —

Une cuillerée à bouche dans de l'eau, toutes les heures, pendant l'attaque. (*Boston med. and surg. journ.*)

Potion contre le rhumatisme.

Eau de menthe poivrée	120 grammes.
Acétate de potasse	60 —
Acide salicylique	15 —
Limonade citronnée	60 —

Pour la préparer, on met la potasse et la menthe poivrée dans un mortier de porcelaine, puis on ajoute graduellement l'acide salicylique en triturant jusqu'à parfaite solution et en ajoutant plus tard le sirop. La dose ordonnée par M. le docteur Thomas (de New-York) est une cuillerée à bouche toutes les trois ou quatre heures ou plus souvent, suivant la violence de l'attaque. (*Paris méd.*)

Pommades contre l'adénite de l'angine diphthéritique.

Dès qu'une angine diphthéritique ordinaire ou scarlatineuse se complique d'engorgement ganglionnaire, M. le docteur Bouchut recommande d'appliquer l'une des deux pommades suivantes :

Axonge	60 grammes.
Iodure de plomb	1 —
Extrait de belladone	1 —

Gros comme une noisette toutes les heures, ou bien de la même façon :

Axonge	60 grammes.
Onguent mercuriel	10 —
Extrait de belladone	1 —

Après avoir mis la pommade, on entoure le cou avec une cravate de laine.

Si la tumeur augmente et rougit, on appliquera des cataplasmes de farine de lin huilée, de mie de pain dans du lait, d'amidon et d'huile d'amandes douces, tout en ayant soin chaque jour d'examiner la tumeur avec soin, de la palper avec attention pour découvrir les premiers signes de fluctuation qui pourraient se montrer et ouvrir l'abcès le plus tôt possible. (*Paris méd.*)

Limonade sulfurique à la rose.

Pétales de roses rouges	20 grammes.
Eau bouillante	1.000 —
Acide sulfurique dilué	4 —
Sucre	100 —

On jette l'eau bouillante sur les pétales de roses, on fait infuser pendant une heure environ, on passe et l'on ajoute l'acide sulfurique dilué et le sucre.

Cette limonade est recommandée dans l'état fébrile, dans les hémorrhagies sans troubles circulatoires, dans les angines de mauvais caractères, notamment dans l'angine diphthéritique, dans le scorbut. On l'administre froide ou glacée à la dose d'un verre à madère toutes les trois ou quatre heures. (*Thérap. cont.*)

Potion saline purgative.

Tartrate de potasse et de soude	12 grammes.
Émétique	0,01 centigr.
Eau de fleurs d'oranger	8 grammes.
Sirop de miel	32 —
Eau	64 —

Cette potion est fréquemment employée comme laxatif par cuillerées à intervalles variables. (*Le Méd. prat.*)

Potion diurétique.

Eau de tilleul	100 grammes.
Teinture de scille	10 gouttes.
Teinture de digitale	10 —
Oxymel scillitique	Q. S.

Cette potion est conseillée par M. Jules Simon, au début de la pleurésie aiguë chez l'enfant, pendant quatre ou cinq jours.

Potion antinévralgique.

Sulfate de cuivre ammoniacal	0,10 à 0,15 centigr.
Sirop de fleurs d'oranger ou de menthe	30 grammes.
Eau distillée	100 —

A prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures au moment du repas. Elle doit être continuée pendant douze à quinze jours malgré sa saveur métallique désagréable. Cette potion est recommandée par M. le docteur Féréol, qui considère le sulfate de cuivre comme pouvant produire des guérisons complètes et durables dans des névralgies anciennes et rebelles. (*Union méd.*)

Potion antiscrofuleuse.

Iodure de potassium.	2	grammes.
Teinture d'iode	1	—
Tannin.	1	—
Sirop de quinquina	50	—
Julep gommeux.	150	—

M. Guibout l'ordonne à prendre en quatre fois, de deux en deux heures, aux adultes atteints d'affections scrofuleuses. (*Union méd.*)

Potion antirhumatismale.

M. le docteur Archambault prescrit souvent chez les enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu la potion suivante que l'on donne en quatre fois dans les vingt-quatre heures :

Salicylate de soude.	4 à 6	grammes.
Rhum.	30	—
Sirop de limons.	30	—
Julep gommeux	30	—

Chez les enfants de cinq à dix ans, on la renouvelle pendant trois jours de suite. (*Le Méd. prat.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1880. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une note de M. le docteur Natauson intitulée : *Théorie anatomique et physiologique du sommeil.*

COMMUNICATION

M. Maurice Raynaud, tant en son nom qu'au nom de M. le docteur Lannelongue, lit une note sur la transmission de la rage de l'homme au lapin. Il commence par rappeler que M. le docteur Galtier a établi par une série d'expériences la transmissibilité de la rage au lapin dès le mois d'octobre 1879, et a étudié la période d'incubation de cette maladie chez ces animaux. Cette période est assez courte ; elle ne dépasse guère une moyenne de dix-huit jours. Cette question a été reprise dernièrement par MM. Lannelongue et Raynaud, à l'occasion du fait suivant.

Un enfant de cinq ans et demi entra le 8 décembre 1880 à l'hôpital Sainte-Eugénie, présentant les symptômes non équivoques de la rage. Il avait été mordu, le 10 novembre précédent, au nez, à la joue gauche, à la région temporale du même côté, par un chien qui fut tué sur-le-champ et qui avait mordu d'autres chiens, lesquels furent également abattus. Les premiers symptômes s'étaient manifestés le 7 décembre au matin, et l'enfant succomba le 11, après avoir présenté tout le tableau classique de la rage.

On fit trois séries d'expériences sur un total de 40 lapins.

1° Inoculations avec des liquides recueillis sur l'enfant encore vivant.

2° Inoculations avec différents liquides ou tissus recueillis sur le cadavre vingt-quatre heures après la mort.

3° Inoculations faites subséquemment de lapine à lapin.

Les faits de la première série sont, en définitive, confirmatifs de l'assertion de divers auteurs : inoculabilité de la salive, non-inoculabilité du sang. Chez les lapins qui ont succombé, la mort est survenue de dix-sept à quarante-deux heures après l'inoculation.

Dans la seconde série, deux lapins inoculés avec du mucus bronchique pris sur le cadavre ont succombé, l'un en quarante-quatre et l'autre en quarante-huit heures. Six animaux ont été inoculés avec des fragments de glande salivaire; un seul est mort, très-rapidement il est vrai (en dix-neuf heures). C'est la glande sous-maxillaire qui a fourni ce résultat positif.

Le produit du raclage des ganglions lymphatiques (qui étaient tuméfiés) a été inoculé à deux lapins; le premier n'a guère survécu que neuf heures et demie ; le second a été malade le deuxième jour, puis s'est rétabli.

Les deux racines du trijumeau, coupées au ras de la protubérance de l'enfant, ont été insérées sous la peau d'un lapin, qui est mort au bout de trois jours. Un fragment du bulbe a été greffé de la même façon sur un autre lapin : — mort le quatrième jour.

Dans la troisième série d'expériences, il n'y a pas eu un seul insuccès. Quand on s'est servi de la salive d'un des animaux morts, dans les expériences précédentes, tous les lapins, au nombre de cinq, ont succombé dans un espace de temps qui a varié entre vingt et trente heures.

Après l'inoculation du bulbe, on a obtenu une série de trois morts. Chose assez curieuse, deux fois le sang d'un lapin tué par inoculation du bulbe recueilli aussitôt après la mort, et inoculé à un autre lapin, l'a tué, une fois en trente-deux heures, une autre fois en quarante-deux heures. Le sang de ce dernier lapin, recueilli également après la mort, en a tué un troisième en treize heures.

Le bulbe d'un de ces animaux ayant été inoculé sur deux autres lapins, ils sont morts tous les deux.

« Nous croyons, » dit M. Raynaud, « jusqu'à preuve du contraire, que c'est bien de la rage que sont morts nos lapins. Nous avons pour le croire une double raison : l'impossibilité d'expliquer leur mort autrement, et l'évidence de cette cause de mort dans l'organisme humain aux dépens duquel ont été faites les inoculations. » M. Raynaud reconnaît d'ailleurs que la question est délicate, vu l'absence d'énucléation chez ces lapins, etc.

DISCUSSION

M. Colin ne croit pas que les lapins inoculés par MM. Raynaud et Lannelongue soient réellement morts de la rage. La rage du lapin est bien connue ; elle avait été étudiée avant le mémoire de Galtier, elle a toujours une période d'incubation de plusieurs jours; tandis que, dans les expériences faites à l'hôpital Sainte-Eugénie, l'incubation a été nulle ou à peu près. Il est probable qu'il s'est agi d'une infection septicémique, qu'explique du reste à merveille le choix des liquides et des tissus inoculés. La salive, le tissu nerveux subissent très-facilement et très-rapidement le commencement de décomposition qui produit la septicémie. Ils se décomposent ainsi, non-seulement sur le cadavre, mais même dans une plaie où on les introduit et où ils subissent le contact de l'air.

M. Beaumetz, qui a suivi les expériences de MM. Raynaud et Lannelongue, ne croit pas non plus que ces lapins soient morts de la rage. Ils n'en présentaient aucunement les caractères.

M. Raynaud rappelle qu'il a fait ses réserves. Mais, si ces animaux ne sont pas morts de la rage, il ne sait pas, dit-il, de quoi ils seraient morts. Du reste, en rapportant ses propres expériences et celles de M. Lannelongue, il a eu pour but principal d'amener M. Pasteur à communiquer aussi les siennes, faites à cette même occasion.

M. Pasteur raconte qu'il a recueilli de la salive très-peu d'heures après le décès, dans la bouche du petit malade mort à l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans cette salive, il a reconnu l'existence d'un microbe particulier ayant un millième de millimètre de longueur et présentant un renflement à chacune de ses extrémités et un rétrécissement vers son milieu. Ce microbe paraît entouré d'une sorte d'auréole brillante quand on l'examine dans la salive ; mais, quand on le cultive dans du bouillon de veau, ce qui est le liquide le plus favorable pour sa multiplication, il se dépouille de cette auréole. Il n'est pas toujours isolé ; souvent on rencontre de longs chapelets constitués par ces petits organismes accolés bout à bout. Enfin il peut revêtir la forme de corpuscules brillants très-petits, comme les autres microbes, lorsqu'ils sont passés à l'état de germes. Ce serait là, suivant les expériences de M. Pasteur, le principe actif, qui, pris sur un animal enragé, causerait la mort des animaux auxquels il serait inoculé. Cependant, même sur des chiens qui ont été inoculés avec des liquides de culture remplis

de cette bactéridie, la mort est survenue très-rapidement, en quatre ou cinq jours, sans période d'incubation, et, paraît-il, sans l'appareil clinique accoutumé.

M. Pasteur ne se dissimule pas les très-grandes différences qui séparent du tableau classique de la rage celui de la maladie qu'il a produite ainsi. Mais cela lui semble tenir à des conditions encore inconnues qui ne doivent pas empêcher de rattacher cette maladie à la rage vraie. Quant à supposer qu'il s'agisse d'une septicémie, M. Pasteur s'y refuse absolument. Les microbes spéciaux de la septicémie n'ont, dit-il, aucune analogie avec le microbe de la rage, et d'ailleurs la septicémie tue les cobayes comme les lapins, tandis que toutes les expériences faites sur le cobaye avec les liquides virulents de M. Pasteur ont donné un résultat complètement négatif.

M. COLIN soutient d'abord que le microbe décrit par M. Pasteur, comme étant celui de la rage, se rencontre très-fréquemment dans d'autres cas et n'a par conséquent rien de particulier.

M. PASTEUR, tout en admettant que ce microbe ressemble absolument en apparence à beaucoup d'autres, ne l'en déclare pas moins spécial à la rage, comme le démontrent les résultats des inoculations.

M. COLIN revient alors sur l'idée, émise déjà souvent par lui, que le principe virulent existe non dans les solides, non dans ces petits êtres organisés que l'on rencontre dans les circonstances les plus diverses, mais dans les liquides où ils se trouvent.

(Une discussion incidente s'étant engagée sur ce point entre MM. Pasteur et Colin, M. le président rappelle les orateurs à la question.)

M. COLIN se refuse à admettre que les lapins soient morts de la rage en quelques heures, sans incubation. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent quand on inocule réellement la rage à ces animaux. Il s'agit là sans doute d'une des formes nombreuses de la septicémie. L'argument de M. Pasteur contre cette interprétation des faits observés ne prouve rien en réalité, car les cobayes ne sont nullement réfractaires à la rage. On leur inocule à merveille cette maladie. Si donc M. Pasteur n'en a pas vu mourir après ses inoculations, ce ne peut être qu'un hasard, tenant sans doute au petit nombre des expériences de M. Pasteur.

M. PASTEUR déclare qu'il suffit d'une seule expérience bien faite pour démontrer si un liquide est ou n'est pas inoculable pour une espèce déterminée.

M. BERGERON pense que, très-probablement, les différences de symptômes doivent tenir à des différences de quantité. Chez un animal qui meurt de la rage dans les conditions ordinaires, l'inoculation n'a introduit le plus souvent que quelques atomes du principe virulent, tandis que, dans les expériences de M. Pasteur, la quantité de ce principe introduite sous la peau est relativement énorme.

M. PASTEUR répond que la quantité est complètement indifférente quand il s'agit d'un microbe virulent capable de se multiplier dans les liquides de l'économie. On ne connaît pas encore bien la rage dans ses diverses manifestations, car on n'en avait pas isolé jusqu'ici le principe actif.

M. JULES GUÉRIN se demande s'il ne s'agirait pas de maladies ébauchées.

M. GOSSELIN ne sera persuadé de la nature rabique des accidents qui ont tué les lapins de M. Pasteur et de MM. Lannelongue et Raynaud que quand on produira sur le chien la rage avec ses symptômes classiques, en inoculant ces animaux avec les microbes de M. Pasteur.

M. PASTEUR répond que les médecins, ne connaissant pas jusqu'ici le principe de la rage, ne pouvaient pas en bien connaître la nature.

M. GOSSELIN s'écrie que du moins ils en connaissent bien les symptômes.

M. BLOT parle dans le même sens.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 janvier 1881. — Présidence de M. Paul BERT.

COMMUNICATIONS

Effets des applications du chloral sur la peau des animaux. — M. BROWN-SÉQUARD présente à la Société plusieurs lapins morts déjà depuis quinze jours à la suite de l'application d'une très-petite quantité de chloral anhydre sur la peau. Aucun de ces animaux ne présente le moindre signe de putréfaction. Sur quinze lapins qu'il a tués ainsi, M. Brown-Séquard a constaté ce même phénomène. Il en conclut qu'il est constant.

M. LABORDE. La conservation des animaux par le chloral est un fait connu et sur lequel M. Personne a, le premier, appelé depuis longtemps déjà l'attention. J'ai vu des chiens, des lapins, des cochons d'Inde conservés ainsi depuis trois ans, nullement putréfiés et comme momifiés. On voit aussi certains de ces animaux rester plusieurs jours en état de mort apparente à la suite d'injections intra-veineuses de chloral. C'est là également un fait connu; mais la détermination des effets antiputrides et momifiants du chloral appartient à M. Personne, qui a succombé pendant qu'il poursuivait le cours de ces expériences.

M BROWN-SÉQUARD connaît parfaitement les faits de M. Personne; ce qu'il y a de nouveau et de particulier chez les animaux qu'il présente aujourd'hui, c'est qu'il s'agit chez eux d'une simple application de chloral sur la peau et non d'injections intra-veineuses ou sous-cutanées. Il désire seulement montrer que ces simples applications donnent les mêmes résultats. Il insiste, en outre, sur les différences qui existent, à ce point de vue, entre le chloral hydraté et le chloral anhydre, ce dernier agissant avec une bien plus grande puissance.

Dynamogénie. — M. BROWN-SÉQUARD. Si l'on coupe une moitié latérale de la moelle épinière, il survient de l'hyperesthésie du côté correspondant. Cette hyperesthésie ne dépend pas d'un excès de nutrition, comme on l'a cru, puisque l'aorte étant préalablement coupée, le même phénomène se produit. Il y a donc une autre cause. Après la section de la moitié latérale de la base de l'encéphale, la force du sciatique du côté correspondant est augmentée, même lorsque le cœur a été préalablement enlevé. C'est donc de la dynamogénie qui se produit dans le sciatique lui-même, et non pas le fait de la circulation sanguine. La section d'une moitié latérale du bulbe rachidien donne encore des effets plus marqués. Enfin la section du nerf sciatique lui-même détermine encore une augmentation de la force de ce nerf. Plus on multiplie les sections, plus la force est augmentée. D'autre part, si on coupe successivement, de bas en haut, le sciatique, puis la moelle, puis le bulbe, c'est du côté opposé de l'encéphale que se produit l'augmentation de la force.

Calculs rénaux chez le chien. — M. MÉGNIN présente les deux reins d'une petite chienne terrier morte d'une affection calculeuse de ces organes; chacun contient un volumineux calcul qui s'est développé dans le bassinet, mais qui a refoulé les parois de cette cavité en détruisant la presque-totalité de la substance médullaire de l'organe, lequel est presque réduit à sa partie corticale.

Ces calculs pèsent, l'un 7 grammes, l'autre 6 grammes, et sont constitués entièrement par du phosphate ammoniaco-magnésien.

D'après les renseignements fournis par le propriétaire de l'animal, cette affection paraît avoir débuté il y a environ quatre ans; elle s'est manifestée par des accès de coliques néphrétiques qui, à l'origine, duraient deux ou trois jours et se reproduisaient toutes les semaines; plus tard ils devinrent moins violents et moins fréquents, car ils ne se montraient plus que tous les deux ou trois mois. L'autopsie seule a fait reconnaître la cause de ces accès. Ce chien mangeait beaucoup d'os, ainsi que le prouvaient ses excréments plâtreux et secs.

L'action vaso-dilatatrice du sympathique; interprétation. — MM. DASTRE et MORAT font une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

Transformation de la glycose en amidon. — M. D'ARSONVAL. Jusqu'ici cette transformation n'a pu s'opérer que chez les êtres vivants. M. d'Arsonval a entrepris une série d'expériences sur des fruits qui montrent que cette transformation peut être obtenue par des procédés physiques, mais toujours avec l'intervention d'une membrane, telle que la peau des fruits.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 janvier 1881, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Sala.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Jeunehomme, Jeanmaire et d'Hennezel.

Au grade de pharmacien-major de première classe : MM. Ulrich, Aubrit et Pons.

— Nous croyons savoir que les chaires de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris ne seront bientôt plus seules pourvues de chefs de clinique, mais que, par la création d'emplois nouveaux, la même mesure sera prise en faveur des cliniques chirurgicales d'ici à la fin de l'année 1881.

— Le Conseil municipal de Paris, avant de se séparer, a voté sur le rapport de M. le docteur Bourneville, une allocation de 7,400 francs pour les bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices de Paris, allocation supérieure de 400 francs à celle de l'année dernière. Cette somme de 400 francs est destinée à la bibliothèque de la Maison municipale de santé.

L'on sait que ces institutions, actuellement au nombre de 17, ont été créées en 1865, sur l'initiative des internes en médecine, et qu'elles sont entretenues par des cotisations mensuelles payées par les internes. Aussi ne pourraient-elles tout naturellement prospérer qu'avec lenteur, si la ville de Paris ne leur venait en aide par des subventions annuelles. Nous ajouterons que, à Bicêtre et à la Salpêtrière, les médecins et chirurgiens participent à leur entretien par une cotisation annuelle et par le don d'un certain nombre de volumes, exemple que nous serions heureux de voir suivi dans tous les hôpitaux.

M. le docteur Bourneville émet également le vœu, dans son rapport sur les bibliothèques des établissements hospitaliers : 1° que les cotisations des élèves soient *partout* élevées à 2 francs au lieu du chiffre de 1 franc et de 1 fr. 50 encore actuellement maintenu dans certains hôpitaux; 2° que les chefs de service qui, la plupart, feront don de leurs travaux, contribuent, en qualité de membres honoraires, aux dépenses des bibliothèques en payant leur cotisation. Celles-ci présentent, en effet, un sérieux intérêt, et méritent, dit-il, « d'être sérieusement encouragées, car elles constituent un élément précieux pour l'instruction des internes et des externes des hôpitaux qui, trouvant à l'hôpital même les livres dont ils ont besoin, y séjournent davantage, et cela pour le plus grand bienfait des malades ».

Cette somme de 7,400 francs est ainsi répartie : Beaujon, Bicêtre, Enfants-Malades, Lariboisière, Necker, Saint-Antoine, Trousseau, Saint-Louis, la Salpêtrière et Tenon, 500 francs chaque; Cochin, Hôtel-Dieu, Lourcine, Maison municipale de santé et Pitié, 400 francs chaque; enfin les Incurables et les Ménages, 200 francs chacun.

De plus, dans les hôpitaux où les internes le demanderont, il pourra être prélevé une somme de 50 francs sur la subvention allouée, afin d'aider à la reliure des collections de journaux et de thèses.

Une pétition des internes en pharmacie de l'Hôtel-Dieu avait réclamé une subvention pour la bibliothèque qu'ils ont fondée dans cet établissement à la fin de 1877, qui contient actuellement 183 volumes reliés, 130 volumes brochés, 63 volumes de journaux et 168 thèses, et pour laquelle ces internes, au nombre de neuf, payent une cotisation mensuelle de 2 francs. La décision du conseil a été ajournée en raison des modifications que doit subir l'internat en pharmacie, la réorganisation du service de la pharmacie dans des hôpitaux étant actuellement à l'étude.

— L'administration de l'Assistance publique de Paris vient de décider que, chaque dimanche, 300 bains sulfureux seraient mis à la disposition des ouvriers peintres dans les hôpitaux Tenon, Beaujon, Saint-Louis et la Charité. Cette disposition sera étendue aussi à la Pitié, dès que cet hôpital aura été réorganisé.

— M. le docteur Armand Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mercredi 2 février, et les continuera les mercredis de chaque semaine à neuf heures un quart.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10660.

N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. MARDI 25 JANVIER 1881. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Myxœdème, cachexie pachydermique ou état crétinoïde (1).

V

J'en ai fini, dans ma dernière conférence, avec les anomalies de l'ataxie locomotrice, et je veux aujourd'hui vous montrer des malades atteints d'une affection, ancienne sans doute, mais nouvellement décrite, c'est-à-dire de cachexie pachydermique ou myxœdème.

Depuis longtemps, — douze ou quinze ans environ, — j'avais été frappé de l'aspect singulier de quelques malades, bouffis, comme œdémateux, bien qu'ils n'eussent absolument rien de la maladie de Bright. C'étaient des gens anémiques, dont la peau distendue par la bouffissure était rugueuse, squameuse ou lamelleuse. Par suite, j'avais donné à cette affection le nom de cachexie pachydermique; maladie à marche progressive, toujours fatale.

Je l'avais ainsi dénommée pour mon propre usage, n'ayant encore rien publié à cet égard, et je me proposais, dans une prochaine note, de faire connaître cette maladie avec sa physionomie particulière, dont je n'avais trouvé nulle part la description, lorsque, en parcourant les journaux anglais, je reconnus que mes collègues d'Outre-Manche avaient bien vu et bien décrit l'affection dont il s'agit, sous le nom de myxœdème.

La première description appartient à M. Gull, elle date de 1873; elle a paru dans les *Transactions de la Société clinique de Londres,* et il est d'autant plus singulier qu'elle ne m'ait pas frappé, car elle est de tous points remarquable, qu'à titre de membre de cette Société, je reçois ces publications. La dénomination choisie par M. Gull pour spécifier cette affection est celle d'état crétinoïde (*on a cretinoid state in adult life in women*). Un peu plus tard est venu un travail complet de M. le docteur Ord, médecin de l'hôpital Saint-Thomas à Londres, publié en 1878 dans les *Transactions médico-chirurgicales* et traduit en français par M. Olive dans les *Archives générales de médecine* en 1879. Le titre du travail de M. Ord, dans lequel figure une relation d'autopsie, est le suivant : *On myxœdema*, sur le myxœdème, c'est-à-dire sur l'œdème muqueux, à cause de l'aspect mucoïde constant de l'œdème caractéristique de l'état crétinoïde qui se développe quelquefois chez les femmes d'âge moyen.

Enfin, cette année même, un élève de M. Ord, M. Hadden, a publié dans le *Progrès médical* une note relative aux cas étudiés par lui à Londres, et, à la même époque, ont paru : 1° une note sur la cachexie pachydermique, — le myxœdème des auteurs anglais, — où se trouve relatée tout au long l'histoire d'un cas fort bien caractérisé que je vais vous présenter (1); 2° un article fort intéressant de M. le docteur Thaon, de Nice (2), dans lequel l'auteur rapporte sous le nom de cachexie pachydermique l'observation d'une malade que je lui ai adressée et qui présente tous les caractères de l'affection dans son type le plus parfait. On trouve dans ce travail une analyse de tous les faits de myxœdème publiés jusqu'à ce jour, en même temps que des remarques nosographiques et cliniques du plus haut intérêt.

Avant de faire entrer le malade que je vais vous montrer, je veux esquisser devant vous à grands traits les caractères principaux de l'affection parvenue à son plus haut degré de développement.

Cette maladie, dont il existe tout au plus dans la science une vingtaine d'observations, se développe surtout chez des sujets d'âge moyen, après trente ans, et particulièrement chez la femme, bien que plusieurs cas aient été constatés chez l'homme et même chez l'enfant. On avait cru qu'elle appartenait exclusivement à l'Angleterre, mais des faits observés de ce côté du détroit ont prouvé le contraire.

Elle est caractérisée, lorsqu'elle est parvenue à la période d'état, par une déformation générale des reliefs, des contours du corps, tête, membres et tronc, par une sorte d'œdème général. Ce n'est pas ce gonflement œdémateux sur lequel la pression du doigt laisse son empreinte, mais bien un œdème dur, résistant, dû à l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané par une substance spéciale, semi-liquide, mucoïde, de consistance gélatineuse, ainsi que l'a démontré la seule autopsie qui eût été faite jusqu'à ce jour. C'est de là que lui a été donné le nom de myxœdème, c'est-à-dire œdème muqueux ou mucoïde.

Cette infiltration est à peu près répandue sur toutes les parties du corps et leur donne un aspect tout spécial. La

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 janvier 1881.

(1) Le *Progrès médical* du 24 juillet 1880.
(2) La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (août 1880).

face est élargie, le front bossué, les paupières tuméfiées, les yeux, à peine entr'ouverts, sont chassieux et pleurards, le nez épais et aplati, les lèvres saillantes, épaisses, renversées en dehors. Le tronc participe également à cette déformation, il présente un empâtement général; la taille est effacée, informe, le ventre élargi, tombant en poire comme celui des poussahs.

Les membres, à leur tour, offrent l'aspect de colonnes cylindriques, les articulations se distinguent à peine, les mains sont gonflées, ramassées, massives, tout d'une pièce, pesantes et inhabiles, et ont été comparées par Gull à une bêche. Il en est de même des pieds, qui sont tuméfiés et déformés.

Enfin, pour compléter ce tableau, je dois ajouter que la peau présente, à la face surtout, une teinte pâle, d'aspect cireux, porcelanique, qui contraste habituellement avec des taches d'un rose vif, plaquées comme chez les phthisiques et occupant les pommettes. Cette même pâleur se voit aussi, mais à un moindre degré, sur toutes les parties du corps, à l'exception des lèvres et des mains qui sont violacées. Ces dernières, de même que les pieds, du reste, donnent à celui qui les touche, une sensation de froid analogue à celle que l'on éprouve lorsque l'on tient une couleuvre ou un lézard.

J'ajouterai, comme dernier trait, que la peau est sèche, rugueuse, écailleuse; qu'elle est le siège, par places, d'une desquamation furfuracée, quelquefois lamelleuse, écailleuse, et donne à la main qui la touche la sensation d'une peau de requin. La sécrétion sébacée et celle de la sueur ne se font plus, les glandes sudoripares et les follicules sébacés sont atrophiés. Souvent les poils et les cheveux tombent prématurément par suite de l'atrophie du bulbe pileux.

A la rigueur, la constatation de tous ces caractères ne suffirait pas pour exclure l'impression produite à première vue par ces malades, à savoir qu'il pourrait s'agir là d'un œdème cardiaque ou relevant de la maladie de Bright. Mais l'examen du cœur et celui des urines ne fournissent que des résultats négatifs. Il n'existe pas d'affection du cœur, il n'existe pas d'albuminurie dans le myxœdème.

De plus, du côté des muqueuses, nous trouvons, par exemple, les lèvres épaissies, saillantes en dehors, les gencives tuméfiées, saignantes, en même temps que les dents se déchaussent et tombent; le voile du palais est également tuméfié, ainsi que la langue qui est épaisse, d'où l'embarras de la parole, comme si le malade avait de la bouillie dans la bouche. Enfin on constate aussi un peu d'œdème du larynx, et la voix est d'une raucité particulière. L'autopsie, rapportée par M. le docteur Ord, a permis d'observer un certain degré d'œdème de toute la muqueuse digestive, ce qui expliquerait la dyspepsie permanente dont les malades se plaignent constamment.

Voici maintenant d'autres traits qu'il importe de mettre en relief. Tous les sujets atteints de myxœdème sont profondément cachectiques, ils sont anémiés à un haut degré, leur température centrale diminuée atteint à peine 37° et tombe quelquefois au-dessous de ce chiffre. Ils sont indolents, languissants, apathiques; ils ont toutes les peines du monde à bouger; ils ont constamment froid, en été comme en hiver, et s'accroupissent au coin du feu.

Enfin, dernier fait, je signalerai l'existence constante de phénomènes spinaux consistant dans une sorte de torpeur, d'apathie, de somnolence habituelles; le caractère est complètement modifié, plus de vivacité intellectuelle; la mémoire, toute conservée qu'elle est, est lente, de même que toutes les opérations intellectuelles s'exécutent avec une extrême lenteur. Les réponses sont lentes aussi, indécises; dans certains cas on a quelquefois noté des phénomènes d'excitation, du délire, des hallucinations. Tous les mouvements sont lents également, et bientôt suivis d'une fatigue extrême, de douleurs lombaires. Pour ces malades, la vie est insupportable; ils sont d'une tristesse profonde, continue, sans colère ni violences. En un mot, ils sont engourdis comme des animaux hivernants.

Il n'existe d'ailleurs aucun signe d'anesthésie ou d'hyperesthésie, et je dois ajouter que, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, ces divers symptômes qui, physiologiquement, relèvent des centres nerveux, ne dépendraient pas de l'existence dans ces centres d'une lésion analogue à celle qui occupe le tissu cellulaire sous-cutané.

La maladie débute sournoisement sans marquer tout d'abord sa présence par aucun phénomène appréciable; son évolution est lente, mais fatalement progressive. Sa marche peut être enrayée temporairement sous l'influence de la diète lactée, des bains sulfureux, du massage et du séjour dans un climat chaud.

Les conditions étiologiques sont encore absolument inconnues; mais il est possible de dire, dès à présent, que la cachexie pachydermique se rencontre un peu dans tous les pays d'Europe, non-seulement en Angleterre et en France, mais encore en Italie, où j'ai été à même de l'observer près de Venise, à Murano, et aussi en Espagne, non loin de l'ancienne Sagonte, à la gare de Murviedro, où j'ai vu cette année même un petit mendiant qui en était atteint.

En résumé, vous le voyez, il y a à relever dans le tableau nosographique du myxœdème trois ordres de symptômes, savoir : 1° un état cachectique accentué, sous la rubrique de crétinisme avec cachexie pachydermique; 2° une altération spéciale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (le myxœdème proprement dit); 3° un état particulier des fonctions cérébrales et spinales.

Maintenant je vais vous présenter le malade dont je vous ai parlé, malade de la ville qui, malgré sa répugnance à se montrer, a néanmoins consenti à venir. Heureusement pour lui, mais malheureusement pour votre instruction, le cas n'est plus aussi beau qu'il y a quelque temps, grâce à une amélioration notable survenue dans son état.

C'est un homme de cinquante-sept ans, de haute taille, chez lequel la maladie a débuté il y a sept ou huit ans. La face est tuméfiée, les paupières bouffies, épaisses, les yeux pleurards; les lèvres volumineuses laissent écouler la salive au dehors; il existe également un peu d'écoulement nasal. Le teint est cireux, avec quelques couleurs plaquées au niveau des pommettes. Les dents sont tombées. La langue est épaisse, la parole est comme pâteuse, les réponses sont lentes, la voix est rauque. Les cheveux ne sont pas absolument rares, mais le cuir chevelu est recouvert de nombreuses pellicules. Les mains sont en forme de bêche; elles sont tuméfiées, elles sont beaucoup moins squameuses qu'autrefois; les pieds le sont davantage; elles sont aussi bien moins violacées, et le malade ne se plaint plus d'avoir continuellement froid comme auparavant. Il existe encore une certaine apathie, les forces ne sont pas encore bien grandes, néanmoins le malade marche assez facilement.

En résumé, il s'est produit chez lui une amélioration remarquable, car, tandis qu'il y a deux ans, sa maladie était

parvenue à son plus haut degré, aujourd'hui il ne reste plus que les vestiges de son ancien état morbide, grâce au traitement par la diète lactée qu'il a suivi très-rigoureusement.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans vous montrer un jeune homme, — quel jeune homme! — qui appartient à la division des idiots de Bicêtre placée sous la direction de M. le docteur Bourneville. C'est un garçon de dix-neuf ans, qui présente absolument la stature et les apparences d'un enfant de trois ou quatre ans, tandis que par les traits de sa physionomie il ressemble à un petit vieillard. Sa taille, en effet, est de 90 centimètres, son poids de 20 kilogrammes. L'arrêt de développement n'est pas marqué chez lui seulement par la petitesse de sa taille; nous savons qu'à sept ans il n'avait pas encore toutes ses dents; aujourd'hui celles-ci sont toutes cariées ou tombées. Bien qu'arrivé à l'âge de la puberté, les organes génitaux sont réduits à très-peu de chose. Ses facultés intellectuelles sont aussi limitées que possible. Il est somnolent, apathique, impassible, non sans un certain air de calme et de dignité qui lui a fait donner le surnom de pacha. Il reconnaît sa mère et sa sœur; il s'anime un peu à la vue d'un gâteau; il mange sa soupe lui-même avec avidité, en tenant sa cuiller à la main sans trop de maladresse. Il dit des fragments de mots à la manière des tout jeunes enfants; ainsi, pour dire gâteau, il prononce *ateau;* pour bonjour, *ajour;* pour merci, *ci;* et son vocabulaire se réduit à quatre ou cinq mots en tout.

Évidemment, si l'on considère le développement incomplet de tout l'organisme physique et intellectuel, on placera ce malheureux garçon dans la catégorie des crétins. C'est, en effet, suivant la nosographie de M. Baillarger, un crétin, c'est même un crétin complet; mais c'est aussi, et c'est là le point que je veux relever, un crétin d'un genre à part, qui présente en plus, des crétins ordinaires, les caractères fondamentaux du myxœdème.

Son corps tout entier est tuméfié et déformé par le fait d'un œdème dur, d'un faux œdème, qui ne cède pas sous la pression des doigts. Ainsi la face est grosse, les paupières tuméfiées, le front bossué, les lèvres épaissies et renversées en dehors, les membres cylindriques, son ventre est celui d'un poussah, les mains et les pieds sont froids et déformés, les régions sus-claviculaires droite et gauche empâtées. Vous pouvez remarquer la teinte pâle et cireuse des téguments et les couleurs plaquées, tout l'aspect cachectique en un mot; la calvitie absolue et l'absence de poils. Quant à la sécheresse écailleuse des téguments, elle a été un peu modifiée par les soins dont ce malheureux est l'objet. Enfin il n'est pas jusqu'à la voix rauque, cassée, et la parole épaisse, qui n'établissent un rapprochement avec le myxœdème de l'adulte.

Il s'agit donc là d'un crétin myxœdémateux, et non pas d'un crétin vulgaire. Je ne parle pas de l'absence de goître constatée chez notre petit malade. La glande thyroïde paraît même chez lui réduite au minimum, car on sait que le goître fait souvent défaut dans le crétinisme endémique parvenu à son plus haut degré de développement.

Mais voici un dernier trait qui sépare cet enfant des crétins vulgaires. Il est né à Neuilly-sur-Seine de parents non goîtreux. Il a une sœur non goîtreuse, bien conformée et intelligente. Ses parents sont nés dans un village de la Meuse, où le goître n'est pas endémique et où il n'existe aucun crétin. Les conditions étiologiques du crétinisme vulgaire font donc, chez lui, complètement défaut.

Que conclure de tout cela? Voici l'hypothèse que je propose; mais, j'y insiste, il ne s'agit là que d'une hypothèse qui devra être vérifiée ultérieurement. Le myxœdème ne serait pas une affection propre à l'âge adulte, elle peut sévir chez les enfants. Là elle produit l'arrêt de développement physique et intellectuel, un état comparable au crétinisme, état crétinoïde, tandis que chez l'adulte la même affection ne détermine pas, elle ne saurait déterminer l'arrêt de développement, et d'un autre côté elle se borne à produire un affaiblissement, une obnubilation des fonctions intellectuelles.

Mais, je le répète, l'avenir dira ce qu'il faut penser de cette hypothèse, que je ne donne d'ailleurs que pour ce qu'elle vaut.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

De l'arthrite plastique ankylosante du genou.

Parmi les maladies de l'articulation du genou, il en est une encore peu connue, dont le nom ne figure pas dans les ouvrages classiques, et qu'un petit nombre seulement de chirurgiens ont étudiée. Je veux parler de l'affection que M. Gosselin appelle l'arthrite plastique ou ankylosante en raison de sa terminaison la plus ordinaire, maladie grave par sa fin même et qui est souvent la conséquence d'une blennorrhagie.

La malade qui me fournit l'occasion de traiter cette question devant vous est une jeune femme de vingt ans, qui était entrée dans notre service, salle Chassaignac, le 2 juin dernier. Ses antécédents se réduisent à très-peu de chose : quelques signes légers de lymphatisme. Elle a été réglée à treize ans et demi, et la menstruation s'est toujours faite depuis cette époque très-régulièrement. Elle est à Paris depuis cinq ans, et c'est à dater de ce moment qu'elle est sujette à de fréquentes migraines.

Accouchée le 24 novembre dernier (1879), elle a nourri son enfant pendant deux mois, puis, celui-ci étant mort dans le courant de janvier, elle s'est placée comme nourrice. Mais, un mois plus tard, son lait tarissait, et en mars les règles revenaient normales comme par le passé. Enfin, au mois d'avril, à la suite d'un refroidissement et sans autre cause, nous a-t-elle dit, elle était prise de douleurs articulaires dans l'épaule droite et dans le genou gauche. Bientôt les premières disparaissaient complètement, et l'arthrite se localisa seulement dans le genou. C'est ainsi, du reste, que l'arthrite se comporte le plus ordinairement, débutant dans plusieurs articulations, y séjournant passagèrement avant de se localiser définitivement dans l'une d'entre elles.

Vers la même époque, elle souffrait un peu en urinant et présentait des phénomènes de ténesme vésical, mais d'une si courte durée, et sans vaginite concomitante ni écoulement leucorrhéique un peu abondant, que, si nous l'en croyons, nous ne trouverons là aucune preuve de blennorrhagie, car l'uréthrite spécifique chez la femme persiste ordinairement pendant un temps assez long.

C'est dans ces conditions qu'elle est entrée tout d'abord dans le service de M. Hallopeau qui lui a appliqué le traitement habituel des arthrites : trois vésicatoires successifs sur le genou, le salicylate de soude et l'iodure de potassium.

Néanmoins, la douleur persistant, quelques cautérisations ponctuées, superficielles, furent faites sur l'articulation; après quoi, devant une raideur déjà notable du genou, on chercha à imprimer à l'articulation des mouvements communiqués, mouvements auxquels on dut presque aussitôt renoncer par les douleurs qu'ils entraînaient. C'est alors qu'elle nous fut envoyée et qu'elle entra le 2 juin dans nos salles.

A son arrivée, nous trouvons une femme de bonne constitution, nullement scrofuleuse, mais présentant quelques caractères de lymphatisme et les muqueuses décolorées. Rien du côté des organes génitaux. La jambe est immobile dans l'extension complète, le genou malade est un peu plus volumineux que celui du côté opposé, mais il n'affecte pas la forme cylindrique que l'on donne dans les épanchements un peu considérables de l'articulation, et la main discerne encore assez bien les saillies et les dépressions naturelles, elle circonscrit facilement la rotule et les enfoncements latéraux. On ne sent aucune fluctuation, et, s'il existe un peu de liquide épanché, il n'est pas possible de le reconnaître. Tous mouvements spontanés ou communiqués sont absolument impossibles. La rotule est immobile et l'on ne peut pas la déplacer latéralement. D'où nous sommes porté à conclure à l'existence d'adhérences avec les cartilages du fémur.

De plus, si nous examinons la boule graisseuse qui est située derrière le ligament rotulien, nous la trouvons empâtée, un peu indurée même, comme dans presque toutes les arthrites. Ce signe n'est pas caractéristique d'une arthrite syphilitique, comme l'ont prétendu quelques auteurs, mais il appartient à toutes les inflammations articulaires. La température locale du genou malade est augmentée, il existe de la douleur, et nous constatons une atrophie de la cuisse qui porte surtout sur le triceps fémoral, comme il arrive presque toujours en pareils cas.

Nous trouvons, en outre, sur une autre partie du squelette, une seconde lésion. Sur la face antérieure du sternum, au niveau de l'articulation de la première pièce avec la seconde, il existe encore une saillie assez notable formée par une tumeur diffuse, peu douloureuse, mollasse, non fluctuante, sans rougeur ni œdème avoisinant, qui disparaît au bout de peu de jours sous l'influence des badigeonnages avec la teinture d'iode et l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Cette petite tumeur, je le dis tout de suite, est apparue de nouveau pendant quelques jours au mois d'août, pour céder bientôt aussi devant la teinture d'iode. Nous avions également là un peu d'arthrite sternale.

Comme traitement, et en raison des douleurs extrêmement vives que le moindre mouvement occasionnait, nous avons complètement immobilisé le membre dans un appareil plâtré, sous forme de gouttière, en faisant une légère compression sur le genou. En même temps, nous avons ordonné l'iodure de potassium à l'intérieur.

Cette malade est restée cinq mois dans le service, et, lorsqu'elle nous a quitté ces jours-ci, le genou, absolument indolore, était complètement ankylosé dans l'extension, forçant seulement cette femme à une claudication qui ne l'a pas empêchée de reprendre son métier de cuisinière.

C'est à l'occasion de cette malade que je voudrais entrer dans quelques considérations sur cette variété d'arthrite à laquelle je conserverai, comme étant sa dénomination la meilleure, le nom d'arthrite plastique ankylosante que lui a donnée M. Gosselin. Bonnet n'en a pas parlé; M. Ollier la signale brièvement comme une arthrite aiguë sèche, ou pseudo-membraneuse, c'est-à-dire sans épanchement ou avec une quantité extrêmement minime de liquide.

Beaucoup d'auteurs, ignorant sa pathogénie, l'ont confondue avec l'arthrite rhumatismale qui, cependant, a ses caractères propres que vous connaissez tous. La maladie avec laquelle elle présente le plus d'analogie par sa marche ankylosante rapide est l'arthrite blennorrhagique. C'est ainsi que, pendant mon passage à Lourcine, j'ai vu une arthrite coxo-fémorale consécutive à la blennorrhagie amener l'ankylose de la hanche dans l'espace de quelques semaines, malgré les tentatives que j'ai pu faire pour rétablir les mouvements de l'articulation, la malade étant préalablement chloroformisée.

Bien que l'arthrite plastique ankylosante, d'origine blennorrhagique ou non, me paraisse assez fréquente, je n'en connais encore que sept cas, dont quatre me sont personnels. Ce sont : une arthrite du coude observée à la Pitié, une première arthrite du genou dans cet hôpital, une de la hanche à Lourcine, et la quatrième, la malade dont je viens de vous décrire les symptômes. M. Gosselin en signale deux cas, M. Duret un, siégeant sur l'articulation du coude, qui, par la position vicieuse du membre ankylosé, a nécessité la résection, et par suite a permis d'étudier l'anatomie pathologique de cette affection.

Si l'on réunit les divers faits observés, on remarque que la maladie apparaît surtout chez les sujets jeunes: les sept malades dont je viens de parler avaient de vingt à trente ans, ce qui la distingue de l'arthrite chronique, qui ne commence guère que vers l'âge de quarante ans. Ici nous avons affaire à une affection subaiguë. Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de six contre un. Quant aux articulations atteintes, nous constatons le genou quatre fois, le coude deux et la hanche une.

La marche de l'arthrite plastique est rapide, franchement subaiguë, jamais chronique, bien qu'elle se termine presque constamment par ankylose. La résolution est des plus rares.

L'anatomie pathologique nous montre qu'il se passe dans l'articulation ce qui se passe dans les séreuses enflammées sans épanchement de liquide. Il se produit une sorte d'exsudat fibrineux dans la synoviale, qui s'infiltre peu à peu entre les cartilages diarthrodiaux, leur fait perdre leur poli, s'organise assez rapidement, unissant bientôt entre eux les cartilages par un tissu cellulo-fibreux fin qui immobilise l'articulation. Puis les cartilages s'atrophient peu à peu, disparaissent en partie, et le tissu fibreux de nouvelle formation soude entre elles les surfaces osseuses. Cette disparition du cartilage parfaitement constatée n'est encore ni bien connue ni étudiée suffisamment.

Le pronostic n'est pas grave pour l'existence, mais il est sérieux pour l'articulation. J'ai vu un malade dont l'arthrite, au début, passant inaperçue, n'avait été que tardivement soignée, de telle sorte que, lorsqu'il me fut adressé de la province à Paris, la jambe était déjà fléchie jusqu'à angle droit sur la cuisse, c'est-à-dire dans une position des plus incommodes pour une ankylose certaine. J'essayai, en deux séances, de ramener le membre dans une bonne position; malheureusement il était trop tard, et, malgré l'emploi des anesthésiques, je ne parvins qu'à diminuer en partie la difformité du membre, et le malade guérit avec une subluxation du tibia en arrière.

Le traitement est assez difficile et varie selon la période

de la maladie à laquelle on est appelé. Au début : 1° mettre, avant toute chose, le membre dans une bonne position et avoir recours, pour combattre l'inflammation, aux antiphlogistiques ; sangsues, ventouses et surtout larges cataplasmes sur l'articulation atteinte ; 2° médication interne par des dérivatifs sur le tube digestif, et par le salicylate de soude pour combattre le symptôme douleur.

Dans la seconde période, c'est-à-dire lorsque l'inflammation est tombée, la thérapeutique n'est pas bien nettement établie et l'expérience n'est pas encore suffisante pour décider ou non l'immobilisation du membre. Ne serait-il pas préférable d'essayer à imprimer quelques mouvements articulaires, si la douleur n'est pas trop vive ? Ceci est un point qui mérite encore d'être étudié.

En tout cas, on doit s'efforcer de favoriser la résorption des exsudats par les vésicatoires et la teinture d'iode sur l'articulation malade et par l'iodure de potassium à l'intérieur. Quant aux cautérisations ponctuées, je reste encore indécis sur leur utilité.

Enfin, lorsque l'ankylose est formée, faut-il anesthésier le malade et chercher à briser les adhérences ? Je ne le crois pas. Je ne pense pas que l'on puisse obtenir de bons résultats d'une opération brusque, instantanée, qui, si elle rompt les adhérences, ne peut pas rendre aux surfaces le poli nécessaire à leur glissement. Mais je considère comme utile et d'une sage pratique de recourir à un massage bien fait, cherchant à obtenir des mouvements progressifs, s'efforçant de relâcher peu à peu les adhérences cellulo-fibreuses derrière lesquelles on rencontre presque toujours quelques portions de cartilages intactes. J'insiste donc sur un massage bien fait comme on le pratique notamment à Aix-en-Savoie, auquel on ajoute des douches et des bains prolongés d'eaux chaudes naturelles pendant vingt à vingt-cinq minutes, comme à Bourbonne-les-Bains.

DE L'EXCISION DU CHANCRE SYPHILITIQUE (1)

Par M. le docteur Charles Mauriac,
Médecin de l'hôpital du Midi.

II

Maintenant, nous pouvons entrer dans le vif de la question et exposer les faits :

Premier cas. — *Excision d'un chancre syphilitique pratiquée quatre jours après son apparition. — Induration de la cicatrice. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Un jeune homme âgé de vingt et un ans, élève à l'école d'Alfort, vint me consulter, le 27 février 1880, pour une petite érosion située sur la muqueuse préputiale, un peu à droite du filet et très-près de lui. Quoiqu'elle ne datât que de quatre jours, sa lèvre était un peu indurée. Quand on la saisissait avec une pince, elle glissait comme une lame de cartilage. Ses dimensions n'excédaient pas celles d'une lentille.

Il n'existait point encore d'adénopathie inguinale.

Le dernier coït remontait au 13 février et l'avant-dernier au milieu de janvier. Le 20 février, le malade avait ressenti une cuisson vague et mal limitée sur les parties génitales. Le 23, il s'était aperçu de la lésion.

Elle était donc au quatrième jour quand je l'observai. Le diagnostic ne pouvait laisser aucune incertitude ; c'était bien un chancre syphilitique. Comme il était très-petit et se prêtait on ne peut mieux à l'excision, il fut enlevé d'un coup de ciseau, séance tenante, et avec lui une partie de la muqueuse saine qui l'entourait.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 janvier 1881.

Sans doute il était déjà un peu tard pour faire l'opération ; mais pourtant, comme les ganglions ne présentaient encore aucune trace d'hyperplasie, on pouvait, à bon droit, admettre que les conditions étaient favorables.

Malheureusement nos espérances furent déçues, car, lorsque le malade revint nous voir dans les premiers jours du mois de mars, la plaie, qui était à peu près cicatrisée, était sous-tendue par une plaque d'induration tout à fait semblable à celle d'un chancre infectant guéri.

Indubitablement l'intoxication était un fait accompli. Aussi, à la fin de mars ou au commencement d'avril, c'est-à-dire quarante jours environ après le début du chancre, les accidents de la syphilis généralisée firent leur apparition : roséole érythémateuse avec plaques muqueuses de la gorge, du prépuce et du gland qui se reproduisirent en juillet.

Quoique j'eusse la certitude que le chancre, au moment où je l'excisai, était bien syphilitique, je priai mon collègue et savant ami, M. Cornil, d'en faire l'examen histologique, et voici la note qu'il eut l'obligeance de me remettre : « Dans les coupes pratiquées sur une moitié du chancre, après le durcissement par l'alcool, on voit que les couches superficielles de l'épithélium se terminent au bord de l'ulcération et sont remplacées dans toute leur étendue par une couche de tissu de granulation. La couche papillaire se trouve infiltrée de cellules, infiltration qui existe aussi dans le derme, s'étendant dans les parties latérales, au-dessous des couches épithéliales des bords de l'ulcération. Cette couche épithéliale se continue de la partie normale de la muqueuse, sur le bord du chancre, et puis elle s'amincit lorsqu'on arrive à l'érosion. Les lésions du tissu conjonctif du derme, dans la base du chancre, sont une infiltration de cellules entre les fibres du tissu conjonctif. Les vaisseaux, examinés sur une coupe transversale, montrent un épaississement de leurs tuniques qui sont infiltrées de cellules. La lumière des vaisseaux est remplie par des globules blancs et des cellules endothéliales. Les espaces lymphatiques se montrent très-dilatés. »

Quoique l'anatomie pathologique du chancre infectant ne rentre point dans mon sujet, j'ai voulu donner cette excellente description histologique pour montrer qu'à son quatrième jour, la lésion, si petite qu'elle soit, présente, à peu de chose près, les mêmes particularités de structure que la sclérose initiale, vers sa période moyenne ou son déclin. Aussi, dans le cas où l'on aurait excisé une érosion dont les caractères cliniques seraient insuffisants pour déterminer sa nature, il me semble que l'analyse histologique pourrait être d'un grand secours.

Deuxième cas. — *Excision d'un chancre syphilitique pratiquée dix jours après son apparition. — Adénopathie. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Un malade, âgé de vingt-neuf ans, qui se présenta à ma consultation de l'hôpital du Midi, le 18 mai 1880, portait sur la muqueuse préputiale une toute petite érosion, d'un rouge vif, moins large qu'une lentille et à peine très-légèrement parcheminée. Pas d'adénopathie. Le diagnostic était incertain, et, bien qu'on soupçonnât un chancre syphilitique à l'état naissant, l'excision ne fut pas pratiquée ce jour-là.

Le malade ne revint qu'une semaine ou dix jours après. L'érosion s'était agrandie et avait alors la dimension d'une pièce de 20 centimes. Elle reposait sur une base cartilagineuse et présentait le type du chancre superficiel ou érosif. Les ganglions inguinaux étaient hyperplasiés. Le diagnostic maintenant n'était que trop certain. L'excision ne me paraissait point indiquée ; néanmoins, comme elle ne présentait aucun inconvénient, elle fut faite au dixième jour de la lésion.

Vers la fin de juin, le malade entra dans mon service pour se faire traiter des accidents consécutifs que l'opération n'avait point empêchés de se produire. Maux de tête nocturnes, inappétence, fièvre, douleurs sternales, roséole papulo-érythémateuse au début, telles étaient les manifestations qui existaient alors. Au-dessous de

la cicatrice de l'excision existait un empâtement diffus, sans induration circonscrite. Adénopathie polyganglionnaire énorme dans l'aine gauche, du même côté que le chancre.

En août, psoriasis palmaire, plaques muqueuses, etc., etc.

PHYSIOLOGIE

L'action vaso-dilatatrice du sympathique. Interprétation.

Par MM. Dastre et Morat.

M. Onimus a donné récemment de l'action vaso-dilatatrice exercée par le sympathique cervical une interprétation que nous devons repousser. Disons d'abord que M. Onimus reconnaît l'exactitude du fait. Les contestations sur sa réalité ont cessé; elles tenaient à des erreurs successivement répudiées par leurs auteurs. Il ne reste plus qu'une dernière restriction, faite par M. Bochefontaine dans la séance de la Société de biologie du 6 novembre 1880, à savoir que cette dilatation vasculaire immanquable serait *quelquefois* précédée d'une pâleur passagère.

Nous avons démontré (séance du 13 novembre 1880) que la dilatation était un phénomène d'activité et non de fatigue ou de réaction à une constriction initiale. Les preuves nous paraissent péremptoires. La pâleur de début, observée rarement par M. Bochefontaine, est une complication étrangère due à des causes faciles à pénétrer.

Claude Bernard voulait qu'après avoir réussi une expérience, l'expérimentateur essayât de tous les moyens pour la faire échouer. Il y a donc un art de manquer les expériences. Dans le cas actuel, cet art est difficile. Il est impossible d'exciter le cordon cervical du chien sans produire la dilatation que nous avons annoncée, à moins toutefois que le nerf n'ait perdu son excitabilité, auquel cas on ne l'exciterait point réellement, tout en paraissant le faire. Il faudrait donc choisir un animal épuisé ou trop fortement curarisé, c'est-à-dire se mettre délibérément dans les conditions où l'on sait d'après Claude Bernard, Heidenhain et Vulpian, que les nerfs vaso-dilatateurs perdent leur excitabilité et s'épuisent. Sauf cet artifice, qui est plutôt une sorte de fraude expérimentale, nous ne voyons pas que l'on puisse empêcher la congestion de se produire.

Mais, si l'on ne peut faire manquer cette dilatation très-nette, on peut essayer de la compliquer d'un autre effet, de la retarder, de la faire précéder d'une pâleur presque imperceptible. Le voisinage du nerf vague suggère un moyen d'obtenir ce résultat. On sait, en effet, que l'excitation du nerf vague et du dépresseur fera pâlir les muqueuses, en arrêtant le cœur ou le ralentissant, ou en déplaçant le sang de la tête vers l'intestin. On ne coupera donc pas les pneumo-gastriques; si l'on en coupe un, on laissera l'autre intact pour servir de voie au réflexe cardiaque; si on les coupe tous les deux, on laissera intacte la moelle, route du réflexe dépresseur. Ces actions étant plus rapides que l'action vaso-motrice sympathique, on peut déjà compter sur un phénomène initial de pâleur syncopale précédant la dilatation sympathique, lorsqu'on excitera le cordon commun. Mais, pour être mieux assuré, il faudra employer un courant très-faible, puisque l'on sait que le sympathique veut des courants forts, tandis que le vague, surtout pour les actions réflexes, réagit à des courants plus faibles. En accumulant ainsi les causes d'erreur, on arrivera à agir où il ne faut pas et à ne pas agir où il le faut. De là enfin le phénomène de pâleur initiale. On voit qu'il est plus facile à éviter qu'à obtenir. Nous pensons que M. Bochefontaine sera tombé fortuitement dans quelqu'une des mauvaises conditions que nous venons d'imaginer.

Il reste donc établi pour nous, et, nous l'espérons, pour tout expérimentateur, que le fait de la dilatation vasculaire directe et primitive de la région bucco-labiale par l'excitation du sympathique cervical, chez le chien, est un fait exact, constant, déterminé et facile à reproduire.

Nous avons traduit ce fait en disant qu'il y a des nerfs vaso-dilatateurs buccaux dans le cordon cervical. Est-ce là une interprétation? Et serait-il possible, comme on l'a imprimé dans quelques Revues, d'accepter le fait et d'en rejeter la formule? Une interprétation suppose, entre le fait et la manière de l'exprimer, des intermédiaires logiques. Ici, il n'y en a point. Appeler un nerf « vaso-dilatateur », c'est dire, suivant définition, qu'il provoque une dilatation vasculaire directe et primitive de la région qu'il innerve. C'est ce que fait ici le sympathique. Nous n'interprétons donc pas, nous ne faisons qu'exprimer le fait en disant que le cordon cervical contient des filets vaso-dilatateurs pour la région bucco-labiale.

Tel n'est point le cas de M. Onimus, qui, lui, interprète véritablement, et cela d'une manière inacceptable.

M. Onimus conteste en général l'existence des nerfs vaso-dilatateurs; il ne s'agit pas de ceux que nous signalons, il s'agit aussi bien de ceux que Claude Bernard, Vulpian et Heidenhain ont fait connaître. De concert avec Ch. Legros, M. Onimus a proposé autrefois une théorie de la dilatation vasculaire fondée sur l'existence de mouvements péristaltiques des vaisseaux. Il croit que l'excitation d'un même nerf vaso-moteur peut produire, soit la constriction, soit la dilatation du vaisseau correspondant, suivant l'intensité, la direction, la nature de l'excitant. De là la supposition d'une seule espèce de nerfs vasculaires, alternativement constricteurs ou dilatateurs suivant les circonstances.

Contrairement à cette opinion, Claude Bernard, en étudiant la circulation de la glande sous-maxillaire, et Vulpian, en étudiant celle de la langue, ont montré qu'il y avait pour chacun de ces organes deux ordres de nerfs anatomiquement très-distincts, à trajet très-différent : les constricteurs dans l'hypoglosse et le sympathique, les dilatateurs dans le lingual et la corde du tympan. Notre expérience montre que ces deux ordres de filets, au lieu de rester nécessairement écartés dans des tronc sdifférents et d'appartenir à des systèmes morphologiques différents (cérébro-spinal et sympathique) peuvent se trouver réunis dans les mêmes troncs, parce qu'ils appartiennent à un même système morphologique, le sympathique. Mais cela ne veut pas dire que ces filets vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs, ramenés par nous à l'unité morphologique, cesseraient, notre expérience dit le contraire, d'être distincts. La même excitation qui, portée sur le cordon cervical, fait pâlir la langue et rougir la lèvre au même moment distingue physiologiquement, pour ainsi dire, dans ce tronc complexe, les éléments qui y sont mélangés et révèle leurs activités spéciales, toujours constrictives, pour les filets qui se répandent à la langue, toujours dilatatrices pour ceux de la lèvre. Les filets cervicaux de la même région agissent toujours de la même manière sur elle, et non pas alternativement de manières opposées, comme le suppose la théorie de M. Onimus.

Non-seulement, comme cela a lieu pour le cordon cervical sympathique du chien, un même tronc peut contenir les dilatateurs d'une région et les constricteurs d'une autre, mais il existe certainement des troncs mixtes dans lesquels les deux ordres de nerfs vaso-moteurs, destinés à une même région, sont réunis et cheminent côte à côte. L'excitation d'un tel cordon donnera une résultante qui sera une constriction ou une dilatation suivant que prédominera l'influence des filets de l'une ou l'autre espèce; et, si les circonstances expérimentales peuvent déplacer l'influence prédominante, tantôt au profit de l'un des systèmes, tantôt au profit de l'autre, on conçoit que l'un pourra avoir à volonté une dilatation ou une constriction. Mais il serait déraisonnable de conclure, d'après le résultat brut de l'expérience, que les éléments composants d'un tel nerf possèdent tous et alternativement les deux ordres d'activités.

Ces explications permettent de comprendre de quelle généralisation est susceptible le fait découvert sur le chien. Nous ferons connaître les faits expérimentaux qui justifient cette généralisation et lui donnent sa signification.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Moiana (Emmanuel-Antoine) a, par un testament en date du 3 mars 1872, légué à la ville de Paris une somme de un million de francs pour être employée, moitié, soit 500,000 francs, à la construction d'un hôpital devant porter le nom du donateur et destiné de préférence aux pauvres femmes malades ou indigentes, et l'autre moitié en achat de rentes sur l'État afin de doter cet hôpital du revenu nécessaire pour son organisation et ses dépenses annuelles.

M. Moiana étant décédé au mois de décembre 1876, le Conseil municipal de Paris vient de décider l'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine qui contient actuellement 776 lits, et la construction en façade sur le boulevard Diderot d'un pavillon qui porterait le nom de Moiana, et constituerait un petit hôpital à peu près indépendant.

Cet hôpital comprendra un pavillon central pour les services y afférents et quatre salles de malades, deux à chaque étage, de 20 lits chacune, avec une capacité de 27 mètres cubes d'air par malade.

De plus les bains reconnus absolument insuffisants pour une population hospitalière aussi nombreuse vont être reconstruits et contiendront 62 baignoires au lieu de 14, chiffre actuel. On établira également un service hydrothérapique, des bains de vapeur et une salle de fumigations.

— M. Boyé, interne en médecine du service de M. le professeur Ball, à l'asile Sainte-Anne, a été frappé au front, vendredi dernier 21 janvier 1881, par un aliéné armé d'une paire de petits ciseaux. Les pointes se sont heureusement tordues contre l'os frontal, et ont produit seulement une petite plaie du cuir chevelu qui a saigné assez abondamment. La blessure n'aura aucune suite grave.

— M. E. Prieur, ancien directeur de la Maison municipale de de santé et de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Anne.

— M. Joannes Chatin, maître des conférences à la Faculté des sciences de Paris, est nommé officier d'académie.

— M. le docteur Pamard (d'Avignon) est nommé pour trois ans, à dater du 9 janvier 1881, membre du conseil départemental de l'instruction publique de Vaucluse.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10667.

N° 11. — JEUDI 27 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 27 JANVIER 1881. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

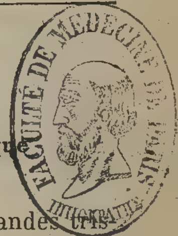
A propos du procès-verbal, M. Pasteur a développé, une fois de plus, sa théorie sur les deux grands genres de microbes qui peuvent avoir une action toxique : d'une part les *anaérobies,* tels que ceux de la septicémie, et, d'une autre part, les *aérobies,* parmi lesquels on peut ranger, à côté de ceux du charbon, ceux de la maladie nouvelle produite par la salive d'un enfant enragé. Ces microbes, qui se rattachent ainsi de quelque manière à la rage, mais qu'on ne retrouve point, paraît-il, dans le sang ni dans la salive de lapins vraiment enragés, M. Pasteur nous les a fait voir, sous la forme de points brillants, infiniment petits, mais en quantité innombrable, dans le sang d'un lapin inoculé la veille et mort dans la nuit. Ce sont donc là les germes d'une maladie expérimentale que, suivant les expressions de M. Pasteur, les cliniciens n'ont jamais observée en médecine humaine ni en vétérinaire.

Cette maladie diffère de la rage ordinaire par plus d'un point, et particulièrement parce qu'elle n'est pas inoculable aux cochons d'Inde, tandis que ces animaux figurent parmi ceux qui sont le plus susceptibles de contracter la rage par l'inoculation directe de la bave d'un chien enragé, ainsi que le démontrent les nombreuses expériences de M. Galtier, résumées plus loin.

A propos de la conservation des germes de charbon dans le sol qui a reçu les cadavres d'animaux morts de maladies charbonneuses, M. Pasteur avait reproché amèrement à M. Colin sa propension à contredire avant d'avoir fait des expériences personnelles. M. Colin, qui était déjà inscrit depuis plusieurs séances pour lire un mémoire sur ce sujet, a vu enfin arriver son tour et a fait connaître des expériences qui paraissent contradictoires à celles de M. Pasteur.

Signalons enfin une lecture de M. Kœberlé (de Strasbourg), candidat au titre de membre correspondant de l'Académie de médecine.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.



Leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale.

La vie m'a réservé, au milieu de mes joies, de grandes tristesses; et mes succès, mes progrès dans la carrière, se sont trouvés mêlés parfois à de grands chagrins. C'est ainsi que la mort de Laugier, pour qui j'avais une vive affection, m'éleva à la chaire de pathologie externe. C'est ainsi qu'aujourd'hui je deviens, dans cet hôpital, professeur de clinique chirurgicale par la mort de Broca, que j'aimais vivement; de Broca, que la postérité classera parmi les plus dignes et les plus méritants. Si, à la fin de sa vie, il se dévoua surtout à l'anthropologie, si cette science nouvelle vint le distraire un peu de la chirurgie, Broca n'en restera pas moins un grand pathologiste par les nombreuses années qu'il a consacrées à la chirurgie et surtout par deux œuvres capitales entre toutes : son *Traité des anévrysmes* et son *Traité des tumeurs;* œuvres déjà vieilles peut-être aujourd'hui, au point de vue de l'histologie, mais toujours jeunes, toujours actuelles au point de vue des doctrines; œuvres grandes enfin qui n'ont vieilli que dans les détails, comme une femme d'une beauté remarquable dont les années auraient effleuré le visage de quelques rides sans altérer en rien la pureté de ses traits.

Une revue historique de la chirurgie tout entière serait déplacée ici; aussi me bornerai-je à un coup d'œil rapide sur ce qui s'est fait en chirurgie depuis le jour où, pour la première fois, j'entrais dans un hôpital. C'était en 1846; j'étais bénévole depuis quarante-huit heures dans le service de Gerdy à la Charité, on venait d'amener une jeune fille ayant une tumeur blanche du coude pour être opérée par les cautérisations ignées. Aussi je n'oublierai jamais l'horreur effroyable que j'éprouvai en entendant les cris, les hurlements de la pauvre malade et voyant ses chairs bouillonner sous l'action du feu. Un peu plus tard, c'était chez Blandin et chez Roux où ces mêmes hurlements se produisaient à chaque opération au milieu de souffrances extrêmes. D'autre part, je voyais un jour, à ma grande stupéfaction, un vieillard continuer à fumer sa pipe tandis que le chirurgien lui amputait la cuisse. La chirurgie alors était barbare, et il fallait être réellement cuirassé pour assister à ces tortures.

Que les temps sont heureusement changés depuis lors, car, outre les souffrances du patient, nous avions encore les vastes suppurations, les accidents de toutes sortes, les appareils insuffisants, etc.!

Mais que s'est-il donc passé depuis une trentaine d'années? Quels grands agents modificateurs a-t-on découverts? Dans ces trente-quatre années, il s'est fait bien des choses; mais quatre faits surtout doivent être mis en relief, que mon ami et collègue de la Faculté, Duplay, exposait hier à l'ouverture de son cours.

Tout d'abord nous sommes devenus pendant l'opération elle-même des hémostatiques infiniment plus habiles, plus prévoyants et plus réservés que par le passé, comprenant toute l'importance d'une perte réelle de sang pour le blessé ou l'opéré. En effet, tant vaut la perte, tant vaut la gravité du pronostic; que le niveau du sang s'abaisse ou s'élève, le cas est grave ou bénin. Aussi pourrait-on dire que l'économie du sang, c'est la nutrition du blessé que nous conservons pour l'avenir.

Le second grand fait, c'est l'étude de la pathologie poursuivie à l'aide des moyens multiples de la science moderne qui a permis de mieux connaître l'ampleur et la largeur des processus pathologiques. Que voit un chirurgien dans un individu porteur d'une tumeur? l'origine, la date, le développement de celle-ci, ses rapports avec d'autres choses, enfin la diathèse et la constitution du malade. Les connaissances pathologiques à ce sujet ont fait des progrès immenses. De là des maladies, auxquelles on faisait autrefois des opérations hâtives, sont actuellement rangées parmi les affections diathésiques et ne sont plus du ressort de la chirurgie que par quelques points, leur volume et la gêne qu'elles font éprouver au malade, etc.

La découverte des agents anesthésiques et leur mise en pratique, voilà le troisième grand fait sur lequel je n'ai nul besoin d'insister.

Quant au quatrième, qui date de dix ans à peine, c'est la conviction faite depuis lors dans l'esprit des chirurgiens que les accidents redoutables qui survenaient à la suite de plaies sont des accidents de contagion, soit par l'air ambiant et ses microbes, soit par l'action nocive des macrobes représentés par le chirurgien, par les élèves, par les infirmiers, en un mot par tout le personnel des salles. Les malades étaient donc reconnus victimes d'une contagion quelconque; de là est venue la méthode antiseptique qui est un bienfait merveilleux dans la pratique chirurgicale. Les faits étaient tels avant cette heureuse découverte qu'il m'arriva en 1868 de déserter l'hôpital Saint-Louis, dont j'étais chirurgien, terrifié de voir que pas un seul de mes amputés ne survivait, et n'y comprenant rien.

Ainsi donc habileté hémostatique, meilleure connaissance des faits pathologiques, suppression de la douleur pendant l'opération et de l'ébranlement général qui s'ensuivait, enfin méthode antiseptique, dont le triomphe, surtout, c'est la conviction pathologique que toute plaie accessible au contage est susceptible d'accidents septiques : telles sont les quatre grandes sources de tous les progrès accomplis dans la chirurgie depuis une trentaine d'années.

Ces quatre grandes découvertes ont amené avec elles des progrès opératoires immenses; c'est ainsi qu'aujourd'hui des opérations de plusieurs heures de durée par un travail lent et patient sont devenues possibles, grâce au chloroforme et aux hémostatiques, tandis qu'autrefois le malade eût succombé à la douleur prolongée ou à l'hémorrhagie. L'homme, sous l'influence des anesthésiques, n'est plus en apparence qu'une sorte de polype qui respire, qui vit encore, mais qui ne souffre plus.

Autrefois les grands instruments paraissaient aller aussi profondément que possible; aujourd'hui ils ne reconnaissent pour ainsi dire d'autres limites que les seuls organes qui ne sauraient être touchés sans entraîner une mort certaine.

Enfin la chirurgie abdominale actuelle est la preuve des progrès thérapeutiques immenses qui ont été réalisés. C'est à eux que l'ovariotomie, cette opération d'origine américaine tentée pour la première fois en 1817, et bien supportée par la femme nègre, doit d'être entrée dans le domaine chirurgical, et doit à l'hémostase, aux antiseptiques et au chloroforme, de donner des résultats définitifs.

Autrefois on laissait vieillir les tumeurs avant de les opérer; aujourd'hui on les enlève jeunes, alors qu'elles portent encore à leur surface le voile de l'innocence. A un certain moment, on vit faire des amputations par le feu ou par la pâte de Canquoin, et les malades criblés d'énormes flèches caustiques qui allaient à l'aveugle déterminant des hémorrhagies que l'on combattait en versant dans la tumeur de pleines cuillers à punch de perchlorure de fer puisé à même un baquet ou une terrine. C'est à la même époque que Maisonneuve pratiquait la diasclasie, brisant les os et tordant le membre, le tordant encore, le tordant toujours, jusqu'à ce qu'il l'eût enfin rompu, et qu'il eût aminci ses attaches au point de n'avoir plus qu'un petit coup de ciseau à donner pour terminer l'amputation. Et toutes ces méthodes : feu, caustiques et diasclasie, pour éviter les accidents de septicémie devant lesquels on était comme affolé! D'autres préconisaient la cautérisation immédiate, d'autres encore lavaient le moignon avec le perchlorure de fer. Tout cela a disparu heureusement dès la découverte des antiseptiques à la confusion de ces méthodes barbares, et, nous servant aujourd'hui de simples instruments tranchants, dans l'espace de quelques jours nous voyons les plaies se fermer par réunion primitive. Les progrès ont donc été considérables, immenses, et je ne cite ici que les points principaux.

Si donc nous considérons cette période qui s'étend de 1815 à nos jours, nous voyons la chirurgie parcourir trois stades. Dès la fin du premier empire, les grandes guerres ayant cessé, l'Europe étant rentrée dans le repos, un travail considérable se fait, et les études anatomiques auxquelles on se livre avec ardeur produisent l'habileté opératoire d'ordre anatomo-topographique. De 1825 à 1835, la chirurgie devient essentiellement opératoire, résultat des études qui portèrent surtout sur l'anatomie topographique. Mais cette confiance même entraîna avec elle quelques inconvénients; l'opération était tout, pourvu qu'elle fût superbe; l'opéré ne comptait plus ; qu'il vécût ou qu'il mourût, l'élégance du manuel opératoire passait avant toutes choses. Cependant, un beau jour, on s'avisa de penser au patient et de se demander : « Et le malade, qu'est-il devenu? » C'est alors que la chirurgie devint critique d'abord, historique ensuite (1838 à 1850); longue période pendant laquelle on recueillit le plus de documents possible pour les passer au crible d'une saine critique : c'est l'époque des Malgaigne, des Syme (d'Édimbourg), etc., où chacun vint apporter les résultats de ses opérations; il ne s'agit plus alors de savoir si le bistouri avait été élégant dans sa manière de faire, mais bien de connaître les résultats acquis.

Ceux-ci, hélas! furent tristes et navrants, et le chirurgien, réfléchissant, devint plus réservé, et, comme l'a dit Ollier, lorsqu'il fut nommé chirurgien major des hôpitaux de Lyon, la chirurgie n'est ni timide ni craintive, mais elle est prudente et réservée. Telle fut la seconde période.

Quant à la troisième, c'est l'époque actuelle, que l'on pourrait appeler thérapeutique et curative, et qui profite des trois grandes acquisitions résultant des progrès obtenus : l'habileté opératoire par les connaissances anatomiques, les documents statistiques, enfin la puissance de la méthode antiseptique qui nous donne une sécurité d'action, tous faits qui nous conduiront encore, avec le temps, à de nouveaux progrès.

Autrefois on divisait les opérations en opérations de nécessité et en opérations de complaisance. Aujourd'hui nous avons les opérations d'urgence, c'est-à-dire sans lesquelles l'individu dont la vie est menacée va succomber fatalement, pour ainsi dire ; nous avons les opérations de nécessité, où le chirurgien déploie sa véritable valeur scientifique par la connaissance des lésions qui caractérisent la maladie de celui qu'il est appelé à soigner, par le diagnostic, la marche et le pronostic qui lui indiquent combien l'opération est indispensable. Enfin viennent les opérations utiles pour le présent, c'est-à-dire compatibles avec le rétablissement des fonctions, la restitution des formes extérieures et la conservation de la vie.

Après cet exposé historique d'une certaine période de la chirurgie, je vous dirais, si le temps me le permettait, comment je comprends l'enseignement clinique. Mais, l'heure pressant, je me bornerai à vous dire qu'il faut que cet enseignement soit aussi démonstratif que possible, reposant sur des objets, sur des réalités tangibles et visibles. Il faut que l'élève ne vienne pas seulement ici entendre ce que je pourrai dire, mais qu'il ait vu, avant la leçon, le malade dont je parlerai, qu'il ait assisté à l'interrogatoire du chirurgien, à ses recherches au lit du malade, l'entendant discuter les probabilités et les indications thérapeutiques. C'est encore à mes yeux la méthode ancienne qui me paraît la meilleure dans une clinique chirurgicale, la méthode que Corvisart inaugurait en 1804 ou 1805.

MÉDECINE LÉGALE

Étude critique sur la valeur des signes attribués à la pédérastie (1).

Par P. Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris,

Le remarquable travail de Tardieu (2) est actuellement le guide, à peu près unique, des médecins légistes chargés des enquêtes relatives à la pédérastie. Quelques parties de cette étude méritent de rester absolument intactes, mais la valeur que Tardieu attribue à certains signes nous paraît très-exagérée. Bien que ce soit avec regret que nous fassions aujourd'hui la critique de l'œuvre de notre ancien maître, nous croyons accomplir un devoir en signalant les erreurs d'un travail dont l'autorité et les qualités ellesmêmes pourraient abuser des médecins légistes peu expérimentés.

Tardieu a distingué les signes de la pédérastie active de ceux de la pédérastie passive. Suivant nous, la *pédérastie active* ne possède pas de signes caractéristiques, même quand les actes sont fréquemment répétés. Nous partageons absolument sur ce point les opinions de Casper (3) et de Hofmann (4). Tardieu professait, au contraire, que souvent les pédérastes actifs avaient une modification portant sur les dimensions de la forme du pénis. « Les dimensions du pénis (1) chez les individus qui se livrent activement à la sodomie sont, d'après Tardieu, ou très-grêles ou très-volumineuses ; la gracilité est la règle très-générale, la grosseur la très-rare exception ; mais, dans tous les cas, les dimensions sont excessives dans un sens ou dans l'autre.

« Quant à la forme, elle a quelque chose de beaucoup plus remarquable et de vraiment caractéristique, variant d'ailleurs d'après les dimensions du pénis. Dans le cas où il est petit et grêle, il va en s'amincissant considérablement depuis la base jusqu'à l'extrémité, qui est très-effilée, comme un doigt de gant, et rappelle tout à fait le *canum more*.

« Lorsque le pénis est très-volumineux, ce n'est plus la totalité de l'organe qui subit un amincissement graduel de la racine à l'extrémité ; c'est le gland, qui, étranglé à sa base, s'allonge quelquefois démesurément, de manière à donner l'idée du museau de certains animaux. De plus, la verge, dans sa longueur, est tordue sur elle-même, de telle sorte que le méat urinaire, au lieu de regarder directement en avant et en bas, se dirige obliquement à droite et à gauche. »

Nous avons observé avec le plus grand soin les inculpés qui avouaient, ceux qui niaient, mais contre lesquels s'élevaient des charges accablantes ; nous avons enfin examiné, au même point de vue, la forme de la verge de tous les malades qui ont passé dans nos salles d'hôpital, sans avoir rien constaté qui nous ait permis de confirmer les opinions de Tardieu. La forme, le volume du gland et de la verge varient infiniment plus que les traits du visage. Il n'y a de comparable à la diversité de l'appareil génital masculin que celle des organes génitaux externes de la femme.

Nous dirons cependant que l'on trouve assez souvent la verge des pédérastes petite et grêle ; mais cette déformation ne tient pas à des habitudes de pédérastie, elle reconnaît une tout autre cause ; nous l'indiquerons plus loin, et en tout cas elle n'est pas exclusivement dévolue aux pédérastes actifs.

La *pédérastie passive* mérite de nous arrêter davantage. Le signe le plus connu est celui que l'on désigne sous le nom de *déformation infundibuliforme de l'anus*. Sa valeur est très-réelle, mais seulement dans certaines conditions que nous voudrions déterminer avec précision. Un premier fait à signaler, car son importance est capitale, c'est que l'infundibulum peut être prononcé après un seul acte de pédérastie.

Lorsqu'un attentat unique, récent, a été commis, par exemple sur un jeune garçon, l'anus est tiré en haut et les fesses forment un cornet à sommet anal. On ne peut dire qu'il y a eu déformation par refoulement habituel des parties molles repoussées par la verge ; l'attentat a été unique, et une pareille déformation ne saurait résulter d'un refoulement explicable par un seul acte même violent, brutal. Quelle est donc sa cause? Un examen attentif permet de la déterminer. Après un acte violent, la marge de l'anus est rouge, les bords de l'anus sont excoriés. Il y a de petites fissures multiples superficielles. La victime souffre en allant à la garde-robe, souvent on voit un peu de sang sur les matières fécales. Si l'on cherche à introduire le doigt dans l'anus, le sphincter entre en contracture et serre énergiquement le doigt. En pressant lentement, quelquefois deux ou trois minutes, on parvient à vaincre ce spasme. Si, après avoir dépassé la limite du sphincter, on replie le doigt pour palper la prostate, on sent une sorte de plan résistant tendu obliquement qui s'oppose à ce palper. Or ce plan ne peut être formé que par le releveur de l'anus. Il y a donc, outre la contracture du sphincter, une contracture du releveur de l'anus. C'est ce muscle qui tient relevé l'anus, qui l'entraîne vers le petit bassin et qui détermine par sa contraction la formation de cet infundibulum. Remarquons qu'il en est ainsi, non pas seulement quand l'anus a été contus par un acte violent, mais lorsqu'il y a, soit une fissure simple, soit des hémorrhoïdes enflammées ou douloureuses. M. Verneuil, qui traite les hémorrhoïdes par la dilatation du

(1) Communication à la Société de médecine légale de France. (*Ann. d'hyg. publ.*)

(2) A. Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 7e éd. Paris, 1878.

(3) Casper, *Traité pratique de médecine légale*, traduction Germer Baillière. Paris, 1862, p. 122.

(4) Hofmann, *Nouveaux Éléments de médecine légale*, traduction E. Lévy. Paris, 1880, p. 104.

(1) *Loc. cit.*, p. 236.

sphincter de l'anus, a fait la même remarque (1). La douleur a pour conséquence le retrait de l'anus; avec les doigts on parvient difficilement à franchir les limites du sphincter, et, pour dilater l'anus, M. Verneuil a recours à l'emploi d'un spéculum qui pénètre profondément.

Ainsi une seule tentative violente, offensante pour la marge de l'anus, détermine une ascension de cet orifice et la formation d'un infundibulum. En est-il de même lorsque les actes ont été consentis, répétés, et par conséquent accomplis sans violence? Tantôt, même lorsque l'inculpé fait les aveux les plus complets, on ne trouve pas d'infundibulum, tantôt on en trouve un plus ou moins notable. La raison de ces différences me semble être double, elle se trouve d'abord dans l'état de la muqueuse rectale. Souvent, en effet, les pédérastes ont, ainsi que le remarque Hofmann, une blennorrhée, un catarrhe rectal chonique; chez ceux-ci la contracture du releveur peut survenir, mais ce n'est pas un phénomène constant. Parfois, en effet, même avec une blennorrhée rectale, la contracture ne se développe pas ou ne persiste pas.

Cette différence trouve-t-elle une explication raisonnable? Nous le pensons. On sait que la fissure douloureuse de l'anus, celle qui nécessite l'intervention chirurgicale, se rencontre surtout chez les jeunes sujets, chez les femmes; non pas que ces jeunes sujets et ces femmes soient seuls sujets à la fissure, mais chez eux seulement se développent, sous l'influence d'un système nerveux excitable, la contracture du sphincter et celle du releveur. Il en est de même pour les pédérastes. La forme en cornet de l'anus se rencontre dans les mêmes conditions, et la contracture qui la produit ne se développe que chez les individus nerveux, jeunes le plus souvent et excitables.

Le mode d'examen augmente chez ces individus nerveux le caractère infundibuliforme de l'anus. Lorsque la douleur, la honte ou la crainte de l'examen est vivement ressentie, le sujet examiné contracte les muscles fessiers en même temps que le releveur. Cette contraction seule crée ou exagère la disposition en infundibulum. Pour s'en assurer, que l'on fasse l'épreuve suivante : on explore plusieurs fois l'anus d'un jeune homme en ayant soin de ne toucher la région fessière qu'avec précaution; lorsque, après plusieurs examens, l'impression nerveuse n'existe plus, qu'on essaie de renouveler l'épreuve après avoir plongé les mains dans l'eau glacée et avec une certaine force. Aussitôt le grand fessier se contracte, son bord inférieur devient saillant, l'anus remonte, et lorsque, avec une certaine énergie, on sépare les fesses, on trouve un infundibulum momentané là où il n'en existait pas les jours précédents.

Plus tard une phase spéciale succède à celle de la contracture. Les muscles qu'un contact faisait entrer dans un état spasmodique se fatiguent; à une impressionnabilité excessive succède une atonie presque complète; l'anus se relâche; le sphincter n'est plus capable de retenir les matières fécales, qui viennent souiller la marge de l'anus; le releveur de l'anus ne soutient plus l'anus, et celui-ci retombe, faisant saillie presque au niveau des fesses. Cette sorte de paralysie survient, soit par le fait de la fatigue musculaire provoquée par une contention trop prolongée, soit par la cachexie dans laquelle tombent souvent ces hommes adonnés à la débauche.

Les autres signes attribués par A. Tardieu à la pédérastie trouvent, dans cet état de contracture du sphincter et du releveur de l'anus, une explication naturelle. La conservation ou la disparition des plis de la marge de l'anus dépend de l'état de tonicité du sphincter.

Depuis les satiriques latins, les pédérastes sont réputés avoir souvent des hémorrhoïdes, des rhagades, des marisques. Or les recherches anatomiques sur le trajet des veines hémorrhoïdales et sur leur traitement, poursuivies par M. Verneuil depuis plusieurs années, démontrent que ces veines traversent les fibres du sphincter à travers des anneaux musculeux; la contracture du sphincter a pour conséquence d'étrangler ces veines, d'amener leur dilatation hémorrhoïdale. Le traitement par la dilatation simple du sphincter, préconisé par M. Verneuil, prouve que la cessation de cet étranglemenl a pour effet de faire disparaître les hémorrhoïdes.

La contracture fréquente du sphincter anal produit les mêmes effets chez les pédérastes et explique la fréquence des hémorrhoïdes par suite de la pédérastie passive.

Cette façon d'interpréter les causes des déformations de la région anale chez les pédérastes permet de comprendre leurs diverses variétés. Les contractures du sphincter et du releveur ne sont pas toujours associées. Si le sphincter est seul contracturé, il n'y a pas d'infundibulum; si le releveur de l'anus l'est seul, l'orifice anal est dilaté, ouvert, béant quelquefois, en même temps qu'il est élevé. Nous ne saurions prévoir et indiquer tous les possibles.

Ces déformations ont donc une valeur, mais ne sont pas caractéristiques. Toutes les lésions douloureuses de la marge de l'anus peuvent les produire. Lorsque le médecin légiste constatera un infundibulum anal, un relâchement de l'anus, la disparition des plis anaux, il devra faire un diagnostic, reconnaître la cause de ces diverses modifications; mais il ne devra pas conclure sur simple constatation qu'elles sont le résultat de la pédérastie passive : d'autres causes peuvent les produire.

Il nous reste à dire quelques mots sur deux points spéciaux : la saillie des formes, et en particulier des fesses, chez les pédérastes passifs, et la gracilité fréquente de la verge chez les pédérastes actifs.

Il est un fait reconnu par tous les médecins légistes, c'est que les pédérastes passifs ont très-souvent une habitude féminine. En laissant de côté ce que la coiffure, les cosmétiques, l'art de la toilette peuvent ajouter à cet extérieur en le féminisant davantage, il est vrai que quelques-uns, mais quelques-uns seulement des pédérastes, ont cette habitude spéciale. Tardieu l'a parfaitement noté, il cite le fait suivant : « La métamorphose est parfois si complète (1) que l'on dit d'un jeune pédéraste, connu sous le nom de *fille à la mode :* Si M. Duval, le chef du bureau des mœurs, voyait le petit R... avec une robe au lieu d'un pantalon, il serait fort embarrassé. »

Mais cet habitus féminin précède les habitudes pédérastes, il n'en est pas la conséquence; et bien d'autres que ceux voués à la sodomie possèdent ces attributs. Lorain, dans ses leçons, décrivait avec complaisance un type de jeunes gens nés le plus souvent dans les grandes villes, auxquels des caractères spéciaux lui faisaient donner le nom de féminisme, infantilisme. Ce sont des adolescents, qui, vers l'âge de quinze ans, s'arrêtent dans leur développement; ils sont petits, ont des formes arrondies; les seins sont développés, souvent même ils ont à cet âge des inflammations des seins. Le bassin est large, les testicules et la verge sont petits. Quelquefois ils présentent un embonpoint précoce.

Leurs aptitudes génésiques sont non pas éteintes, mais assez peu déterminées; ils n'ont pas les ardeurs entreprenantes dévolues au mâle dans la série animale, et, s'ils sont débauchés, ils subissent plutôt qu'ils ne provoquent les actes génitaux auxquels ils participent. C'est dans cette classe que ceux qui exploitent les pédérastes choisissent leurs sujets, leurs *clercs*, c'est par eux qu'ils excitent les instincts pervertis de quelques sodomistes, précisément parce que ces atrophies ont quelques-unes des formes et des allures féminines.

Les organes internes de la génération participent d'ailleurs à cette atrophie. La prostate, la vessie, ont un volume notablement inférieur. Nous avons même pu, par la dissection, constater l'atrophie du muscle ischio-caverneux (2).

C'est dans cette catégorie d'adolescents restés infantiles par leurs organes génitaux que l'on trouve les signes décrits par Tar-

(1) Frédéric Monod, *De la dilatation forcée du sphincter de l'anus, considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes.* Th. de Paris, 1877.

(1) Tardieu, *loc. cit.*, p. 205.

(2) *Rapport* du docteur Brouardel sur un cas présenté par le docteur Cruveilhier (*Bull. Soc. anat.*, 1864, p. 507).

dieu, le développement des fesses et la gracilité de la verge.

On voit, par ce court exposé, que, si nous accordons aux caractères tracés par notre maître dans son étude sur les attentats aux mœurs une valeur incontestable, nous donnons de leur existence une interprétation différente. Suivant nous, pour le médecin légiste, il ne saurait plus être question de trouver dans ces différentes déformations des signes caractéristiques; tous peuvent naître isolément par d'autres causes que la pédérastie, et pour chacun d'eux il faudra à l'avenir établir son mode de production, sa pathogénie spéciale, en un mot faire un diagnostic pour chaque cas particulier, et ne pas admettre en médecine légale plus qu'en pathologie de prétendus signes caractéristiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le docteur Poncet (de Lyon) accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté); 2° une lettre de remerciements de la sœur Ursule, de l'hôpital Saint-Antoine, pour une médaille d'or qui lui a été décernée en récompense de ses nombreuses vaccinations; 3° une lettre de M. le docteur Kœberlé (de Strasbourg) sollicitant le titre de membre correspondant dans la deuxième division (chirurgie); 4° une lettre de M. le docteur Pozzi, secrétaire d'une commission nommée pour élever un monument à la mémoire de M. Paul Broca, demandant à l'Académie de vouloir bien s'associer à la souscription; 5° une lettre de M. le docteur Morand (de Pithiviers) accompagnant l'envoi de tubes contenant du cow-pox développé spontanément sur une vache.

PRÉSENTATION

M. Colin présente une note manuscrite de M. Leclerc, inspecteur principal de la boucherie à Lyon, sur la présence de la trichine dans cette ville.

LECTURE

M. Bouley lit, au nom de M. Galtier, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, une note relative à de nouvelles inoculations de la rage, qu'il a faites sur des animaux et particulièrement sur des lapins :

1° Dans une première série d'expériences, M. Galtier, ayant inoculé le produit des diverses glandes salivaires et buccales d'animaux enragés, n'a constaté l'existence du virus que dans les glandes linguales et les glandules de la muqueuse bucco-pharyngienne.

2° Dans une seconde, il a constaté que le contage de la rage canine peut se conserver un certain temps sur le cadavre. Après l'avoir mélangé d'eau, il l'a trouvé encore actif après un laps de temps de vingt-quatre à soixante-quinze heures; il a même obtenu un cas de rage chez un cochon d'Inde en inoculant de la bave recueillie depuis dix jours et conservée entre deux plaques de verre.

3° En cultivant (dans de la salive d'animaux sains) de la bave de chiens enragés, il a obtenu des éléments figurés sous forme de bâtonnets et de chapelets, et les cochons d'Inde inoculés avec les produits de cette culture sont morts dans un espace de temps qui a varié entre huit et vingt-deux jours. D'autres cochons d'Inde, inoculés avec la salive du premier, ont succombé du quatrième au septième jour.

4° En badigeonnant diverses muqueuses avec de la salive rabique, ou en la faisant avaler à des animaux sains, il croit avoir communiqué à ceux-ci une immunité au moins relative contre la rage.

5° Il résulte d'autres expériences que l'absorption se fait très-rapidement, car un animal inoculé à l'oreille n'en mourait pas moins quand on lui coupait cette oreille une demi-heure après l'inoculation.

6° La rage du chien est inoculable au lapin, au cochon d'Inde, au mouton, à la chèvre; mais les poules contractent très-difficilement cette maladie.

7° L'injection sous-cutanée de salive de chien enragé a déterminé quatre fois des accidents locaux et une septicémie qui a fait périr les animaux en quatre à huit jours.

8° L'injection du suc obtenu par l'expression de la matière cérébrale de chiens enragés, pratiquée à des moutons, a tué ces animaux en un jour; mais la maladie dont ils mouraient ne paraissait pas être la rage, car la salive de ces animaux n'a pas transmis la rage au lapin.

INCIDENT

A propos du procès-verbal, M. Pasteur dépose sur le bureau une note qu'il a lue hier à l'Académie des sciences sur la *maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage*, et il raconte des expériences nouvelles qu'il a faites pour démontrer la résistance du cochon d'Inde à l'inoculation de cette maladie, tandis que la septicémie les tue très-facilement. Six de ces petits animaux, inoculés à des époques diverses et se portant parfaitement, sont présentés dans une cage. Par contre, un lapin, inoculé hier, était déjà mort ce matin.

M. Pasteur revient également sur la discussion qui s'était ouverte entre lui et M. Colin au sujet de la septicémie et du charbon.

LECTURE

M. Armaingaud, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, lit un mémoire pour démontrer que le nitrate de pilocarpine, en injection hypodermique, peut amener la suppression de la transpiration fétide des pieds, par une sorte de révulsion, en produisant une salivation abondante.

COMMUNICATION

Résection de deux mètres d'intestin grêle suivie de guérison. — M. Kœberlé (de Strasbourg) après avoir décrit en détail cette opération qu'il a pratiquée sur une femme de vingt-deux ans atteinte de trois rétrécissements successifs de l'intestin grêle, conclut ainsi :

De l'observation précédente et des opérations analogues on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable, de deux mètres et même au-delà, sans troubler les fonctions digestives d'une manière appréciable.

2° Pratiquée dans des conditions convenables, la résection de l'intestin peut être considérée comme une opération parfaitement admissible.

3° La résection peut avoir lieu : 1° soit en opérant directement la suture des deux bouts de l'intestin et en faisant la réunion immédiate de la plaie abdominale; 2° soit en établissant un anus contre nature; 2° soit en faisant une suture incomplète de l'intestin combinée avec un anus artificiel. Le deuxième et le troisième procédé exposent à moins de dangers consécutifs.

4° La résection des rétrécissements fibreux, cicatriciels, qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

Au contraire, les résections appliquées aux obstructions cancéreuses ne permettent d'obtenir qu'un amendement temporaire plus ou moins précaire de l'état des malades par suite de la récidive de l'affection cancéreuse, de sa métastase et de la dégénérescence progressive des glandes lymphatiques.

5° En maintenant l'intestin fermé après l'opération, ainsi que j'ai procédé, l'opéré peut être maintenu à l'abri de l'écoulement des matières intestinales pendant plusieurs jours jusqu'à ce que les adhérences soient devenues suffisamment solides. D'autre part, le ventre ne se vide pas trop complètement après l'opération; cette circonstance préserve l'opéré d'accidents consécutifs, tels que l'in-

troduction de l'air ou de liquides septiques dans la cavité péritonéale.

En nourrissant l'opéré avec des aliments aussi peu liquides que possible, l'écoulement des matières alimentaires par l'orifice de l'intestin est réduit à son minimum et l'opéré s'affaiblit moins.

6° En introduisant les liquides directement par le gros intestin, en administrant la boisson par le rectum, l'eau est absorbée ainsi qu'à l'état normal et les opérés ne souffrent nullement de la soif, l'écoulement des liquides digestifs par l'intestin est moins considérable et donne moins d'ennui aux malades.

COMMUNICATION

M. COLIN (d'Alfort) communique un mémoire intitulé : *Nouvelles expériences sur la culture des bactéridies dans le sol.*

Voici le résumé de ce travail :

1° Soixante-quatre animaux ont mangé impunément, à quatre reprises, pendant l'été ou l'automne, la totalité de l'herbe qui avait poussé sur soixante cadavres charbonneux enfouis successivement de la fin de mars à la fin de juillet.

2° Quinze animaux ont consommé non moins impunément l'avoine et le fourrage arrosés par les eaux de lavage (troubles et sédimenteuses) de terre prise là et mêlée à une forte proportion de détritus de ces cadavres.

3° Sept animaux parqués pendant sept, dix, douze et quinze jours sur des cadavres charbonneux enfouis à une faible profondeur, ont pris leurs aliments sans cesse souillés par les poussières et la terre que l'on suppose chargée de matières virulentes. En outre, quatre autres animaux ont ingéré pendant trois semaines une sorte d'émulsion de terre prise au-dessus de vingt et un cadavres enfouis de la fin de mars au commencement de juillet.

4° Dix animaux ont reçu sur des plaies récentes très-étendues ou dans le tissu cellulaire sous-cutané les eaux provenant du lavage des terres prises sur plusieurs cadavres et associés aux débris de ces mêmes cadavres.

5° Enfin six animaux ont été soumis à des inoculations des produits de la culture des germes hypothétiques du sol dans le sang, la sérosité et l'urine.

Or aucun des quatre-vingt-dix-huit animaux employés en somme à ces cinq séries d'expériences n'a contracté le charbon même sous la forme locale de tumeur, d'œdème ou de pustule. Le seul dans ce nombre qui ait été malade et qui soit mort à la suite d'une injection sous-cutanée n'a présenté aucun des symptômes, aucun des signes du charbon. Son sang était dépourvu de bactéridies et de propriétés virulentes.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

22. M. Mercier. De l'expulsion spontanée des calculs de la vessie. — 23. M. Rouxeau. De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille. — 24. M. Letort. Contribution à l'étude de la résection du genou. — 25. M. Dufraise. De la métrite chronique parenchymateuse et de son traitement par les saignées locales. — 26. M. Cheyroux-Lagrèze. Des ulcérations gastro-intestinales consécutives aux oblitérations artérielles. — 27. M. Soularue. Traitement des fractures du corps du fémur par la compression ouatée. — 28. M. Decléty. Contribution à l'étiologie et au diagnostic de la cirrhose hypertrophique. — 29. M. Cadet. Étude physiologique des éléments figurés du sang et en particulier des hématoblastes. — 30. M. Forts. Contribution à l'étude clinique de la sciatique. — 31. M. Lamereux. Contribution à l'étude du traitement du tétanos *à frigore*. — M. Seglas. De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1880.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	11	13	3	27
2e	15	25	4	44
3e	22	35	5	62
4e	28	52	15	95
5e	22	34	13	69
6e	16	26	3	45
7e	13	16	5	34
8e	5	7	3	15
9e	20	28	5	53
10e	22	38	9	69
11e	66	82	31	179
12e	23	32	14	69
13e	23	40	13	76
14e	39	37	22	98
15e	39	56	22	117
16e	10	4	1	15
17e	38	62	14	114
18e	42	64	13	119
19e	26	23	17	66
20e	43	68	26	137
	523	742	238	1503

La moyenne des visites par nuit est de 16 17/50. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 15 47/50.

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites. 107
Croup 51
Coqueluche 6
Otite. 1
Ophthalmie 1
Corps étranger de l'œsophage. 2

B. — Asthme. 34
Affections du cœur 52
Bronchites aiguës et chroniques 90
Pleuro-pneumonie 68
Congestion pulmonaire. . . 16

C. — Affections et troubles gastro-intestinaux. 100
Choléra 1
Cholérine 9
Dysentérie. 3
Athrepsie. 3
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . 71
Hernie étranglée 15
Rétention d'urine. 18
Orchite. 4
Chute du rectum 1
Corps étranger du rectum. . 1
Fissure à l'anus. 1

D. — Métrite. Métro-péritonite 31
Métrorrhagie 39
Fausse couche 46
Accouchement. Délivrance. 120

E. — Affections cérébrales. Paralysies 82
Convulsions. Éclampsie. . . 77
Névralgie 52
Névroses 64
Épilepsie 28
Aliénation mentale 3
Alcoolisme, delirium tremens 12

F. — Rhumatisme 18
Affections éruptives. 25
Fièvre intermittente. 5
Fièvre typhoïde. 29
Hémorrhagies de causes internes et externes. 54

G. — Plaies, contusions . 73
Fractures, luxations, entorses. 30
Brûlures. 4
Empoisonnements. 12
Asphyxie par le charbon. . 1
Suicide 9

H. — Mort à l'arrivée du médecin. 34
Total. . . . 1503

Visites du quatrième trimestre de 1879. . . 1,468
Visites du quatrième trimestre de 1880 . . 1,503
Différence en plus. 35

Les hommes entrent dans la proportion de 35 p. 100;
Les femmes — — 49 —
Les enfants — — 16 —

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE 1880.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre	642	881	324	1847
2e trimestre	507	723	191	1421
3e trimestre	571	766	233	1570
4e trimestre	523	742	238	1503
	2243	3112	986	6341

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616 visites de nuit
1877, deuxième année	3312 —
1878, troisième année	3571 —
1879, quatrième année	5282 —
1880, cinquième année	6341 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 janvier 1881, sont nommés pour l'année 1881 : vice-président du conseil supérieur de l'instruction publique, M. Berthelot, membre du conseil; secrétaire : M. Albert Dumont, membre du conseil.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. P. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Nancy à l'âge de soixante-quinze ans.

Rappelons, parmi ses travaux les plus importants, la désarticulation de l'omoplate, l'isolement des veines pour la cure des varices, la dilatation de l'urèthre, la réduction des luxations, etc.

— Le mardi 22 février 1881, à midi précis, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. — Tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription, ouvert le samedi 22 janvier, sera clos le samedi 5 février, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Quénut, docteur en médecine, est délégué provisoirement dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Ozil, chargé des fonctions de bibliothécaire, est, en outre, délégué provisoirement dans les fonctions de conservateur du musée anatomique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Letiévant, professeur-adjoint de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer, du 1er décembre 1880 au 1er avril 1881, par M. Levrot, agrégé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Guibal, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées pendant l'année scolaire 1880-81.

— *Collège de France.* — M. Henneguy, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de la chaire d'embryogénie comparée en remplacement de M. Gerbe, admis à la retraite.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Yves Delage, préparateur à l'École des hautes études, est nommé préparateur du laboratoire de zoologie maritime de Roscoff, dépendant de la Faculté des sciences de Paris.

— *Faculté des sciences de Caen.* — La chaire de physique est déclarée vacante.

— *École de médecine d'Alger.* — Des concours s'ouvriront devant ladite école :

Le 3 novembre 1881, pour un emploi de suppléant : 1° pour la pathologie et la clinique interne et les maladies cutanées ; 2° pour la pharmacie et la matière médicale, et pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

Le 1er décembre 1881, pour un emploi de suppléant pour l'histoire naturelle, et pour un emploi de chef des travaux chimiques.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

— *École de médecine de Reims.* — M. le professeur Maldan est nommé directeur honoraire de ladite école.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Courchet, licencié ès sciences naturelles, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— La Société d'anthropologie a élu comme membres de la commission du prix Godart : MM. les docteurs Mathias-Duval et Pozzi, professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Paris; Bordier, professeur de l'École d'anthropologie ; Coudereau, membre du comité central, et Legany, trésorier de la Société.

— Le docteur Aug. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 30 janvier 1881, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Les microphytes du sang et leurs relations avec les maladies, par R. T. Lewis. 1 vol. in-16 jésus, avec 30 figures dans le texte. — Prix 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10681.

N° 12. — SAMEDI 29 JANVIER 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 29 JANVIER 1881. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Abcès des parois thoraciques procédant d'une ancienne pleurésie.

Depuis l'époque où Gerdy, il y a une trentaine d'années, appelait l'attention des médecins et des chirurgiens sur la fréquence des abcès de circonvoisinage des cavités viscérales, si peu remarquées jusqu'alors qu'il fut un des premiers à les décrire, on a beaucoup discuté sans être arrivé encore à une solution conforme à tous les faits sur l'origine et le mode de formation de ces abcès. C'est surtout à propos des abcès des parois thoraciques que subsistent les obscurités et les dissidences qui en résultent. C'était l'opinion dominante que ces abcès avaient, sinon toujours, du moins le plus souvent, leur origine dans une lésion primitive des côtes, ostéite, carie ou nécrose, lorsque, en 1865, M. le docteur Leplat, dans un très-bon mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, exposant les résultats des nombreuses recherches qu'il avait faites sur ce sujet au Val-de-Grâce, arriva à formuler ces conclusions, savoir : que les abcès chauds ou froids de la poitrine procèdent souvent de pleurésies récentes ou anciennes, les inflammations de la plèvre, au lieu de se limiter sur le tissu primitivement envahi, ayant des retentissements morbides sur les tissus environnants, et que la carie et la nécrose des côtes, invoquées comme origine de ces abcès pariétaux, leur sont, au contraire, consécutives.

Bien qu'on ait contesté cette conclusion du mémoire de M. Leplat, en tant du moins que trop générale, et qu'on ait cherché depuis à substituer à cette étiologie par extension de la phlegmasie pleurale celle de la périostite par traumatisme, soutenue par MM. Gaujot et Dauvet (du Val-de-Grâce) et par M. Duplay, il y a lieu de revenir aujourd'hui à l'idée émise dans le mémoire précité.

En lisant avec attention les observations produites par les différents auteurs que nous venons de nommer, et en les rapprochant de celles de M. Leplat, on est conduit à faire un départ entre elles, départ qui justifie l'une et l'autre théorie. Il y a place pour les deux. On ne voit pas, en effet, en quoi les faits invoqués par MM. Gaujot et Dauvet, où l'on voit plus ou moins manifestement la cause traumatique agir pour contusionner les tissus, et le travail phlegmasique qui en résulte se propager du dehors au dedans, infirmeraient ceux dans lesquels M. Leplat a pu saisir, en quelque sorte sur place, un processus inverse. Il y a donc des abcès thoraciques qui procèdent du dedans au dehors, comme il y en a qui procèdent du dehors au dedans. Il s'agit seulement de savoir les distinguer, soit par l'étude de leur marche, soit par la connaissance de leur début et les circonstances qui ont pu les précéder ou les déterminer.

Voici un fait qui vient se ranger dans la catégorie de ceux qui ont été le sujet de l'étude de M. Leplat, c'est-à-dire dans la catégorie des abcès d'origine pleurétique. C'est M. Maurice Raynaud qui nous l'a signalé dans l'une de ses dernières conférences cliniques.

Il s'agit d'un malade couché au n° 4 de la salle des hommes du service de M. Maurice Raynaud à l'hôpital de la Charité. C'est un homme de quarante-six ans, d'un aspect cachectique, qui dépérit visiblement depuis quelque temps. Il présente sur la région sternale une tuméfaction fluctuante du volume d'un œuf de poule environ, avec quelques petits orifices fistuleux.

Cet homme est malade depuis deux ans. Jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans, il avait été toujours bien portant. C'est en janvier 1879, qu'ayant été pris par un courant d'air pendant qu'il travaillait dans une pièce très-fortement chauffée, il fut pris d'un violent point de côté à droite. On reconnut une pleurésie qui fut combattue par les vésicatoires. Au mois de juillet suivant, il alla à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où on lui prescrivit un nouveau vésicatoire. Depuis cette époque, il n'a pas cessé d'être souffrant ; il a commencé à maigrir et à avoir de la diarrhée, alternant avec de la constipation. Enfin, il y a dix-huit mois, il est survenu sur le côté droit de la poitrine une tumeur volumineuse fluctuante, dont l'ouverture a donné issue à trois quarts de litre de pus bien lié, sans odeur. L'ouverture est restée fistuleuse pendant quelque temps, puis elle s'est fermée ; mais il s'est formé trois fistules depuis.

Voici l'état actuel de cet homme : Il est maigre et présente la pâleur cachectique de la pleurésie chronique. Le thorax surtout est très-amaigri, les côtes sont saillantes, il y a eu aplatissement très-marqué du côté droit. La tumeur a actuellement le volume d'une petite orange ; à côté, il y en a une seconde plus petite, qui en est séparée par un sillon. Il sort du pus par les orifices fistuleux.

A l'examen de la poitrine, on constate à droite une dépression sous la clavicule, de la submatité dans la même région, une matité plus complète sur le côté. En arrière, la matité occupe toute la moitié inférieure de la poitrine. Partout il y a diminution du murmure vésiculaire et absence de vibration thoracique. Il y a une expectoration muqueuse, non purulente, aérée, abondante. L'appétit est conservé, mais médiocrement. Pas de fièvre vespérale. On constate enfin la présence de l'albumine dans les urines, il y a probablement un peu de dégénérescence amyloïde des reins.

En introduisant un stylet dans l'une des fistules, on reconnaît manifestement une lésion de la côte (troisième) qui est dénudée et rugueuse.

Il était important de chercher à s'assurer si cet abcès communiquait ou non avec la cavité thoracique. En provoquant une profonde inspiration, on voit la tumeur rentrer en partie, tandis que sa saillie augmente, au contraire, pendant l'expiration. Il y a donc communication évidente avec la cavité thoracique. D'autre part, il y a une pleurésie ancienne.

A raison du traitement à instituer, M. Maurice Raynaud a fait une ponction exploratrice à l'aide de l'appareil Potain. Il n'est sorti qu'un peu de sang. Il ne devait donc y avoir dans la plèvre que des fausses membranes.

Ce malade était-il tuberculeux ou scrofuleux ?

Rien dans les antécédents de sa famille et dans ses propres antécédents, rien non plus dans son état actuel, n'est de nature à faire admettre l'existence de l'une ou de l'autre de ces deux diathèses. Il n'a non plus, ni dans son état actuel, ni dans ses antécédents, rien qui autorise à mettre en cause une influence syphilitique. Ces trois éléments pathogéniques auxquels on a souvent, avec raison, fait remonter l'origine d'abcès de ce genre, étant éliminés dans ce cas particulier, on ne se trouve plus en présence, comme antécédent morbide, que de la pleurésie. Le rapport de l'abcès avec la pleurésie ne paraît pas ici contestable.

Un point délicat, toutefois, restait à résoudre. On a vu que l'exploration du fond de l'abcès avec un stylet avait fait constater l'existence d'une carie costale. Est-on fondé à attribuer cette carie à la présence du pus dans le foyer et à son contact prolongé avec la côte ? M. Maurice Raynaud n'hésite pas, pour son compte, à admettre que la carie est ici consécutive, qu'elle est l'effet et non la cause de l'abcès. Il s'est passé ici ce qui se passe dans les panaris où l'on voit survenir une carie de la phalange qui a longtemps baigné dans le pus.

La folie à deux.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié l'étude intéressante de MM. Lasègue et Falret sur la folie à deux ou folie en partie double, dont nous les avons entretenus dans notre Revue du 11 décembre 1877, ainsi que les faits analogues signalés par notre collaborateur et ami M. Legrand du Saulle.

Ayant eu l'occasion d'observer quelques faits de ce genre à l'asile Sainte-Anne, M. le docteur Régis, qui vient d'être tout récemment nommé chef de clinique de pathologie mentale à cet asile, a été conduit, par une étude nouvelle et attentive de la question, à distinguer dans ces faits deux variétés pathologiques distinctes, qui se sépareraient l'une de l'autre par des caractères essentiels. La première variété comprendrait les faits observés par MM. Lasègue et Falret, dans lesquels, des deux individus qui déraisonnent ensemble, l'un, primitivement aliéné, est actif, et communique son délire au second, qui reste en deçà de l'aliénation proprement dite, et qui est susceptible de guérir du moment où il est soustrait à l'influence dominatrice du premier. Une deuxième variété est constituée par les cas, plus complexes et plus rares, où les deux sujets sont réellement fous tous deux, délirant simultanément du même délire, devenus fous l'un et l'autre par suite des mêmes prédispositions morbides, d'un contact constant et de mêmes influences occasionnelles.

La première observation recueillie par M. Régis est l'histoire d'un mari et de sa femme, tous deux prédisposés héréditairement, vivant en commun et complètement isolés du monde. Un revers de fortune est suivi peu de temps après de l'invasion du délire de persécution, survenant simultanément chez les deux époux, consistant dans les mêmes conceptions délirantes, suivant chez chacun d'eux les mêmes gradations, se généralisant et s'adjoignant petit à petit des idées orgueilleuses. Le mari est séquestré. Bien que séparés l'un de l'autre, le délire n'en persiste pas moins au même degré chez les deux.

Dans une deuxième observation, il s'agit de deux frères, fils d'un père alcoolique, d'une égale insuffisance intellectuelle et morale, d'une même excitabilité d'humeur, d'un même penchant pour l'alcool. Les deux frères vivent d'abord séparés. Le jeune, lors de la mort de sa mère, est pris d'un délire religieux pour lequel il est traité à Bicêtre pendant trois ou quatre mois. Les deux frères s'associent pour exercer le métier de colporteur. Il y a entre eux une grande intimité, une fusion complète. Au bout de six ans, des pertes d'argent ayant amené la misère, ils sont pris simultament d'un délire de persécution accompagné d'hallucinations de l'ouïe. Ils entrent tous deux à Sainte-Anne le même jour. On les sépare. L'aîné meurt aliéné après un an de traitement. Le jeune guérit au bout de neuf mois, mais il est encore sous l'influence d'une rechute.

Troisième fait : Deux sœurs, petites-filles d'une aliénée, toutes deux peu intelligentes et mal conformées, l'aînée épileptique, la jeune hystérique, vivant toujours ensemble dans une grande intimité, ayant spontanément les mêmes pensées, les mêmes sentiments, sans domination aucune de l'une sur l'autre, venant à manquer d'ouvrage, sont prises simultanément d'idées de persécution. Le délire s'accroît rapidement et se complique d'hallucinations. Elles restent quatre ans ainsi, délirant ensemble. Au bout de quatre ans, la jeune, après des accidents hystériques multiples, est en proie à une violente excitation, qui amène sa séquestration dans un asile. L'aînée, séparée de sa sœur, reste six ans encore dans le même état de persécutée. Au bout de six ans, la mère meurt; deux jours après elle entre à son tour dans une violente excitation, qui l'a fait conduire dans le même asile que sa sœur. Dans l'asile, elles continuent à avoir le même délire chronique et systématique et les mêmes crises d'excitation de temps en temps.

Quatrième fait : Le mari et la femme, tous deux héréditaires, inintelligents et sans instruction, après des embarras d'affaires et un procès terminé à leur désavantage, sont pris simultanément du délire de persécution, qui persiste chez les deux époux avec une analogie complète.

Enfin, dans une cinquième observation, deux sœurs, filles d'aliénée, ayant toujours habité ensemble dans la plus grande intimité, dans le plus grand isolement, sans aucune

domination de l'une sur l'autre, sont également frappées simultanément d'un même délire de persécution s'accompagnant d'hallucinations multiples. Les deux sœurs séparées continuent à délirer sans amélioration sensible. Leur délire passe à l'état chronique.

Les conclusions que M. le docteur Régis tire de ces observations, rapprochées de celles qui ont fait le sujet des études de MM. Lasègue et Falret et de M. Legrand du Saulle, se résument dans l'énoncé des caractères distinctifs suivants entre les deux catégories distinctes de faits auxquels elles se rapportent.

Dans le premier ordre de faits où un seul des sujets est aliéné, il y a communication des idées délirantes d'un sujet à l'autre. Ces cas se résument ainsi :

Un individu jouit normalement sur un autre individu d'une autorité intellectuelle et morale incontestable.

Ces deux individus vivent en contact plus ou moins intime.

L'organe actif, devenu aliéné, communique une partie de son délire à l'organe passif.

Entre les deux existe toujours une ligne de démarcation infranchissable. L'un est fou au sens social et légal du mot, l'autre ne l'est pas.

L'organe passif ne tarde pas à se débarrasser de ses idées fausses dès qu'il se trouve soustrait à l'influence de celui qui les lui avait communiquées.

Dans le deuxième ordre, il n'y a point communication, il y a simultanéité du délire chez les deux sujets. Ces cas se résument ainsi :

Deux individus sont héréditaires, c'est-à-dire prédisposés à la folie.

Ils vivent en contact intime et perpétuel.

Des influences occasionnelles surviennent, qui, agissant à la fois, au même moment et de la même façon sur ces deux individus, les rendent fous simultanément.

Ils sont ordinairement atteints au même degré. Ils ont exactement le même délire, les mêmes hallucinations, le même langage pathologique.

La séparation n'a généralement aucune influence heureuse sur leur état mental.

Ces derniers constituent seuls la vraie folie à deux, qui peut, en conséquence, être définie ainsi :

Une folie partielle, ordinairement de persécution, survenant simultanément chez deux individus prédisposés, et cela en vertu : 1° de cette prédisposition morbide ; 2° du contact intime et perpétuel dans lequel ils vivent ; 3° d'influences occasionnelles qui agissent à la fois sur eux et jouent, à l'égard de la production de leur délire, le rôle de causes déterminantes.

Les surprises du praticien dans les affections abdominales.

Nous avons plus d'une fois, sous les titres de Surprises de la clinique ou de Surprises de l'amphithéâtre, signalé des méprises ou des erreurs de diagnostic à peu près inévitables. Ce n'était pas assurément pour nous donner la maligne satisfaction de prendre les maîtres en défaut, mais pour l'enseignement réel qui en résulte. Nous allons emprunter quelques exemples très-curieux et très-instructifs de ces Surprises de la clinique aux *Fragments de clinique médicale* que notre savant confrère et collaborateur, M. le professeur Augustin Fabre (de Marseille) vient tout récemment de publier (1).

La première série de surprises, qui va faire le sujet de cet article, est relative aux affections abdominales.

Dans le premier fait rapporté par M. Fabre, il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans dont la maladie remontait à quatre ans environ lors de son entrée à l'hôpital ; à cette époque, il avait eu des douleurs en ceinture, de la tympanite, de la constipation, des vomissements sans hématémèse. Il y a dix-sept mois, il entra dans le service pour ces mêmes accidents, qui avaient augmenté d'intensité et s'accompagnaient de crises, de douleurs violentes. On diagnostiqua un ulcère simple de l'estomac, et le malade fut mis à l'usage du lait et des opiacés. Au bout de quarante jours, une amélioration très-grande s'était produite et le malade sortait. Cette amélioration persista pendant quelque temps ; mais, pendant les grandes chaleurs de l'été suivant, les accidents recommencèrent pour ne plus cesser. A son entrée en janvier dernier, on le retrouve sans appétit, ayant des flatulences après le repas, des douleurs en ceinture, des hématémèses répétées, de l'œdème aux jambes, enfin quelquefois du melæna. Sous l'influence de la chlorodyne, les douleurs furent modérées, les vomissements et la diarrhée suspendus ; mais des accidents d'un autre genre ne tardèrent pas à se déclarer. On constata des râles disséminés dans la poitrine, puis du souffle à la base du poumon droit et des râles sous-crépitants à la base du poumon gauche. C'est à la pneumonie secondaire révélée par ces signes que le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva sur la petite courbure de l'estomac une ulcération très-nettement arrondie, à bords taillés à pic, couverte d'une membrane cicatricielle à laquelle adhérait un amas dur dont il n'était pas possible d'abord de reconnaître la nature. L'examen microscopique démontra qu'une membrane fibreuse formait le fond de l'ulcère et permettait de distinguer au-dessous d'elle des débris du pancréas qui était venu s'accoler à l'ulcère et empêcher la perforation. C'est donc grâce à cette disposition insolite que l'état de cet homme s'était amendé et qu'il aurait probablement échappé à la mort sans l'intercurrence de la pneumonie qui est venue l'enlever.

Dans le fait suivant, c'est encore le pancréas qui est en cause, mais cette fois pour exercer une influence pernicieuse, tout aussi cachée que l'avait été, dans le cas précédent, son intervention salutaire.

Un homme de trente-huit ans, cocher, fait remonter aux suites d'un coup de pied de cheval dans le ventre l'origine des accidents qui l'ont amené à l'hôpital. Au premier examen on trouve dans l'abdomen une collection liquide avec fluctuation et matité, occupant les environs de l'ombilic. Le foie est petit. Il y a un amaigrissement prononcé, une constipation opiniâtre, des vomissements fétides. On diagnostique une péritonite avec épanchement enkysté, et on pratique avec le trocart explorateur une ponction qui donne issue à un litre et demi de liquide séreux. L'amélioration obtenue ne dure que quelques jours, les vomissements reparaissent accompagnés de diarrhée, l'émaciation ou la faiblesse augmentent, le ventre se tuméfie, le malade succombe.

A l'autopsie, on trouve un épanchement ascitique avec membranes sur les intestins et une dégénérescence squir-

(1) 1 vol. in-8°. Paris, 1881, chez Ad. Delahaye et Lecrosnier.

rheuse du pancréas. L'arrière-cavité des épiploons est transformée par des fausses membranes en une poche à parois épaisses contenant un liquide clair. C'est cette collection, résultat probable d'une péritonite chronique péricancéreuse, qui avait été diagnostiquée pendant la vie, et c'est elle qui avait empêché de percevoir par la palpation l'induration squirrheuse du pancréas.

A la suite de ces deux faits se place l'exemple d'un cancer latent des organes abdominaux. Un homme de cinquante-cinq ans arrive à l'hôpital éprouvant depuis deux mois de l'inappétence et des vomissements, mais on ne constate à son entrée aucun signe rationnel ni physique d'une affection abdominale. C'est du thorax qu'il se plaint; il a des accès de dyspnée avec râles dans les deux poumons; aux râles sonores succèdent les sons crépitants fins et le souffle, puis fièvre et crachats visqueux; enfin, après quelques oscillations dans ces phénomènes thoraciques, mais sans avoir présenté le moindre phénomène abdominal, le malade meurt.

A l'autopsie, on constate un vaste emphysème pulmonaire et une splénisation à la base du poumon droit; mais on trouve aussi de gros noyaux cancéreux disséminés dans l'estomac sans lésion du pylore, de nombreux noyaux cancéreux répandus dans l'intérieur du foie, des productions cancéreuses envahissant le mésentère et enserrant le duodénum.

Nulle part les masses cancéreuses n'étaient assez considérables pour qu'on pût les constater à la palpation.

Enfin, dans un quatrième cas, un homme qui avait des antécédents de saturnisme toussait depuis quelque temps et présentait des stries sanguines dans les crachats. Il était profondément amaigri; il avait une diarrhée séreuse et des vomissements, et souffrait de douleurs violentes dans l'abdomen.

Sans cause connue, la diarrhée s'arrête, les vomissements redoublent, le ventre se tuméfie, les anses intestinales distendues se dessinent sous la peau; bref, tous les symptômes d'un étranglement intestinal se manifestent, et au bout de quelques jours le malade succombe.

L'autopsie révèle une congestion intense et généralisée des poumons, sans tubercules. Dans l'abdomen on trouve, indépendamment d'une distension extrême des intestins, au niveau du point où le colon ascendant devient transverse, une diminution notable du calibre de cet intestin, accolé en ce point au foie où l'on trouvait, en outre, une masse dure, squirrheuse, de la grosseur d'une orange, qui remplaçait les tuniques de l'intestin détruites dans ce point.

Comment, fait remarquer M. Fabre, aurait-on pu diagnostiquer de pareilles lésions !

Ce sont là autant d'exemples qui montrent comment le médecin se trouve quelquefois dans l'impossibilité de reconnaître la nature, le siège, l'existence même de certaines lésions abdominales, et combien il est difficile de se prémunir à la fois contre les surprises de ce genre, aussi bien dans le pronostic que dans le diagnostic.

Toutefois ces faits, loin de décourager le clinicien, ne doivent que le stimuler d'autant plus à s'aider, dans l'exploration si difficile des viscères à travers les parois abdominales, par la considération de l'état général qui peut mettre sur la voie d'une cachexie dont la lésion causale est à chercher, et de l'examen du sang et des urines des malades, qui peut souvent mettre sur sa trace.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Du pemphigus (1).

II

La nature de la maladie indique par elle-même le seul traitement qui lui soit applicable, c'est-à-dire qu'en tant que fièvre éruptive elle doit suivre son cours naturel, sans l'intervention d'aucune thérapeutique active. La médication consistera donc seulement en tisanes rafraîchissantes additionnées de sel de nitre, en bicarbonate de soude à la dose de 2 grammes dissous dans un peu d'eau et pris quelques instants avant les repas. Mais ce que je recommanderai surtout, c'est de s'abstenir de tous bains, cataplasmes et lotions émollientes quelles qu'elles soient, en un mot de toute humidité sur les surfaces cutanées atteintes, qui favorise la formation des bulles.

Par contre, il sera fort utile d'appliquer le liniment oléo-calcaire composé ainsi qu'il suit :

Huile d'amandes douces.	100	parties.
Eau de chaux.. . . , ...	20	—

qui a la propriété de diminuer chaleur et cuisson ; de plus, on saupoudrera d'amidon les parties malades. Puis, si la langue est chargée et qu'il existe quelques troubles digestifs, on ordonnera avec avantage un ou deux purgatifs légers. Tel est le seul traitement que nous conseillons dans cette maladie.

Ceci dit, nous ajouterons quelques mots sur le pemphigus en général. Le pemphigus est une affection de la peau ou des muqueuses caractérisée par une production bulleuse, c'est-à-dire par un soulèvement de l'épiderme qui renferme soit de la sérosité pure, soit de la sérosité purulente, soit une sérosité sanguine. Ce soulèvement est spontané, en dehors de tout topique irritant, et se fait par poussées successives. Les bulles présentent de nombreuses variétés de forme, de volume, de nombre, de disposition et de composition. La forme, généralement arrondie, circulaire, est quelquefois ovale et même irrégulière. Le volume varie depuis celui d'une vésicule inférieure à un pois, jusqu'à celui d'une noix, d'une pomme d'api, voire même quelquefois, mais rarement, d'une orange. Le nombre est loin d'en être fixe ; quelquefois réduit à deux ou trois bulles, il peut dans d'autres cas dépasser une centaine. Il est même un pemphigus où l'on ne rencontre qu'une seule bulle, d'où son nom de *pemphigus solitarius*.

Quant à la composition, nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises dans cette leçon, c'est de la sérosité pure et transparente, ou opaque et mêlée de pus, ou brune, colorée par du sang, notamment chez des individus cachectiques, très-affaiblis. Le liquide séreux contient une grande quantité d'albumine et quelquefois des pseudo-membranes. Des analyses faites à Vienne dans ces derniers temps, il résulterait que l'on trouverait dans cette sérosité de la sérine, de la paraglobuline, de l'urée, de la graisse phosphorée, etc.

Le siège du pemphigus peut également varier. Dans le *pemphigus foliacé*, où la bulle se rompt dès son apparition, l'éruption est généralement universelle; elle recouvre toute la surface du corps, de la tête aux pieds. Le pemphigus aigu, par contre, est le plus souvent localisé aux extrémités des membres, pieds, mains. Chez certains malades l'érup-

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 janvier 1881.

tion est irrégulièrement distribuée sur le corps. Parfois aussi on la voit se développer sur les muqueuses de la bouche, de la langue, du pharynx, des fosses nasales, et, chez la femme, sur la muqueuse vaginale, sur les petites lèvres. On la rencontre aussi sur la conjonctive palpébrale et oculaire; j'en ai observé trois cas où elle avait entraîné la cécité par opacité de la cornée; dans deux autres cas, l'inflammation suppurative avait amené l'adhérence des paupières au globe oculaire, et la cécité par obturation des yeux. Enfin, sur le cadavre, l'autopsie a permis d'apercevoir quelquefois des ulcérations de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin qui paraissaient être le résultat de la rupture de bulles de pemphigus.

La marche de la maladie est assez rapide; le développement se fait dans l'espace de douze à vingt-quatre heures depuis l'apparition de la première tache rouge jusqu'à la formation de la bulle; celle-ci persiste entre un et trois ou quatre jours avant de se rompre et de laisser écouler le liquide qu'elle renferme, et la croûte qui lui succède tombe au bout de quinze jours à trois semaines, laissant à sa place une petite surface rouge, dont la coloration disparaît peu à peu, et la peau reprend sa teinte normale, sans qu'il reste le plus souvent aucune cicatrice. Ce n'est guère que chez les scrofuleux, où les ulcérations ont été généralement assez profondes, que l'on rencontre des cicatrices réellement indélébiles.

Enfin la maladie procède par poussées successives qui peuvent, dans certains cas, prolonger la maladie au-delà de son terme habituel, dont la durée varie entre quinze jours et six semaines. Par contre le pemphigus foliacé est celui qui s'éternise le plus; sa durée est indéfinie, des mois et des années; il est à peu près incurable et se termine le plus souvent par la mort. Le pemphigus passé à l'état chronique peut guérir, mais il entraîne fréquemment aussi la mort par des accidents intercurrents du côté du tube digestif, notamment par une diarrhée incoercible, une débilité profonde, un affaiblissement général; d'autres fois par une affection de poitrine, bronchite capillaire, congestion pulmonaire ou tuberculisation galopante. Lorsque ces complications surviennent, les bulles disparaissent sous l'influence de la maladie intercurrente. Les individus atteints de pemphigus aigu sont rarement bien portants; le plus souvent leur santé générale est altérée et l'appareil digestif est le plus ordinairement pris, les digestions sont mauvaises, il y a de la diarrhée.

Quant au traitement, je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit au sujet de notre malade; j'ajouterai seulement qu'une bonne hygiène est nécessaire, et que, dans les cas où les bulles contiennent une sérosité sanguinolente, le perchlorure de fer, à la dose de quatre à cinq gouttes matin et soir, est un bon médicament.

REVUE DE LA PRESSE

Nécrose du temporal. — M. le professeur J. Gruber a eu l'occasion d'observer une jeune fille de quinze ans, devenue sourde de l'oreille droite dès l'âge de dix ans, à la suite d'une otite moyenne suppurée double survenue dans le décours d'une scarlatine.

Il s'était formé derrière le pavillon de l'oreille droite, au bout d'un mois, une tumeur que l'on avait été forcé d'ouvrir et qui, après avoir donné issue à une abondante suppuration, avait livré passage à un séquestre. Celui-ci mesurait 37 millimètres de largeur, 3 centimètres de hauteur et 15 millimètres d'épaisseur. Il représentait la presque-totalité de l'apophyse mastoïde. Ce fragment d'os n'était altéré qu'au niveau de sa partie interne et l'on y reconnaissait une portion du trajet de la fosse jugulaire. Le sinus fut longtemps baigné dans le pus sans qu'il en fût résulté aucun accident.

Il ne subsiste actuellement d'autre trace du processus morbide qu'une cicatrice dans la région postauriculaire droite, un épaississement des parois osseuses du conduit auditif et le remplacement de la membrane du tympan par un tissu fibreux cicatriciel. L'injection d'air démontre nettement que le tympan n'offre pas de communications anomales. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.* et *Annales des mal. de l'oreille et du larynx.*)

Thoracalgie spinale. — Le soldat D..., du 3e régiment d'artillerie belge, après avoir été traité à l'infirmerie du camp de Beverloo pour des accidents de fièvre intermittente, était revenu en congé de convalescence à Liège depuis une quinzaine de jours. Mais, fort affaibli par la maladie, il était au lit lorsqu'il fut pris tout à coup, le long de la moelle épinière, depuis la nuque jusque dans la région lombaire, d'une douleur qui devint rapidement intense.

Cette douleur, sourde d'habitude, s'exaspérait par accès et était rendue plus vive par la pression et par le décubitus dorsal. Elle se compliquait en outre d'une névralgie intercostale occupant principalement les cinq derniers espaces intercostaux, surtout à gauche, et par moments si intense qu'elle gênait considérablement la respiration. De plus, un état fébrile assez prononcé accompagnant ces symptômes thoracalgiques nécessita le transport de cet homme à l'hôpital de la ville, dans le service de M. le docteur Journez. Le pouls donnait 96 battements à la minute; la peau était chaude, moite; la soif vive; il y avait perte complète de l'appétit, ainsi que de la constipation, etc.

En raison de la préexistence d'accès de fièvre intermittente, on donna d'abord le sulfate de quinine, en même temps qu'on entretenait la liberté du ventre au moyen de lavements purgatifs. Au bout de quelques jours, on constatait un mieux sensible; mais, l'amélioration n'étant pas assez rapide, on prescrivit, outre la quinine, des ventouses scarifiées tout d'abord, puis des ventouses sèches le long de la colonne vertébrale et des deux côtés, ainsi qu'un bain chaud tous les deux jours. Au bout de trois semaines de traitement, la guérison était complète, et le malade quittait l'hôpital peu de jours après parfaitement rétabli. (*Archives méd. belges.*)

Traitement abortif de l'inflammation furonculeuse du conduit auditif externe. — Dans le stade initial de l'inflammation folliculaire du conduit auditif externe, M. le docteur Weber-Liel pratique de la manière suivante l'injection sous-cutanée d'acide phénique étendu qui lui donne de très-bons résultats. La pointe de la seringue à injection est enfoncée sous la peau dans une profondeur de 1 à 2 millimètres, suivant le degré de gonflement du point douloureux, et l'on y fait pénétrer de deux à quatre gouttes seulement d'une solution phéniquée à 5 p. 100. Généralement, un quart d'heure après l'opération, la tension et la sensation douloureuse ont cédé. Mais, si après un intervalle de trois heures les douleurs réapparaissent, M. Weber-Liel continue le traitement par des bains d'alcool rectifié administrés toutes les deux heures. L'alcool dans ces cas a une double action; 1° d'enlever de l'eau aux tissus; 2° d'agir comme anesthésique.

Toutes les fois que l'on a eu à traiter la maladie à son début, on a vu, après une seule injection sous-cutanée, le processus morbide rétrograder. Dans les cas plus avancés, l'injection doit être répétée, ou bien il faut injecter, en une seule fois, de deux à quatre gouttes sur plusieurs points pris parmi les plus sensibles et où des furoncles sont déjà formés.

Quant aux précautions qu'exige cette petite opération, ce sont: 1° de n'employer que des solutions phéniquées parfaitement pures; 2° de ne pas injecter au commencement plus de deux ou quatre gouttes. Si l'anesthésie n'était pas complète, on pourrait faire le soir même une seconde injection avec trois gouttes en plus.

Une dose plus forte, surtout avec une solution plus concentrée, à 8 p. 100 par exemple, produit l'anesthésie instantanée des parties endolories, mais elle y provoque ensuite une chaleur cuisante qui persiste pendant une heure ou deux. Il est vrai que toute l'inflammation semble alors avoir disparu, en ce sens du moins que la douleur spontanée a cessé et qu'il reste seulement, pendant quelques jours, une légère sensibilité à la pression ainsi qu'un peu de dureté de l'oreille. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx.*)

Hernies et injections irritantes. — M. le docteur J.-H. Warren a obtenu de nombreux succès pour la *cure radicale des hernies* par des injections irritantes sur le tissu cellulaire dans le voisinage des anneaux. Chez les jeunes enfants et jusqu'à l'âge de cinq ans, il emploie un extrait aqueux d'écorce de chêne; pour les enfants de cinq à quinze ans, l'extrait aqueux est distillé à consistance de glycérine et additionné de dix gouttes d'éther sulfurique pour 40 centigrammes.

Dans les cas de hernies congénitales anciennes, M. Warren emploie le liquide suivant :

Extrait sirupeux d'écorce de chêne.	16 grammes
Éther sulfurique	4 —
Alcool absolu.	4 —
Sulfate de morphine.	0,05 à 0.10 centig.

La seringue contient 2 grammes de ce mélange. L'aiguille a la forme d'une spirale ; elle est percée de trous sur les côtés, de telle sorte que le fluide soit injecté perpendiculairement. Il se produit une inflammation locale assez vive et les parties s'accolent de façon à fermer les anneaux. Le malade doit garder le lit pendant une quinzaine de jours. Les parties doivent être soutenues pendant un certain temps à l'aide d'nn petit bandage compressif ou d'un léger appareil herniaire. Les grandes fatigues et les efforts doivent être évités jusqu'à ce que les anneaux soient consolidés. Sur douze cas rapportés par l'auteur, neuf ont été couronnés de succès. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN

COMMUNICATIONS.

MM. **TILLAUX**, président sortant, et **DE SAINT-GERMAIN**, président pour l'année 1881, font chacun une allocution qui est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Des corps étrangers. — M. **VERNEUIL** fait un rapport sur plusieurs observations de corps étrangers des fosses nasales, de la vessie et du rectum.

M. le docteur Dumas fils communique deux faits de corps étrangers des fosses nasales pour chacun desquels il a dû recourir à un procédé d'extraction particulier, ce qui prouve, dit-il en terminant, qu'il n'y a pas de procédé unique d'extraction des corps étrangers des fosses nasales, et que les moyens à employer varient selon les cas.

M. Bernard (de Cannes) donne l'observation d'une femme de soixante-cinq ans qui se plaignait de vives douleurs dans le bas-ventre et avait de la dysentérie. L'exploration de la vessie y fit reconnaître la présence d'une épingle à cheveux que M. Bernard, après quelques difficultés et grâce à un léger débridement, parvint à extraire à l'aide d'une simple pince hémostatique,

Ces faits, ajoute M. Verneuil, se passent de commentaires. Il suffit de les enregistrer dans l'histoire des corps étrangers.

Résection de l'intestin. — M. **KOEBERLÉ** communique l'observation d'une femme chez laquelle il a réséqué près de deux mètres d'intestin. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, nº du 27 janvier 1881.)

M. **DESPRÈS** félicite M. Kœberlé du succès de cette grave opération. Je suis, dit-il, d'autant plus heureux de ce succès qu'il a été obtenu sans le pansement de Lister, et qu'il prouve, avec beaucoup d'autres, que la chirurgie ne date pas de Lister. Il s'agissait bien, dans ce cas, d'un étranglement à marche chronique. Or ceci est très-important, car l'opération offre beaucoup plus de chances de succès dans ces cas que dans ceux d'étranglement à forme rapide.

M. **KOEBERLÉ** dit que cette malade avait eu de la péritonite, mais qu'au moment de l'opération, les accès de péritonite étaient calmés.

Traitement des chéloïdes par les scarifications. — M. **VIDAL** présente un homme de quarante-huit ans qu'il traite en ce moment d'une chéloïde par les scarifications. Voici comment il a été amené à ce mode de traitement : J'avais, dit-il, l'année dernière, une malade que je traitais d'une chéloïde par les moyens habituels, les emplâtres de Vigo et les douches. Comme cette malade souffrait beaucoup, j'essayai de calmer ses douleurs par des scarifications quadrillées. Après trois de ces opérations, je constatai une réelle amélioration et arrivai ainsi, en continuant ce mode de traitement, à la guérir presque complètement. C'est là ce qui m'engagea à employer le même traitement chez cet homme qui m'a été envoyé par M. Le Dentu et qui est atteint depuis seize ans d'une chéloïde, survenue à la suite d'une application d'huile de croton, dont il souffre beaucoup. Il est actuellement en voie de guérison. (Comm. MM. Verneuil, Lannelongue et Le Dentu.)

Anatomie pathologique de l'épididymite blennorrhagique. — M. **TERRILLON** communique la première partie d'un travail très-important sur ce sujet.

M. **LANNELONGUE**, faisant, il y a plusieurs années, l'autopsie d'un malade ayant succombé au choléra pendant le cours d'une orchite blennorrhagique datant de cinq jours, a été frappé, comme M. Terrillon, dans les faits dont il vient de parler, du peu de volume de l'épididyme dans ces cas. Le testicule ne présentait que de la congestion.

La séance est levée.

DÉCRET

portant promulgation de la convention conclue entre la France et la Belgique pour l'admission réciproque des médecins établis dans les communes frontières des deux États.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur la proposition du ministre des affaires étrangères,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Une Convention ayant été conclue le 12 janvier 1881, entre la France et la Belgique, pour régler l'admission réciproque à l'exercice de leur art des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes frontières des deux États, et les ratifications de cet acte ayant été échangées à Paris le 24 janvier 1881, ladite Convention, dont la teneur suit, recevra sa pleine et entière exécution.

CONVENTION.

Le Président de la République française et Sa Majesté le roi des Belges, désirant régler l'admission réciproque, dans les communes frontières de France et de Belgique, des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires, établis dans lesdites communes, à l'exercice de leur art, ont résolu de conclure dans ce but une convention spéciale et ont nommé pour leurs plénipotentiaires, savoir :

Le Président de la République française, M. Barthélemy Saint-Hilaire, sénateur, ministre des affaires étrangères,

Et Sa Majesté le roi des Belges, M. le baron Beyens, grand-officier de son ordre royal de Léopold, grand-officier de la Légion d'honneur, etc., etc., son envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire à Paris,

Lesquels, après s'être communiqué leurs pleins pouvoirs, trou-

vés en bonne et due forme, sont convenus des articles suivants :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes belges.

Réciproquement, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure, dans les communes limitrophes françaises.

ART. 2. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires exerçant, en vertu de l'article 1er, l'art de guérir ou quelqu'une de ses branches au-delà des frontières de leur pays, devront se conformer à la législation qui est ou qui sera en vigueur, relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent.

Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.

Les personnes ci-dessus désignées, qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé, sont privées du bénéfice de l'article 1er.

ART. 3. — Les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs dont les noms figurent sur la liste annuelle dressée conformément à l'article 4 de la présente convention, et qui, au lieu de leurs domiciles, sont autorisés à délivrer des remèdes aux malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

ART. 4. — Au mois de janvier de chaque année, le Gouvernement français fera tenir au Gouvernement belge un état nominatif des praticiens et sages-femmes établis dans les communes limitrophes de la Belgique, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis à la même époque par le Gouvernement belge au Gouvernement français.

ART. 5. — La présente convention sera exécutoire à dater du vingtième jour de sa promulgation dans les formes prescrites par les lois des deux pays et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois à partir du jour où elle aura été dénoncée par l'une des deux parties contractantes.

Elle sera ratifiée et les ratifications en seront échangées aussitôt que possible. En foi de quoi, les plénipotentiaires respectifs ont signé la présente convention et y ont apposé leurs cachets.

Fait à Paris, le 23 janvier 1881 :

(*L. S.*) Signé : B. SAINT-HILAIRE.
(*L. S.*) Signé : BEYENS.

ART. 2. — Le ministre des affaires étrangères est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 janvier 1881.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le Ministre des affaires étrangères,
B. SAINT-HILAIRE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons que le nouvel hôpital des cliniques construit sur les terrains de l'ancien Luxembourg et destiné à remplacer la clinique actuelle d'accouchements, sera très-probablement ouvert d'ici à trois semaines ou un mois au plus tard.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Tous les jeudis, à quatre heures, dans le laboratoire de chimie de la rue Gerson, M. Duter, docteur ès sciences, attaché au laboratoire de physique de la Faculté, et M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté, dirigeront alternativement les manipulations et les conférences de physique et de chimie pour l'agrégation des sciences physiques.

Ces conférences et manipulations seront réservées aux boursiers de la Faculté et aux personnes pourvues du diplôme de licencié ès sciences physiques qui se seront fait inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences.

De l'hystérie chez l'homme, par le docteur KLEIN. In-8° de 90 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Recherches sur les propriétés électriques du collodion simple desséché, suivies de réflexions sur la nature de l'électricité statique, par M. le docteur J. SEURRE. In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10692.

N° 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1881. 54e ANNÉE. MARDI 1er FÉVRIER 1881. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Asphyxie locale symétrique des extrémités. — Hospice de la Salpêtrière. Paralysie agitante, tremblement sénile, sclérose en plaques. — Société médicale des Hôpitaux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Asphyxie locale symétrique des extrémités.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un individu atteint d'une maladie que l'on rencontre rarement. C'est un garçon de vingt-trois ans, ordinairement bien portant, si ce n'est qu'il eut, il y a quatre ans, une première atteinte de l'affection qui nous l'amène aujourd'hui; il est employé à la distillerie dans une raffinerie de sucre.

Les accidents pour lesquels il est entré à l'hôpital datent de dix jours. Il venait de travailler dans un laboratoire à une haute température, lorsqu'en sortant pour aller déjeuner dans le voisinage, il fut saisi par le froid. Cette sensation fut surtout vive et immédiate aux mains, qui devinrent aussitôt violettes et engourdies. Néanmoins pendant le reste de la journée il put encore s'en servir, et ce ne fut que le lendemain qu'il en perdit complètement l'usage.

Il entra quatre jours plus tard à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant : intégrité à peu près complète de la santé générale ; mains de couleur violacée comme dans les cas d'engelures, coloration qui disparaît par la pression pour faire place à une tache blanche assez longue à s'effacer ; refroidissement notable des mains dont il n'a pas la sensation, anesthésie absolue, analgésie et thermo-anesthésie. Il ne sent ni piqûres, ni pincements de la peau des mains, non plus que les différences de température auxquelles on les soumet. Disparition de tout sens tactile.

Il n'éprouve, à son arrivée aucune douleur dans les mains, pas même d'engourdissement; celles-ci lui produisent la sensation de lourds appendices à l'extrémité des avant-bras. Ses mains sont tombantes comme les pattes d'un chien savant assis sur son derrière, et il ne peut les relever, atteintes qu'elles sont d'une paralysie des muscles extenseurs. Le mouvement de supination est également impossible, le muscle long supinateur étant aussi paralysé, ce qui différencie ces phénomènes de la paralysie saturnine où les supinateurs sont toujours intacts.

Le reste du corps ne présente rien de particulier, si ce n'est que le nez est peut-être un peu plus froid ; mais les pieds et les oreilles ne sont nullement atteints, ce qui est assez rare en pareil cas.

J'insiste sur cette faiblesse musculaire des mains, conséquence de la paralysie du nerf radial, faiblesse telle qu'il lui est de toute impossibilité de s'en servir, qu'il ne peut exécuter aucun mouvement d'extension, de flexion ou de supination de la main, ni celui d'opposition du pouce. C'est là ce qui fait la particularité du cas actuel, et le malade, pour manger ou pour écrire, en est réduit à se faire attacher cuiller, fourchette ou porte-plume à l'avant-bras.

Enfin, il cligne un peu des yeux par une sorte de mouvement choréique des paupières, et la vue est moins nette depuis cet accident, comme si la papille du nerf optique avait été touchée.

Ce n'est pas la première fois que cet homme est atteint de pareils phénomènes. Il eut une première attaque semblable en 1877, sans qu'il puisse nous en dire la cause; c'était au mois de juillet. Il était soldat à cette époque et fut soigné à l'hôpital militaire. Il y resta neuf mois sans amélioration notable, et fut alors réformé du service militaire. Il passa deux mois dans sa famille. Mais, l'état restant le même, il revint à Paris et se fit admettre à Lariboisière, dans le service de M. Maurice Raynaud, où il fut traité pendant cinq mois par des courants continus et par une médication interne. Il en sortit guéri, seize mois après le début des premiers accidents.

Voici donc quelque chose qui sort du cadre ordinaire de ce que nous voyons ; c'est un exemple d'asphyxie locale symétrique des extrémités, laquelle n'est qu'un degré de la maladie que M. Maurice Raynaud a décrite sous le nom de gangrène symétrique des extrémités, affection rare que l'on ne rencontre que de loin en loin.

Elle appartient surtout aux gens jeunes, de quinze à trente ans; les deux sexes en peuvent être atteints, mais les femmes semblent, d'après le nombre de cas observés, y être plus prédisposées que les hommes. La cause efficiente est une impression de froid. Malheureusement cette cause nous est inconnue pour la première attaque de notre malade, qui survint au mois de juillet.

Cette maladie présente trois périodes ou degrés différents. La première est constituée par l'engourdissement et la pâleur d'un ou de plusieurs doigts de la main ou de celle-ci tout entière. C'est ce qu'on pourrait appeler le doigt mort, qui est blanc, comme exsangue, et que le malade déclare ne plus sentir. Cette période a été désignée par M. Maurice Raynaud sous le nom de syncope locale. Je n'aime pas ce mot de syncope, qui indique un arrêt de la circulation cardiaque, et je lui préférerais de beaucoup celui d'anémie locale qui me paraît mieux exprimer ce qui se passe en réalité.

La maladie peut s'arrêter à ce premier degré, et l'on voit de temps en temps les phénomènes se reproduire, durer peu de temps, depuis quelques heures jusqu'à quelques jours, et les doigts recouvrer leur état normal.

Quant à la seconde période, elle est caractérisée par l'asphyxie locale des extrémités que je vous ai décrite tout à l'heure, asphyxie constamment symétrique, qu'elle atteigne les membres supérieurs ou inférieurs, occupant le plus généralement les pieds et les mains en même temps. Les phénomènes sont l'engourdissement et les refroidissements des tissus, tels que la température s'abaisse, dans les parties malades, à 21, 20° et même parfois à 19 degrés. Ce sont aussi la coloration bleuâtre, violacée, cyanosée, disparaissant sous la pression pour revenir lentement, et l'anesthésie plus ou moins complète, c'est-à-dire diminution ou abolition de la sensibilité tactile, de la sensibilité à la douleur et à la température chaude ou froide quel que soit son degré. Enfin presque toujours les malades éprouvent des douleurs spontanées sous forme d'élancements, comme celles d'une brûlure vive, et telles qu'ils ne peuvent parfois ni reposer ni dormir, telles qu'elles leur arrachent quelquefois des cris violents.

Sous ce dernier rapport, notre jeune garçon fait exception à ce qui se passe ordinairement; il n'éprouve aucune douleur. La maladie, parvenue à cette seconde période, n'entraîne aucun trouble des fonctions générales.

La troisième période est celle qui mérite réellement le nom que M. Maurice Raynaud a donné à la maladie, celui de gangrène symétrique des extrémités. Au bout d'un temps généralement assez long, il se forme sur les parties malades une phlyctène renfermant une sérosité noirâtre, quelquefois même sanguine, qui se déchire à un moment donné, laissant au-dessous d'elle une ulcération qui se dessèche; peu à peu d'autres phlyctènes se forment de la même façon. Quant à la terminaison, elle peut se faire de deux façons différentes : ou bien les doigts s'effilent peu à peu, la peau se colle aux tissus sous-jacents, il se fait une véritable sclérodermie avec altération du sens tactile; d'autres fois la maladie se termine par une gangrène véritable, sèche, noire, par l'atrophie des téguments, présentant tous les caractères de la gangrène sénile, suppuration, chute des eschares noires et des parties mortifiées, et le malade guérit avec mutilation.

La guérison de cette affection, du reste, quelle que soit la forme sous laquelle elle se produise, est constante et survient après un temps variable, généralement long,

Chez notre malade actuel, nous sommes au second degré de la maladie, avec quelques variantes au tableau qui en a été fait par M. Maurice Raynaud. C'est ainsi que, si, d'une part, il n'a pas les douleurs spontanées indiquées par l'auteur, d'autre part, il a, en plus, des phénomènes de paralysie musculaire qui n'avaient pas été observés jusqu'à présent, ou qui, du moins, étaient restés bornés à un simple engourdissement. Enfin cet individu en est à sa seconde rechute. Les récidives ont été signalées par mon collègue de la Charité avec ce caractère qu'elles présentent généralement chaque fois une aggravation sur l'attaque précédente.

Le traitement se trouve indiqué par la nature même de la maladie, qui est d'origine nerveuse. C'est ainsi que l'électricité, les courants continus appliqués pendant longtemps, les frictions irritantes avec l'alcool camphré, la teinture de noix vomique ou la cantharide seront heureusement employés, ainsi que les bains sulfureux.

Cette asphyxie locale symétrique, ou gangrène symétrique des extrémités, comme on voudra l'appeler, est, ainsi qu'on vient de le voir, une affection bizarre qui offre des rapports tant avec la sclérodermie qu'avec l'anesthésie de la lèpre. Il y a là une altération des fonctions des vaisseaux capillaires, caractérisée par une réplétion des veinules, par du sang veineux, résultant d'une sorte de paralysie des nerfs vaso-moteurs. Il existe bien certainement quelques affections du système nerveux central, de la moelle épinière dans le voisinage du bulbe, et je me base pour cette hypothèse sur la symétrie constante des phénomènes qui se manifestent et sur la paralysie du nerf radial et des muscles qu'il anime, tant sur le membre supérieur droit que sur le membre gauche. Mais quelle est cette lésion? C'est ce que des observations ultérieures seules pourront démontrer, le jour surtout où quelque nécropsie pourra être faite (1).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Paralysie agitante, tremblement sénile, sclérose en plaques (2).

VI

Je vais aujourd'hui traiter des épisodes relatifs à l'histoire des tremblements et des mouvements choréiformes chez les vieillards.

Vous avez déjà vu dans la dernière séance quelques malades atteints de paralysie agitante avec leur faciès si particulier. Mais je m'étais borné seulement à vous les montrer. Entrons donc maintenant un peu avant dans l'analyse des faits, tout en les esquissant à grands traits. Tout d'abord je vous présenterai de nouveau l'une des malades, que vous avez vue dimanche dernier, et vous reconnaîtrez immédiatement la lenteur de ses mouvements et son attitude pétrifiée, comme soudée dans ses jointures, mais due à la rigidité musculaire des fléchisseurs et des extenseurs également. Contracture générale prédominant sur certains points; ainsi rigidité du cou qui semble souder la tête au tronc, n'en faisant plus qu'un seul et même tout d'un bloc unique. C'est cette rigidité des mouvements qui produit la griffe des mains, analogue à celle du rhumatisme chronique. C'est cette rigidité qui donne au corps l'attitude penchée. C'est donc en réalité bien plus un état de contracture permanente qu'un tremblement véritable que nous observons chez cette femme atteinte de l'affection connue sous le nom de paralysie agitante.

Si nous cherchons à lire sur sa figure, nous y trouvons à la fois un air d'étonnement en même temps qu'une sorte de concentration de l'esprit. L'étonnement, d'après les recherches de Duchenne (de Boulogne), est le résultat des contractions du muscle frontal, et les rides transversales de la partie supérieure du front sont produites par cette contraction. Celle-ci existe quelquefois plus d'un côté que de l'autre. L'aspect de concentration d'esprit est le fait de la contraction de la partie supérieure de l'orbiculaire des paupières, c'est-à-dire de la partie extra-palpébrale. De plus, en même temps que le frontal est contracté, les sourcils sont très-élevés et tendent à se rapprocher, formant ainsi,

(1) Voir sur le même sujet la *Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 250 et p. 298.

(2) Suite. — Voir le numéro du 25 janvier 1881.

outre les rides transversales produites par le muscle frontal, des rides verticales.

Nous avons donc dans la paralysie agitante un faciès d'étonnement et de concentration d'esprit. Quant à la fixité du regard, elle est produite par la contraction des muscles moteurs de l'œil qui se meuvent avec lenteur et difficulté.

La permanence d'une pareille physionomie est un phénomène qui frappe toujours considérablement les personnes qui sont appelées à le constater. Elle donne à l'individu un air hébété ; mais ne vous y fiez pas, car derrière ce masque vous ne trouverez pas un trouble correspondant de l'intelligence. Celle-ci est absolument saine et reste parfaitement lucide jusqu'à la fin. La plupart des malades même vous demandent souvent, car c'est là leur plus grande préoccupation, s'ils sont menacés de se ramollir, de devenir hébétés, stupides. Eh bien ! non, il n'en sera rien, et les conceptions intellectuelles resteront à l'abri de toute atteinte.

Je vous montrais aussi la difficulté qu'ils éprouvaient à s'exprimer, leur parole embarrassée. Ils ont en effet une manière à eux de prononcer les mots ; la parole est lente chez eux comme tous les autres mouvements ; ils parlent par une série de petites explosions très-distantes les unes des autres ; de plus, la langue est prise de tremblement pendant la parole, d'où un certain frémissement et un véritable bredouillement des mots. Par suite l'impression que ces malades produisent sur le médecin qui les voit pour la première fois est des plus vives et tend, tout d'abord, à leur faire croire à de profonds désordres intellectuels.

Ce bredouillement de la parole est tel quelquefois que l'on ne comprend plus du tout ce que dit le malade.

Enfin, pour en terminer avec la paralysie agitante, je dirai que ces malades ne présentent aucun trouble de la sensibilité, si ce n'est parfois quelques douleurs, tantôt dans un membre, tantôt dans un autre, douleurs qui ne sont pas constantes.

Mais ils éprouvent un sentiment de malaise particulier, tel qu'ils ne peuvent rester en place, qu'ils ont constamment le besoin de se mouvoir ; la nuit même, dès qu'ils se réveillent, il leur faut être changés de position. En un mot, c'est le mouvement perpétuel.

A ce propos, je vous dirai qu'il est quelques circonstances qui peuvent amener dans l'état de ces individus un certain soulagement ; c'est par exemple leur transport en voiture, surtout si le chemin difficile les expose à une certaine trépidation brutale ; de même le voyage en chemin de fer, pendant un certain temps, leur fait éprouver un bien-être véritable, tel même que beaucoup d'entre eux voudraient y passer leur vie.

Ces phénomènes bizarres ont même donné l'idée de leur faire construire de petites machines à trépidation continue, surtout en présence d'une thérapeutique si constamment désarmée, si réduite en pareils cas.

Ces malades éprouvent encore une sensation de chaleur excessive ; ils se plaignent d'avoir toujours trop chaud.

L'étiologie de la maladie est obscure : ce sont des émotions morales brusques, un chagrin violent et subit. C'est ainsi que, chez l'un des individus atteints, l'affection a débuté à la suite de ce fait que, pendant les évènements de 1871, il fut trois fois placé contre un mur pour être fusillé. Depuis la guerre de 1870, les cas de paralysie agitante se sont multipliés considérablement, débutant pour la plupart peu de temps après les évènements qui furent la cause directe de leur maladie.

Enfin, dernier trait bien singulier, c'est qu'avec de pareils désordres on ne retrouve aucune trace de lésion organique. Cette affection est donc une névrose fixe, immobile, avec laquelle les malades peuvent vivre pendant lontemps, parfois même jusqu'à la vieillesse la plus avancée.

Comme contraste, je vais vous présenter une autre forme de tremblement qui a été longtemps confondue avec la paralysie agitante. Sous ce titre, en effet, on englobait naguère encore une série d'affections, malgré cette grande différence existant entre elles que les unes étaient le résultat d'une lésion organique, tandis que les autres, au contraire, en étaient absolument dépourvues ainsi que l'anatomie pathologique est venue le démontrer.

Les premiers malades que vous allez voir sont indemnes de toute lésion organique ; ils sont atteints de ce que l'on a appelé le tremblement sénile ou la chorée des vieillards, mauvais mots, car chez le vieillard la chorée est vulgaire et ne diffère en rien de celle de l'adulte.

Il existe un préjugé ridicule dans le monde : c'est que le tremblement est l'apanage de la vieillesse, et c'est ainsi que l'on représente toujours les vieilles fées tremblantes. Certains traités d'hygiène même portent en toutes lettres qu'il est rare que les vieillards ne tremblent pas. C'est absolument faux, et, sans chercher bien loin, il vous suffira de vous transporter à Bicêtre, où, sur 1,000 ou 2,000 vieillards, vous en trouverez à peine 4 ou 5 atteints de tremblement. Le tremblement dit sénile n'est donc pas une maladie de la vieillesse : c'est un tremblement nerveux qui se rencontre quelquefois chez le vieillard, mais qui a débuté avant la vieillesse, sous l'influence, soit de l'hérédité, soit d'une cause morale. Il se différencie de la paralysie agitante en ce qu'il ne s'accompagne ni de la contracture, ni de la sensation de chaleur, ni du besoin constant de se mouvoir. Il se limite d'abord à un groupe musculaire, comme, par exemple, les muscles du cou, et la tête est agitée d'oscillations telles qu'elle semble exprimer par ses mouvements constamment le oui et le non. Il peut se localiser dans un seul muscle ; tel est, par exemple, le malade dont le tendon du grand palmaire seul est rigide, saillant et animé de contractions très-rapides.

Si maintenant je passe à un autre sujet, je trouve un tremblement qui appartient à une maladie très-complexe relevant d'une lésion organique, lésion matérielle et grossière qui n'est autre que l'induration grise multilobulaire des centres nerveux ou la sclérose en plaques. Chez l'individu qui en est atteint l'affection est à son complet développement : c'est une femme de quarante-trois ans, malade depuis un an ; sa parole est avinée, embarrassée ; les mots sont scandés, ils se succèdent lentement ; la langue est épaisse ; si la malade la tire hors de la bouche, on remarque qu'elle est agitée d'une sorte de trémulation d'avant en arrière. Il existe aussi un certain degré d'amblyopie, ainsi que du nystagmus, c'est-à-dire de l'oscillation des yeux de droite à gauche et de gauche à droite ; parfois il survient de l'amaurose, conséquence de la destruction du nerf optique. La dépression intellectuelle est manifeste, la mémoire est affaiblie, le malade vit dans une sorte d'indifférence voisine de la stupeur.

Comme symptômes spéciaux, on trouve les membres supérieurs atteints de paralysie spasmodique, c'est-à-dire d'une exagération des troncs et des réflexes tendineux. C'est aussi un tremblement qui s'exagère dans certains actes, et qui est un signe distinctif d'avec la paralysie agitante où le mouvement continue même au repos, tandis que, dans la

sclérose en plaques, il n'apparaît que dans des mouvements spéciaux.

Les autres particularités que nous retrouvons chez cette malade, ce sont, aux membres inférieurs, les mêmes phénomènes de paralysie spasmodique ainsi qu'une tendance à la contracture, laquelle finira par s'établir, et la paraplégie avec rigidité viendra clouer la malade dans son lit.

Voici maintenant une autre malade dont tous les phénomènes sont les mêmes, avec cette seule différence que leur intensité est assez atténuée pour que la maladie soit plus difficile à saisir.

Enfin le troisième sujet atteint de sclérose en plaques présente des symptômes encore plus frustes, et son affection se trouve actuellement réduite à quelques signes seulement, c'est-à-dire à un peu de paralysie spasmodique, à un regard vague et non plus hébété comme les précédents, mais accompagné de nystagmus, et à un tremblement assez léger des extrémités supérieures.

Si la méthode qui consiste à considérer les types les plus saisissants présente de grands avantages, elle a aussi parfois quelques inconvénients, et, si l'on n'est pas prévenu que tels ou tels symptômes peuvent faire défaut, l'esprit peut être porté à soupçonner une tout autre maladie. Il faut donc bien savoir que, dans la sclérose en plaques, un certain nombre de phénomènes peuvent se trouver réduits par un amendement momentané de l'affection, auquel pourra aussi succéder, à un moment donné, une recrudescence plus ou moins considérable.

C'est ainsi que, chez l'avant-dernière malade que vous venez de voir, l'affection a considérablement rétrogradé. J'ai connu cette femme autrefois chez mon maître Béhier; elle présentait alors un des plus beaux types de sclérose en plaques. Aujourd'hui elle est dans une voie d'amélioration progressive, que celle-ci soit ou non le résultat de la thérapeutique à laquelle elle a été soumise.

En tous cas, aujourd'hui, il est parfaitement établi que cette affection non-seulement peut s'amender, mais encore guérir complètement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1881. — Présidence de M. Hillairet.

COMMUNICATIONS

MM. HILLAIRET, en quittant le fauteuil de la présidence, et HENRI GUÉNEAU DE MUSSY, en y prenant place, font chacun une allocution qui est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Un signe de scrofule. — M. CONSTANTIN PAUL. Mon intention n'est pas d'entrer directement, au moins aujourd'hui, dans la discussion sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose. Je veux seulement appeler l'attention sur un sujet qui s'y rattache, sur un nouveau signe de scrofule fourni par le percement des oreilles.

M. Verneuil, se plaçant au point de vue chirurgical, a étudié les rapports du traumatisme et de ses suites avec la constitution des malades, et il a démontré que les individus supportaient différemment les conséquences d'un traumatisme suivant leur constitution. Dans le même ordre d'idées, j'ai été frappé de ce fait que ce léger traumatisme, le percement des oreilles, pouvait donner lieu à des phénomènes ultérieurs inhérents à la constitution de l'enfant ou de l'adulte auquel on pratiquait cette petite opération. L'un des premiers faits de ce genre que j'ai observés se rapporte à une jeune femme de ma famille, belle personne, et ayant présenté jusque-là toutes les apparences de la santé la plus satisfaisante, chez laquelle le percement des oreilles, que j'avais fait avec toutes les précautions désirables, détermina ultérieurement l'apparition d'un eczéma constitutionnel. En effet, depuis, cette femme fut prise, chaque année, d'un eczéma herpétique dont le point de départ avait été manifestement la petite plaie faite au lobule de l'oreille. Frappé de ce phénomène, je fis des recherches et ne trouvai que quelques mots sur ce sujet dans le livre de Triquet sur les maladies des oreilles. Encore, dans cet ouvrage, n'était-il question que des phénomènes immédiats et non des phénomènes ultérieurs analogues à celui que je venais de rencontrer.

A partir du moment où mon attention fut sérieusement appelée sur ces faits, j'examinai, au bureau des nourrices, puis plus tard dans les services que j'eus à diriger, les oreilles d'un grand nombre d'individus, et fréquemment je constatai que chez les scrofuleux le percement des oreilles donnait lieu à l'apparition de petits lupus au niveau du lobule. Le fait est si fréquent que, dans l'espace de deux ans, je pus rassembler cent vingt observations. Voici ce qui se passe habituellement : lorsqu'on perce les oreilles à une scrofuleuse dans l'enfance, il se fait un peu de suppuration au bord inférieur, tandis que le bord supérieur de l'orifice se cicatrise régulièrement; il se fait ainsi une section qui ne s'arrête que quand elle a coupé le lobule en entier et que le lobule tombe. Plus cette légère suppuration laisse de traces, plus la femme désire les cacher par des boucles, et elle se fait alors percer de nouveau les oreilles; c'est ainsi qu'on rencontre des femmes chez lesquelles on constate plusieurs sections du lobule de l'oreille. J'en ai compté jusqu'à huit sur une seule et même personne. Dans certains cas, la cicatrisation se fait sans réunion, sans soudure, et il y a véritablement division, séparation du lobule de l'oreille. Voilà donc un fait d'une certaine importance.

Reste à faire le diagnostic différentiel de cette lésion consécutive au percement des oreilles et inhérente, la plupart du temps, à la constitution scrofuleuse, d'avec des vices de conformation du lobule ou des traumatismes accidentels comme l'arrachement de l'oreille, par exemple. Or, sur cent vingt cas, je n'ai rencontré que trois cas d'arrachement véritable du lobule de l'oreille, l'un, entre autres, chez un homme auquel un cordonnier avait percé l'oreille avec un emporte-pièce. A côté de ces altérations diathésiques ou accidentelles, il faut placer les vices de conformation tels que les adhérences du lobule, des cicatrices de brûlure, de variole. La syphilis ne produit jamais rien de semblable, pas plus que la diathèse herpétique ou l'arthritisme. Sur cent seize individus, quatre-vingt-seize présentaient manifestement des accidents de scrofule.

Mes conclusions seront donc celles-ci : 1° les suites du percement des oreilles peuvent donner lieu à des phénomènes très-nets inhérents à la constitution scrofuleuse des opérés; 2° ce signe est très-intéressant à rechercher quand il s'agit par exemple du choix d'une nourrice; 3° s'abstenir de percer les oreilles chez des sujets manifestement scrofuleux, à moins qu'il n'existe des accidents inflammatoires du côté des yeux, auquel cas cette suppuration du lobule, conséquence du pansement des oreilles, pourrait être utile.

M. HILLAIRET. M. Constantin Paul, parmi les causes des accidents qu'il vient de signaler, indique l'herpétisme. Je lui demanderai ce qu'il entend par là, car on sait qu'aujourd'hui cette dénomination ne répond plus à rien.

M. CONSTANTIN PAUL. J'appelle herpétiques des malades qui, comme la jeune femme dont j'ai parlé, présentent par exemple des eczémas à répétitions. Je donne en un mot à cette dénomination le même sens que Bazin.

M. HILLAIRET. Nous ne savons pas ce que c'est que l'herpétisme; nous rangeons sous ce nom tout ce qui ne peut pas être rattaché à l'une des autres diathèses, mais l'herpétisme n'a pas de caractéristique vraie comme la scrofule, la syphilis.

M. CORNIL. Dans les nombreuses observations qu'il a recueillies, M. Constantin Paul s'est-il enquis des procédés employés pour percer les oreilles? On sait que, dans les campagnes, par exemple, le même individu, bijoutier ou autre, perce parfois un grand

nombre d'oreilles dans la même séance, avec le même instrument qui n'est jamais lavé. Or, si l'on prend des pré cautions antiseptiques pour percer les oreilles, on ne constate, à la suite de l'opération, aucun accident. Au contraire, l'absence de toute précaution entraîne le plus souvent de la suppuration. La nature de l'anneau qu'on place ensuite dans l'orifice ainsi pratiqué exerce également une certaine influence sur la production des accidents ultérieurs. M. Constantin Paul n'a peut-être pas assez tenu compte de ces faits-là.

M. CONSTANTIN PAUL. Il y a dans ma communication deux ordres de faits bien distincts : ceux que j'ai opérés et pansés moi-même avec des instruments aussi propres que possible, et ceux que j'ai puisés à d'autres sources. Toutefois la malpropreté ne saurait expliquer tous les cas que j'ai recueillis.

M. LABOULBÈNE. Le poids de la boucle d'oreille a aussi une réelle influence sur les faits dont vient de parler M. Constantin Paul.

M. CONSTANTIN PAUL. Je n'ai pas trouvé que le poids en lui-même, tout en ayant de l'importance, en eût autant qu'on lui en accorde.

M. BESNIER. Les faits signalés par M. Constantin Paul sont très-intéressants et s'observent en effet très-fréquemment. J'avais bien attribué une partie de ces accidents à ce que le percement des oreilles se fait en général trop bas, mais je n'avais pas pensé à l'influence de l'état constitutionnel. Je ne mets pas en doute que l'état scrofuleux des individus ne rende plus fréquente la production des incisures du lobule sous l'influence de causes extérieures à déterminer.

Quant à la question de l'herpétisme, incidemment soulevée par M. Hillairet, je reconnais avec lui que cette dénomination ne répond pas à une diathèse spéciale. Bazin admettait quatre grandes diathèses : l'herpétisme, la scrofule, l'arthritisme et la syphilis. Mais depuis dix ans les choses ont bien changé. Plus on étudie de près ces questions, plus on est convaincu de ce fait que nous appelons herpétisme tout ce dont nous ignorons la véritable nature. Nous n'admettons plus aujourd'hui que trois grandes classes de ces maladies diathésiques : la scrofule, l'arthritisme, la syphilis. Quant à la démonstration de cette quatrième classe, l'herpétisme, elle nous échappe. Je suis donc entièrement d'accord sur ce sujet avec M. Hillairet ; il ne nous est plus possible de dire ce que c'est que l'herpétisme.

M. FÉRÉOL. Relativement à la communication de M. Constantin Paul, j'appellerai seulement l'attention de la Société sur un petit point. Lorsque après le percement des oreilles la cicatrisation se fait irrégulièrement, je me trouve très-bien, dans ces cas, de l'emploi d'une petite bougie filiforme pour entretenir cette ouverture béante. Ce moyen m'a donné de bien meilleurs résultats que les fils d'or ou d'argent qui sont habituellement employés.

La variole et les Esquimaux. — M. ANDRIEUX. Dans le service de varioleux que je dirige actuellement à Saint-Louis, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de variole chez des Esquimaux récemment arrivés du Labrador à Paris. Aucun d'eux n'avait été vacciné ; sept, sur huit qui ont été atteints, sont morts, et le huitième est en ce moment à l'agonie. Deux ont succombé après avoir présenté des phénomènes très-graves, mais sans éruption. Trois autres ont eu, au contraire, une éruption très-confluente, et la variole, chez eux, a pris rapidement la forme hémorrhagique. Voici le résultat de trois autopsies que j'ai pu faire. J'ai d'abord été frappé par ce fait que tous les organes étaient le siège d'une stéatose considérable. Ces hommes ont chez eux une alimentation spéciale principalement composée de poissons, de graisse et d'huiles. Le foie présentait un volume énorme et était graisseux ; je constatai également le volume considérable des ganglions mésentériques. Le cœur était le siège d'une surcharge graisseuse. Il y avait des hémorrhagies multiples dans les poumons, dans les reins, dans la moelle elle-même. Le sang présentait aussi des altérations.

La thérapeutique employée chez ces malades a été absolument nulle. J'ai donné de l'alcool bien que ces Esquimaux ne fussent nullement alcooliques. Le jaborandi est resté sans effet. Tous ceux qui ont été atteints sont morts avec les caractères de la variole confluente hémorrhagique. Quel rôle revient ici à cette stéatose considérable ?

Il serait vraiment utile, en présence de pareils faits, que la loi proposée par M. Liouville sur la vaccination obligatoire fût adoptée et pût être appliquée à tous ces individus arrivant ainsi des pays lointains dans nos climats.

La séance est levée.

Séance du 28 janvier 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATIONS

Scrofule et tuberculose. — M. CONSTANTIN PAUL. Dans la discussion qui se poursuit actuellement sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, il est un point de pathologie générale très-important dont les termes doivent être bien fixés : c'est la distinction considérable à établir entre les maladies constitutionnelles et les maladies diathésiques, ces dernières pouvant varier de siège, mais toujours de même nature, les premières variant à la fois de nature et d'organes. Vouloir chercher une caractéristique à la tuberculose, c'est comme si l'on voulait instituer une diathèse pustuleuse ou une diathèse pseudo-membraneuse. Les orateurs qui ont jusqu'ici pris part à la discussion n'ont peut-être pas assez tenu compte de cette importante distinction.

De la résorcine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ rend compte des recherches qu'il a entreprises dans son service avec un produit qui est en ce moment beaucoup employé en Allemagne, la résorcine. La résorcine est un oxyphénol que l'on retirait autrefois de certaines racines, comme le galbanum, le sagapénum, l'assa-fœtida ; on l'obtient aujourd'hui, par voie de synthèse, en faisant agir la potasse sur l'acide chlorophénylsulfureux.

La résorcine dont se sert M. Dujardin-Beaumetz est cristallisée, blanche, et ne présente aucune odeur ; elle est soluble presque en toute proportion dans l'eau, et ses solutions prennent une coloration brunâtre. Ces solutions sont de puissants antifermentescibles. Appliquées sur la peau, elles ont une action modificatrice et caustique, et peuvent être employées aux mêmes usages que l'acide phénique, en présentant cet avantage de n'avoir point d'odeur et d'être très-solubles. C'est ainsi que M. Dujardin-Beaumetz a traité avec ces solutions de résorcine des ulcérations syphilitiques, la diphthérie, les plaies de mauvaise nature et abcès. Il les a aussi employées dans les lavages de l'estomac, mais à un titre faible (1/2 pour 100), car elles paraissent alors irriter la muqueuse stomacale.

Administrée à l'intérieur, la résorcine s'élimine par les urines, qu'elle colore d'une teinte noirâtre, et on peut contrôler sa présence par l'emploi du perchlorure de fer. A la dose de 2 grammes par jour, cette résorcine est généralement bien supportée, mais elle n'a produit dans le traitement de la fièvre typhoïde et du rhumatisme que des résultats peu importants. D'ailleurs tous les faits dont vient entretenir la Société M. Dujardin-Beaumetz seront consignés dans la thèse d'un de ses élèves, M. Hippocrate Callias.

Urémie. — M. FERRANT rapporte l'observation d'un homme de soixante ans, très-nerveux, ayant présenté des phénomènes particuliers qui ont fait porter successivement les diagnostics de cancer du rectum, de cancer du foie et de nervosisme pur et simple. Il y a un an, cet homme présenta des troubles urinaires qui firent croire à une affection prostatique. M. Guyon fut appelé auprès du malade et pensa qu'il s'agissait d'une dilatation de la portion membraneuse de l'urèthre. Après être resté deux jours sans miction, ce malade fut pris très-rapidement d'accidents urémiques. M. Guyon pratiqua la ponction de la vessie et en tira un litre et demi d'une urine claire. Après sept ponctions ainsi répétées à vingt-quatre heures d'intervalle, le malade se trouva très-soulagé et son état présentait une amélioration notable. Le retour des urines se fit ensuite spon-

tanément; les urines étaient seulement muco-purulentes. Le cathétérisme ayant été ensuite pratiqué à trois reprises différentes. il y eut une hématurie assez abondante. Ce qu'il y eut de particulier dans l'état de ce malade, ce fut la régularité avec laquelle éclatèrent les accidents urémiques.

Mort rapide pendant une attaque d'hystérie. — M. MAURICE RAYNAUD. Je veux entretenir la Société d'un fait que j'ai récemment observé, fait lamentable puisque la mort s'ensuivit. Il s'agit d'une personne de trente-trois ans, non mariée, atteinte depuis plusieurs années d'un eczéma des pieds, occupant plus particulièrement la matrice de l'ongle, s'étant accompagné de suppuration et ayant nécessité trois fois l'opération de l'ongle incarné. Il y a cinq ans, cette malade fut prise d'attaques hystériques, principalement caractérisées par un spasme pharyngien très-prolongé, par une dysphagie très-marquée et par des phénomènes absolument semblables à ceux de l'hydrophobie. Depuis cette époque, elle a souvent présenté de véritables attaques d'hystérie. J'ai dû récemment lui enlever une portion d'ongle en suppuration. Il y a huit jours, elle se plaignit d'une douleur atroce au niveau de la troisième vertèbre dorsale; elle eut de la fièvre, la température monta à 39°,2. Sous l'influence d'un vésicatoire morphiné, cette douleur disparut, mais fut bientôt remplacée par une douleur analogue à la nuque avec trismus; cependant elle pouvait s'asseoir et ne présenta, à aucun moment, d'opisthotonos. A cette douleur atroce du cou succéda un spasme prolongé présentant, à peu de chose près, tous les caractères d'un accès d'hydrophobie : il y avait toujours du trismus et de l'angoisse respiratoire. Son caractère se modifia aussi profondément : de bienveillant qu'il était, il devint acariâtre et difficile. Cette malade présenta des phénomènes tellement semblables à ceux de l'hydrophobie que je me livrai à une enquête minutieuse qui n'aboutit qu'à des résultats négatifs, cette personne n'ayant jamais pu être mordue par aucun chien. Les douleurs cervicales disparurent et firent place à des douleurs abdominales, ce qui semblait confirmer le diagnostic d'hystérie.

Cet état dura ainsi plusieurs jours en s'accroissant de jour en jour. La respiration devint de plus en plus saccadée et par moments même s'arrêtait complètement. Les choses en vinrent à ce point que, six jours environ après le début de cette étrange attaque, je constatai de la lividité et de la cyanose des extrémités; les lèvres devinrent violacées, le pouls petit. L'auscultation ne recélait rien de particulier. C'était un gémissement permanent avec toutes les apparences d'un véritable accès d'hydrophobie. Le lendemain matin, j'arrivai pour la voir succomber sous mes yeux dans une asphyxie résultant d'une véritable contracture du diaphragme.

Quelle était, dans ce cas, la cause de la mort? Trois hypothèses pouvaient se présenter à l'esprit : un accès d'hydrophobie, le tétanos ou l'hystérie. L'accès d'hydrophobie doit être écarté, puisqu'il est bien avéré que la malade n'a jamais été mordue ni léchée par aucun chien. Le tétanos, à la rigueur, pourrait être expliqué par suite de la présence d'une petite plaie unguéale du pied; mais il y avait du côté de la nuque plutôt des douleurs que de la contracture; il n'y eut pas d'opisthotonos, et il y avait de l'apyrexie, tandis qu'on sait que dans le tétanos la température, au moment de la mort, est généralement très-élevée. Il s'agit donc là plus probablement d'un accès d'hystérie à forme rabique. Toutefois je ne me prononce pas d'une façon absolue pour cette dernière interprétation.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. J'ai vu deux hystériques mourir ainsi subitement pendant une attaque. Toutes deux ont présenté à l'autopsie les lésions de la néphrite interstitielle. Chez une hystérique présentant des phénomènes anomaux, il faut donc examiner les urines.

M. MAURICE RAYNAUD. La malade dont j'ai parlé a présenté à plusieurs reprises de l'anurie ou de l'ischiurie hystérique. J'ai plusieurs fois examiné ses urines, elles ne contenaient pas d'albuminurie. Je ne crois donc pas qu'on puisse ici incriminer l'urémie.

M. RENDU. Je crois qu'il s'agit ici d'une hystérie avec véritable lésion spinale; il y a eu de la fièvre, des douleurs commençant par la périphérie, puis se localisant dans la région cervicale, au niveau de la région bulbaire. La mort s'est produite comme dans les cas de paralysie bulbaire. Je crois donc à l'existence d'une méningite spinale ascendante. Étant interne de M. Potain, j'ai vu une hystérique, dont l'état général allait toujours s'aggravant, présenter un jour des fourmillements dans les extrémités, de la fièvre, puis succomber à une sorte de strangulation progressive. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une méningite subaiguë consécutive à une myélite ancienne.

M. RAYMOND. Étant interne de M. Vulpian, j'ai eu l'occasion d'observer deux hommes qui ont succombé à des phénomènes analogues à ceux dont vient de parler M. Raynaud. L'un était un garçon de vingt-six ans, hystérique, qui a été pris d'accidents fébriles, de douleurs à la nuque, de contracture aux deux membres supérieurs, puis de contracture généralisée en l'espace de sept jours; il est mort dans un spasme de diaphragme et avec des phénomènes tétaniques et hydrophobiques. A l'autopsie, on trouva une dégénération presque totale de la moelle au niveau du bulbe, toutes les lésions d'une méningo-myélite propagée à la région bulbaire. Un second malade présenta des phénomènes analogues et succomba en cinq jours également à une méningo-myélite.

M. MAURICE RAYNAUD. J'ai bien pensé à l'existence d'une méningo-myélite; mais cette femme a présenté des phénomènes analogues il y a quatre ans. Je me demande s'il n'y a pas eu là une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle par suite d'une intoxication morphinique, car cette pauvre femme était une morphinomane.

M. MILLARD. J'ai observé récemment un cas analogue à celui de M. Raynaud; il s'agit d'une jeune fille nerveuse, mais non hystérique, qui a été prise d'une douleur de tête atroce, puis le lendemain de dysphagie sans trismus et de fièvre. Elle a succombé en l'espace de huit jours. On a trouvé, à l'autopsie, une méningite de la base. Cette fille avait été exposée à un courant d'air très-froid.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1880-81.

— Il est créé à la Faculté de médecine de Paris un emploi de chef de laboratoire de clinique d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres des conférences ci-après désignées pendant l'année scolaire 1880-1881 : MM. Périer, histoire naturelle; Figuier, physique; Carles, chimie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Turgard (Albert-Léon-Auguste), né le 14 avril 1850 à Villequier (Seine-Inférieure), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Candrelier, démissionnaire.

— Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique :

Nord. — M. le docteur Bacquias, membre du conseil général.

Côtes-du-Nord. — M. le docteur Leuduger-Fortmorel, lauréat de l'Institut.

Jura. — M. le docteur Briot, membre du conseil général.

Maine-et-Loire. — M. le docteur Meleux, directeur de l'École de médecine d'Angers.

— M. le docteur Guérin est nommé médecin au collège de Blois, en remplacement de M. le docteur Arnoult, décédé.

— M. le docteur Canquoin, dont le nom rappelle la pâte au chlorure de zinc dont il fut l'inventeur, vient de mourir à Dijon dans sa quatre-vingt-sixième année.

— *Boîte de secours dans les communes.* — M. le Président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a adressé aux préfets, en date du 30 décembre 1880, la circulaire suivante :

« Monsieur le Préfet, par ma circulaire en date du 3 mai 1880, je vous ai demandé de vouloir bien examiner, avec MM. les maires de votre département, s'il n'y aurait pas d'inconvénient à confier aux instituteurs primaires la garde de la boîte de secours de M. Barion dans les communes qui auraient trouvé bon d'en faire l'acquisition.

« Pour achever de m'éclairer sur cette question, et pour examiner une proposition de M. Barion, tendant à introduire la boîte de secours dans les écoles normales primaires, j'ai institué, avec mon collègue de l'agriculture et du commerce, une commission spéciale qui s'est réunie, au ministère, le 27 novembre dernier.

« Cette commission a conclu, à l'unanimité, au rejet de la proposition de M. Barion en ce qui concerne les écoles normales, et a, en outre, émis le vœu que, dans les communes qui achèteront la boîte de secours, ce ne soit pas à l'instituteur que M. le maire en confie la garde.

« La commission a considéré, en effet, qu'une boîte renfermant des substances toxiques, et dont la clé peut être égarée ou oubliée, ne serait point placée sans danger dans les écoles normales et les écoles primaires. Il y a, d'autre part, à craindre que l'instituteur ne sache pas toujours résister à la tentation de pratiquer illégalement la médecine et la pharmacie. Enfin, de fâcheux dissentiments peuvent naître entre les habitants de la commune et l'instituteur, quand celui-ci, fidèle à la consigne, refusera tel ou tel médicament.

« Ces considérations me paraissent fondées, et je vous prie, en conséquence, Monsieur le Préfet, de ne considérer ma circulaire du 3 mai dernier que comme un commencement d'informations sur une question qui était recommandée à ma sollicitude par mon collègue M. le ministre de l'intérieur. »

— Le bureau sanitaire de l'empire allemand est en train d'organiser un vaste plan ayant pour but de faire connaître rapidement au service central tous les cas d'épidémies ou maladies contagieuses qui se produiraient dans l'empire. A cet effet, des cartes postales spéciales ont été distribuées entre tous les principaux médecins des départements attachés à l'Assistance publique, ainsi qu'à toutes les autorités locales, afin qu'ils signalent immédiatement les cas qui se présenteront ; ils seront chargés, en outre, d'envoyer toutes les semaines des rapports sur la marche des maladies constatées.

— Avant l'arrivée des navires de guerre européens au Japon, il n'y avait pas d'hôpitaux dans ce pays ; lorsqu'un malade voulait être mieux soigné par son médecin, il entrait comme pensionnaire dans la famille d'un médecin chinois. Les nobles et les officiers supérieurs avaient un médecin résidant chez eux. Quant aux malades pauvres, on s'en occupait très-peu ; la population étant très-dense, on faisait bon marché de leur vie. (*Gaz. hebd.*)

— M. le professeur Parrot commencera, le dimanche 6 février, à dix heures, des conférences sur la syphilis héréditaire à l'hospice des Enfants-Assistés, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10701.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate », — de chaux.., Chlorure de sodium..., Matières organiques... } sesqui-oxyde de fer ... 0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Sirop de Lagasse

à la sève de pin maritime.

Le sirop de sève de pin, préparé avec la sève de pin, recueillie au moment où le végétal est dans toute sa force, possède toutes les propriétés balsamiques et résineuses du pin maritime. Il est conseillé comme un pectoral efficace et agréable dans les diverses maladies des voies respiratoires.

Sous son influence, on voit cesser les expectorations sanguinolentes, les toux les plus opiniâtres, les douleurs de la poitrine, l'oppression, l'altération de la voix et tout état fébrile. L'appétit revient plus vif et la digestion plus facile.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour.

Dépôt général : à Bordeaux, pharmacie Lagasse, à Paris, à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Tamar indien Grillon

(Electuaire lénitif n° 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2f.50.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. Fournier.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878.

Pharm. de La Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage ; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Guérison DES MALADIES de l'estomac

Par les POUDRES et PASTILLES P. Hugounenq au **Phosphate de Bismuth** et à la **Pepsine**, contre les gastralgies, gastrites, dysentéries, diarrhées rebelles, vomissements des enfants, digestions laborieuses. — Pharm. Hugounenq, Lodève (Hérault). — Dépôt général, Vidau et Cie, anc. phie Planche, rue Scribe, 11, près l'Opéra, Paris, et les bonnes pharmacies.

Solution, VIN ET SIROP Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

Laboureur, 26. rue des Missions, et les phies.

Maladies de poitrine, GUÉRISON

par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux**, du Dr Churchill.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Vin iodé de Moride (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode ; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical* ; le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La controverse entre MM. Pasteur et Colin vient d'entrer dans une phase nouvelle, et les plaidoiries passionnées qui se succédaient de part et d'autre vont faire place à une enquête, pour nous servir des termes de droit.

C'est à la suite d'une réplique assez vive de la part de M. Colin que M. Pasteur, cette fois très-maître de lui, d'un ton très-modéré, très-calme, a provoqué son adversaire à des expériences communes qui seraient faites devant une commission désignée *ad hoc* par le bureau de l'Académie.

Les points sur lesquels devraient se porter ce contrôle expérimental seraient, d'une part, les différences qui distinguent la septicémie de la nouvelle maladie produite par M. Pasteur par inoculation de la salive rabique, et, d'une autre part, la conservation des germes du charbon dans le sol qui recouvre le cadavre des animaux morts de maladies charbonneuses.

A ce dernier propos, M. Pasteur avait opposé aux expériences négatives de M. Colin deux résultats positifs nouveaux obtenus, dans une ferme infectée de charbon depuis nombreuses années, sous les yeux d'une commission nommée par la Société centrale de médecine vétérinaire. Deux jardins où l'on cultivait pendant l'été divers légumes, et dans lesquels on avait enfoui, depuis longtemps déjà dans l'un, depuis quelques années dans l'autre, les cadavres des animaux morts charbonneux dans cette ferme, furent choisis pendant l'hiver comme terrains d'expériences; on y conduisit tous les jours sept moutons qui n'y trouvaient rien à brouter, mais qui humaient l'air au-dessus du sol. Au bout de quelques semaines, deux de ces animaux étaient morts du charbon, tandis que les autres animaux, qui couchaient dans la même étable et mangeaient les mêmes fourrages, restaient complètement indemnes. M. Pasteur avait lessivé quelques grammes de terre pris dans ces jardins, et les eaux de lavage avaient donné le charbon aux petits animaux auxquels il les avait inoculées. Et cependant aucun des habitants de la ferme qui faisaient usage des légumes poussés sur ce sol ne s'en était jamais mal trouvé.

« Mais les faits négatifs, en quelque nombre qu'ils soient, ne sauraient jamais infirmer les faits positifs, » dit M. Pasteur.

Après que le bureau de l'Académie eut désigné MM. Bouley, Vulpian, Davaine, Alphonse Guérin et Villemin pour faire partie de la commission d'enquête, M. Raynaud revint avec détails sur les circonstances particulières de ses expériences qui tendraient à faire écarter l'idée de septicémie.

Puis la parole fut donnée à M. Colin, qui la réclamait avec instance pour une réplique immédiate. Il commença par reprocher à M. Pasteur d'avoir choisi pour ses expériences précisément une ferme où le charbon était depuis longtemps endémique ; il indiqua les conditions dans lesquelles, suivant lui, on eût dû procéder : choix d'un lieu absolument sain pour y enterrer les cadavres porteurs de germe ; choix d'animaux absolument sains, loin de tout troupeau infecté, pour les parquer sur ce terrain, etc. ; il se mit également à critiquer les autres données antérieurement exposées par M. Pasteur. Mais bientôt M. le président, voyant M. Pasteur s'animer, de son côté, comme M. Colin lui-même, et craignant de voir dégénérer la discussion en dispute, y coupa court, renvoyant l'orateur devant la commission d'enquête. M. Colin se rassit donc en protestant ; et il paraît qu'il se refuse à comparaître devant des juges dont au moins un, M. Davaine, lui est ouvertement hostile, ayant été souvent l'objet de ses critiques.

Pour notre part, nous regretterions que M. Colin persistât dans une abstention qui pourrait être mal interprétée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DIEULAFOY.

De la bronchectasie.

I

Sans avoir l'intention d'entrer ici dans de grands détails concernant l'anatomie pathologique de la dilatation des bronches ou bronchectasie, je veux cependant vous esquisser à grands traits les diverses lésions anatomiques de cette maladie. Sachez tout d'abord que cette dilatation ne porte, le plus souvent, que sur les bronches de petit calibre et n'atteint que rarement celles de moyen et de gros calibre. Rappelez-vous également que cette dilatation peut se présenter sous trois aspects principaux, selon qu'elle est *moniliforme*, *ampullaire* ou *générale*.

Dans le premier cas, vous verrez la bronche successivement dilatée et rétrécie, affectant l'aspect d'un chapelet et terminée par une dilatation finale.

Dans le second cas, vous trouverez sur les parties laté-

rales de la bronche une sorte de diverticule, aussi l'appelle-t-on encore *dilatation sacciforme.*

Dans le troisième cas, la dilatation est étendue à toute la bronche, qui forme alors une véritable caverne.

Au début de la maladie, la texture de l'organe est très-peu modifiée, puis peu à peu le mal faisant des progrès, l'épithélium se détache, les fibres élastiques et musculaires disparaissent et le tissu conjonctif se trouve remplacé par du tissu embryonnaire. La contractilité des bronches n'existant plus, elles se laissent distendre sans revenir sur elles-mêmes, et, dans la presque-totalité des cas, vous constatez la présence de tissu inodulaire, c'est-à-dire la sclérose du poumon.

Ici se place une question, qui n'est pas encore résolue, à savoir si la sclérose précède la dilatation bronchique, ou si cette dernière est antérieure à la sclérose pulmonaire?

Les manifestations extérieures de la bronchectasie sont trop nombreuses, trop variées et peuvent trop souvent vous mettre dans l'erreur, pour ne pas appeler toute votre attention sur cette partie de son histoire, et tout d'abord permettez-moi d'établir une division des symptômes que nous allons étudier, division basée sur l'ordre chronologique de leur apparition; c'est ainsi que nous étudierons successivement les symptômes *fonctionnels, physiques* et *généraux.*

Le premier symptôme fonctionnel qui se manifeste chez le malade, c'est la *toux;* toux ne présentant aucun caractère particulier, si ce n'est sa persistance opiniâtre. Après la toux viennent les *quintes,* qui sont de plus en plus fréquentes, puis arrive l'*expectoration* avec ses particularités. Le malade crache un liquide muco-purulent, d'abord en quantité minime, mais qui arrive bientôt au chiffre énorme de 200, 250, 300 et même 350 grammes par jour, grâce à la dilatation progressive et de plus en plus nombreuse des bronches, qui deviennent ainsi de véritables réservoirs de muco-pus. Si vous recueillez dans un verre cette expectoration, vous la verrez se diviser en deux couches superposées et parfaitement distinctes : une couche superficielle spumeuse, aérée, qui n'est autre que de la salive, et une couche profonde, épaisse, gluante, composée de globules de pus et de cellules épithéliales.

Certains malades expectorent continuellement, c'est une véritable bronchorrhée; mais il en est d'autres qui se débarrassent en deux ou trois fois des mucosités purulentes qui obstruent leurs bronches. Ces malades vous disent que chaque matin, après une ou deux quintes de toux, ils rendent 200, 250 grammes de matière, et que, sauf quelques crachats, ils sont tranquilles pour tout le reste du jour; le même phénomène se reproduit le soir, mais moins accentué que le matin. En présence d'un tel symptôme, on pense immédiatement à une vomique pleurale, et cependant il n'en est rien.

A peine cette expectoration est-elle devenue aussi abondante qu'elle prend un autre caractère non moins important; je veux parler de la *fétidité;* fétidité repoussante, atroce, et qu'il faut avoir constatée pour s'en rendre bien compte. Si le malade est à l'hôpital, il empestera à lui seul une salle entière; si, au contraire, c'est un malade de votre clientèle, non-seulement son appartement sera infecté par cette odeur, mais encore l'escalier de sa maison, et le malheureux deviendra une gêne, un objet de répulsion pour ceux qui l'entourent, les distractions en commun ne lui seront plus possibles, car il emportera partout avec lui cette odeur repoussante. Pour ma part, j'ai eu un malade qui, atteint de cette affection, ne pouvant plus rester à Paris et y continuer son genre d'existence habituel, prit le parti de vivre seul dans une maison de campagne. D'ailleurs, lisez le passage admirablement écrit que Trousseau consacre à cette fétidité de l'haleine et de l'expectoration dans son article sur la dilatation des bronches. Si cette fétidité constitue une gêne considérable et quelquefois même un obstacle aux relations sociales, elle n'aggrave pas du moins le pronostic de la maladie et ne met pas davantage les jours du malade en danger; le malade de Trousseau vivait encore quinze ans après, et celui dont je vous ai parlé il y a quelques instants est revenu à Paris où il jouit actuellement d'une bonne santé.

Un autre symptôme peut encore s'ajouter à ceux que je viens de vous énumérer et vous faire commettre une erreur de diagnostic : c'est l'*hémoptysie* pouvant en imposer pour la tuberculose pulmonaire. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'hémoptysie apparaître dans le cours de la bronchectasie; mais, en vous faisant le diagnostic différentiel de cette dernière maladie de la tuberculose pulmonaire, vous verrez que les caractères de l'hémoptysie ne sont pas identiques dans les deux cas.

Quand on examine un malade atteint de bronchectasie, ce qui frappe surtout la vue, c'est une déformation de la cage thoracique, constituée par un aplatissement au niveau du point où les bronches sont dilatées.

Par la percussion, on obtient des résultats très-différents, selon que les dilatations bronchiques sont remplies de muco-pus ou à l'état de vacuité.

Dans le premier cas, on constate de la matité, qui peut encore être le résultat de la sclérose pulmonaire, tandis que, dans le second cas, vous obtiendrez une sonorité exagérée et même le bruit de pot fêlé.

Par l'auscultation, si le malade a été atteint précédemment de pleurésie, vous percevrez un bruit de frottement: si les dilatations sont volumineuses, vous trouverez du souffle caverneux et même du gargouillement.

Voyez à combien d'erreurs vous êtes exposés si, pour arriver au diagnostic, vous ne vous servez pas de tous les éléments dont vous disposez!

Quelquefois même vous ne trouvez à l'auscultation que des râles de bronchite simple.

Jusqu'à présent, nous avons vu se dérouler devant nous des symptômes fonctionnels et physiques, parfaitement tranchés, c'est vrai, mais qui sont communs à d'autres affections et dont par conséquent la valeur diagnostique est loin d'être absolue.

Les symptômes généraux sont *caractéristiques,* en ce sens qu'ils n'existent pas au début de la maladie. L'individu atteint de bronchectasie reste cinq, six, huit ans sans que sa santé soit ébranlée et sans se plaindre d'autres choses que de sa toux et de son expectoration; rien chez lui n'est atteint, en apparence du moins, et c'est après une période aussi longue que les complications surviennent et que l'état général du malade se trouve altéré. C'est au bout d'un laps de temps plus ou moins considérable, mais toujours appréciable, que l'on voit survenir cette fétidité repoussante dont je vous ai parlé et que quelques hémoptysies apparaissent.

Dans la tuberculose, au contraire, les hémoptysies sont précoces et plus abondantes.

Quant à la gangrène pulmonaire, ce n'est pas une entité morbide, c'est un accident survenant dans le cours d'une

autre maladie, et au bout d'un temps relativement très-court.

Nous ferons d'ailleurs ressortir ces différents caractères en faisant le diagnostic de la bronchectasie.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules SIMON.

Diagnostic différentiel des laryngites chez les enfants.

Les laryngites peuvent se diviser en laryngites aiguës et laryngites chroniques; ces dernières sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. Nous ne nous occuperons ici que des premières.

Les laryngites aiguës se subdivisent à leur tour :

1° En laryngites inflammatoires simples qui peuvent être ou légères ou intenses et dues à une simple excitation par le froid. Lorsqu'elles sont d'une certaine intensité, elles peuvent devenir fort graves. Elles comprennent aussi les laryngites rubéoliques qui accompagnent la rougeole et affectent une durée spéciale, et les laryngites varioliques caractérisées par la présence de pustules sur la muqueuse laryngée, enfin la laryngite de la morve dont je n'ai pas à parler ici.

2° La laryngite striduleuse ou l'inflammation de la glotte, qui s'accompagne de spasmes avec les phénomènes apparents du croup.

3° La laryngite pseudo-membraneuse ou croup, caractérisée par la formation de plaques diphthéritiques. Le mot croup, créé par Home, qui a le premier étudié cette affection, et dans un excellent travail, est la meilleure expression qui convienne à cette maladie, et je ne comprends pas qu'on ait voulu le remplacer par d'autres mots; je ne comprends pas davantage qu'on ait voulu faire des pneumonies ou des entérites croupales. Le terme de croup doit rester exclusivement appliqué à la maladie du larynx pour laquelle il a été créé.

Laryngite inflammatoire légère. — Elle est caractérisée chez l'enfant par un peu d'enrouement et une petite toux sèche tout d'abord, puis un peu humide, accompagnée d'une fièvre légère, d'un malaise général, d'un état plus ou moins bilieux, enfin d'un peu d'embarras gastrique. Cet état a quelquefois été précédé d'un peu de pharyngite.

Laryngite inflammatoire intense. — Dans cette forme, il existe de la douleur au niveau du larynx; l'enfant y porte fréquemment la main, se plaignant d'une sensation pénible; la voix est plus enrouée, voilée, quelquefois même tout à fait éteinte. Toux pénible sans raucité, sans timbre, mucosités: l'enfant fait des efforts pour expectorer. Il survient des accès de suffocation, le soir et la nuit principalement, accès d'autant plus intenses que l'enfant est lui-même plus nerveux. La respiration est difficile et s'accompagne d'un bruit de cornage que l'on ne saurait confondre avec le bruit de tirage ou sifflement laryngo-trachéal du croup. Les accès de suffocation, qui peuvent parfois simuler aussi les accidents du croup, peuvent entraîner la mort. Comme état général, fièvre assez intense et troubles gastriques prononcés.

Laryngite striduleuse ou faux croup. — Elle présente des signes absolument caractéristiques. On la rencontre surtout chez les petits enfants, entre deux et six ans. Elle débute tout à coup la nuit, entre onze heures du soir et deux heures du matin, sans autres prodromes que, parfois, la veille, un très-léger enrouement qui, le plus souvent même, a passé inaperçu. L'enfant est réveillé brusquement par un accès de suffocation; le faciès est vultueux, hagard, exprimant l'angoisse et la terreur; l'enfant a réellement peur de mourir, il semble qu'il soit menacé d'asphyxie, les veines du cou sont distendues; la toux est caractéristique, rauque, grosse, métallique, comme une sorte d'aboiement, stridente par la vibration des cordes vocales fortement tendues, sans qu'il existe aucune fausse membrane. Mais l'accès dure généralement si peu qu'il est le plus souvent passé lorsque le médecin, qu'on est allé quérir, arrive auprès de l'enfant. La toux persiste encore un peu, s'accompagnant d'un malaise général et surtout d'une prostration d'autant plus grande que l'accès a été plus violent. Le lendemain, on ne constate qu'un peu de laryngite. Quelquefois il survient un nouvel accès la nuit suivante, mais cela est fort rare.

La laryngite aiguë intense se distingue de la laryngite striduleuse par l'aggravation des symptômes et la persistance de la maladie pendant un certain nombre de jours et par les phénomènes fébriles et autres qui l'accompagnent Ici, où nous avons affaire à une maladie nerveuse, rien de tout cela n'existe; fièvre nulle, nuls phénomènes consécutifs à l'accès.

La laryngite intense de la variole, qui s'accompagne de pustules dans le larynx, ne lui ressemble en rien non plus; de plus l'éruption cutanée déterminera certainement le diagnostic.

La laryngite de la rougeole peut, dans la période prodromique, alors que l'éruption n'est pas encore apparue sur la peau, quelquefois simuler le faux croup, en débutant aussi parfois la nuit par un accès brusque. Mais la peau chaude, l'état fébrile généralement intense, quelquefois des vomissements le jour précédent ou même la nuit, de l'embarras gastrique, l'écoulement nasal, etc., ne permettront pas de la confondre avec la laryngite striduleuse. Du reste, la persistance des phénomènes généraux le lendemain et les jours suivants, en cas d'hésitation au premier moment, jugeront définitivement la question.

Dans tous les cas, même de faux croup à peu près certain, il est toujours prudent de réserver le diagnostic en remettant au lendemain pour se prononcer sûrement.

Si le diagnostic du croup et du faux croup est ordinairement facile, des erreurs ont cependant quelquefois été commises, dans l'impossibilité où l'on s'est trouvé de reconnaître avant un certain temps la nature véritable de l'affection.

Je vous citerai le fait, qui s'est passé à l'hôpital Necker, d'un jeune garçon de treize à quatorze ans, qui avait été pris brusquement d'accès violents d'étouffement vers six heures du matin; la respiration était restée difficile, s'accompagnant d'un sifflement laryngo-trachéal qui simulait absolument le croup, et d'un timbre de voix également croupal; on l'amène dans cet état. A l'heure de la visite de M. Bouley, il est pris d'une nouvelle attaque subite, cependant aucune fausse membrane dans la gorge, mais l'asphyxie persiste ainsi que le sifflement caractéristique du croup, et M. Bouley, ne considérant pas qu'on soit là en présence d'un simple spasme laryngien, songe à pratiquer la trachéotomie dans la soirée, lorsque, vers cinq heures, on m'appelle comme étant l'interne de garde; j'arrive au lit du malade, le spasme avait cessé, et les phénomènes, si graves l'instant d'avant, avaient si bien disparu que je le trouvai en train

de manger. Nous avions eu dans ce cas une laryngite striduleuse tellement intense, avec asphyxie imminente, qu'elle avait simulé un véritable croup.

D'autre part, Trousseau raconte le fait d'un enfant qui succomba à Juvisy à un accès de laryngite striduleuse.

Une autre fois, dans ma salle des teigneux, j'observai un de ces cas de croup d'emblée, assez fréquents à l'hôpital, tandis qu'ils sont des plus rares en ville. Il s'agit d'un petit enfant qui avait eu une certaine nuit un accès de suffocation sans fausse membrane aucune, et qui, deux jours plus tard, était pris de tels étouffements que l'on dut pratiquer la trachéotomie. On découvrit alors l'existence d'un long tube pseudo-membraneux. Du reste, bien que ce croup pût rentrer dans la catégorie des croups d'emblée, cependant l'enfant avait depuis plusieurs jours la voix éteinte. Cet enfant n'a guéri de sa laryngite pseudo-membraneuse que pour mourir plus tard de la rougeole.

Laryngite pseudo-membraneuse, ou mieux croup. — A moins d'exceptions rares, le croup ne débute jamais en ville d'emblée par le larynx, mais il est généralement précédé de coryza ou d'angine couenneuse. La diphthérie a donc déjà débuté en d'autres points que le larynx avant de s'y montrer. Mais, dès que le larynx est pris, l'enfant éprouve à son niveau une sensation pénible, la voix s'enroue et s'éteint, de même que la toux qui devient rentrante, comme déchirée par des corps flottants, l'expansion du son ne se fait plus, le passage de l'air est de plus en plus difficile, le sifflement laryngo-trachéal s'accentue, le soir surtout; l'enfant est pâle, ses lèvres sont violacées, il existe un tirage considérable dû aux efforts énormes de la respiration, qui indique certainement l'existence d'un obstacle au passage de l'air. Cependant la fausse membrane, le corps du délit, seuls, vous permettent de porter un diagnostic absolument affirmatif de croup. Du reste l'enfant parvient toujours, à un moment donné, à rejeter, à expectorer un fragment quelconque de fausse membrane, c'est-à-dire d'un produit couenneux qui, dans l'eau, conserve son aspect à deux surfaces, l'une lisse, l'autre couverte d'aspérités, produit élastique, contenant de la fibrine feutrée interposée entre ses deux surfaces.

On ne saurait confondre ce tableau avec celui des autres laryngites, car, si le croup s'accompagne, comme la laryngite striduleuse et la laryngite inflammatoire intense, d'accès de suffocation, vous voyez, l'accès passé, l'enfant ayant expectoré se rendormir pour être repris peu après de nouveaux accès dans les mêmes conditions, et vous assistez à une asphyxie qui monte graduellement jusqu'à ce que la mort soit imminente. Dans la laryngite striduleuse, au contraire, le maximum des accidents est immédiat. Dans le croup, le tableau continue par l'asphyxie, par les sueurs froides, par l'abaissement continu de la température, par l'intoxication diphthéritique.

Cette intoxication se manifeste également par la mort du globule rouge, devenu inerte, comme l'a découvert ici M. Paul Regnard. En effet, tandis que, si vous remuez dans l'oxygène le sang provenant d'un individu atteint de bronchite capillaire, vous le voyez devenir d'un rouge plus ou moins intense, par contre le sang d'un enfant diphthéritique, agité également dans l'oxygène, restera violacé, brun, épais, en un mot ne s'oxygénera pas.

Enfin, pour terminer tout ce qui a rapport au diagnostic différentiel des laryngites, je dirai que, dans le cas où une laryngite inflammatoire aiguë intense donnerait lieu à des symptômes à peu près semblables à ceux du croup, la fausse membrane resterait toujours l'élément péremptoire d'un diagnostic certain.

DE L'EXCISION DU CHANCRE SYPHILITIQUE (1)

Par M. le docteur Charles Mauriac,
Médecin de l'hôpital du Midi.

III

Troisième cas. — *Excision d'un chancre syphilitique au neuvième jour. — Induration de la cicatrice et processus lympho-adénopathique très-prononcé. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Un jeune homme, âgé de vingt ans, entré dans mon service, salle n° 8, numéro 18, cohabitait avec une ouvrière fleuriste depuis deux mois, lorsqu'il s'aperçut, le 1er avril 1880, qu'il avait une petite érosion sur la muqueuse préputiale. Il vint à ma consultation le 9 avril, et je constatai une érosion chancreuse typique, parcheminée, large de 1 centimètre, ronde, irisée et à sécrétion séreuse. Adénopathie spécifique dans l'aine droite. Séance tenante, le chancre est extirpé ainsi qu'une petite zone de la muqueuse qui l'entoure. (Neuvième jour du chancre.)

Le 12, la réparation était en bonne voie et se faisait sans réaction inflammatoire, mais, au-dessous d'elle, il y avait déjà une induration prononcée. Même état des ganglions.

Le 21 avril (douzième jour de l'excision, vingt-et-unième du chancre), induration très-prononcée au-dessous de la cicatrice qui est complète depuis le 18. L'induration est aussi nette et aussi chondroïde que celle d'un chancre syphilitique. Adénopathie très-spécifique à droite.

Il existe, en outre, une lymphite dorsale du pénis qui se termine en arrière, vers le pubis, par un renflement lymphatique sous-cutané et n'a aucune connexion ni avec le chancre, ni avec les ganglions. Aucune manifestation cutanée ou muqueuse.

Le 4 mai, le malade, sorti depuis quelques jours, revint nous voir à la consultation. L'induration de la cicatrice est encore très-prononcée. Adénopathie double inguinale polyganglionnaire. Syphilis érythémato-papuleuse, à rares papules plates, datant de cinq ou six jours, survenue sans autres troubles constitutionnels que des malaises vagues et de la fatigue musculaire.

Je revis le malade le 13 juillet. La roséole avait complètement disparu depuis un mois. Le malade avait des plaques muqueuses à la bouche et à la gorge. L'adénopathie existait encore.

Là, comme dans le cas précédent, l'excision avait été pratiquée trop tard pour qu'on pût compter sur son effet abortif. Elle n'a nullement modifié le processus habituel de la lésion primitive. Il est même à remarquer qu'il s'est produit une lymphopathie en même temps qu'une néoplasie ganglionnaire typique.

D'un autre côté, la deuxième incubation, c'est-à-dire l'intervalle entre le début du chancre et l'apparition des accidents consécutifs, n'a point été abrégée. La durée paraît même avoir été moins longue que d'habitude. Enfin il s'est produit quelques troubles constitutionnels, bientôt suivis de déterminations syphilitiques cutanées et muqueuses.

L'opération a été très-inoffensive. La cicatrisation s'est faite rapidement; la néoplasie s'est reproduite au-dessous d'elle. En un mot, les choses se sont exactement passées comme si l'on avait rien tenté contre le chancre.

Quatrième cas. — *Excision d'un chancre syphilitique au seizième ou dix-huitième jour. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Le malade, entré dans mon service, salle 8, numéro 12, s'était aperçu, le 20 avril environ, d'un petit bouton sur la face cutanée

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 janvier 1881.

du prépuce. Il ne vint me consulter que le 8 mai. Son exulcération chancreuse était alors ovalaire, parcheminée, presque sèche et accompagnée d'une adénopathie bi-inguinale légère. La lésion était si facile à enlever que je l'excisai séance tenante. La cicatrisation fut très-prompte et ne présenta aucune particularité remarquable. Les lèvres de la plaie restèrent quelque temps indurées.

Un mois environ après l'ablation du chancre, et quarante-huit jours après son apparition, roséole érythémateuse, psoriasis palmaire corné confluent, plaques muqueuses larges et ulcéreuses des orteils, etc.

Les accidents consécutifs furent sérieux. L'excision du chancre ne sembla modifier en rien le processus de la syphilis primitive, ni celui de la syphilis consécutive.

Cinquième cas. — *Ablation par circoncision d'un chancre syphilitique vers le quinzième jour de sa durée. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Il est difficile de dire à quelle date précise de l'accident primitif fut faite ici son ablation. Le malade, en effet, après une continence de six semaines, vit une femme, et, cinq ou six jours après, deux ou trois petites ulcérations se creusèrent sur le limbe. A ma consultation, lorsqu'il s'y présenta pour la première fois, le diagnostic fut : chancres simples. Au bout d'une quinzaine de jours, ils changèrent d'aspect et présentèrent une induration manifeste. Je me décidai alors à pratiquer la circoncision. Voici quel était, à ce moment-là, l'état du malade : sur la ligne médiane du limbe, ulcération régulière, arrondie, à base indurée. Son fond est gris, noirâtre, putrilagineux. Les ganglions, dans les deux aines, sont spécifiquement indurés.

Je revis le patient le 31 août 1880, trois mois environ après l'ablation du chancre. La plaie de la circoncision était parfaitement régulière et à peine visible. Elle n'était le siège d'aucune induration. Les ganglions de l'aine étaient volumineux et excessivement durs. Adénopathie cervicale très-accusée. Roséole érythémateuse en voie de disparition. Pas de plaques muqueuses.

L'opération n'avait modifié en rien le processus de la maladie.

Sixième cas. — *Excision d'un chancre syphilitique le dixième jour. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Le malade, âgé de vingt ans, s'était aperçu d'un petit bouton dans l'angle balano-préputial, le lendemain du dernier coït et un mois juste après l'avant-dernier. Il ne vint à ma consultation que le 25 mai, dix jours après le début de ce chancre dont la nature syphilitique était incontestable, et qu'on excisa séance tenante. Adénopathie bi-inguinale.

Le 2 juillet (quarante-neuvième jour du chancre, trente-septième de l'excision) ce jeune homme entra dans mon service. Il avait une roséole érythémato-papuleuse et des plaques muqueuses.

La cicatrisation de la plaie s'était faite régulièrement, mais le processus général et local n'avait été nullement modifié par l'opération.

Dans cette première série d'excisions, qui comprend six cas, l'insuccès de la méthode abortive a été aussi complet que possible. Il fallait s'y attendre. Nous avons pris les cas qui se prêtaient le mieux à l'opération, mais elle avait été faite à une époque beaucoup trop avancée de la lésion primitive, c'est-à-dire aux quinzième, seizième, neuvième, dixième jours. Dans un seul cas, nous avions pu la pratiquer à un moment assez rapproché du début, au quatrième jour, alors qu'il n'existait pas encore d'adénopathie spécifique, et néanmoins les accidents consécutifs étaient survenus à leur date habituelle.

En présence de pareils résultats, la conclusion qui s'impose d'elle-même, c'est que l'excision, pour avoir quelques chances de réussite, doit être pratiquée avant le quatrième jour de l'accident primitif.

Quant aux conséquences locales, elles sont encourageantes, puisque la cicatrisation de la plaie s'effectue toujours très-rapidement et sans entraîner aucun inconvénient fâcheux. La seule différence qu'il y ait entre la plaie de l'excision chancreuse et une plaie ordinaire, c'est que sa base et ses bords s'indurent et que la néoplasie se reproduit, mais ne s'ulcère pas.

L'induration qui s'empare, quelque temps après l'incision, de la base et des bords de la cicatrice, est un signe certain d'insuccès, et permet de pronostiquer à coup sûr la généralisation des accidents. Je n'ai vu qu'une seule exception apparente, mais je ne la compte pas, parce que le cas n'a été observé que pendant trois mois, et incomplètement.

Les adénopathies consécutives ne sont point modifiées par l'excision. Le processus local de la syphilis primitive s'accomplit comme si on avait abandonné le chancre à son évolution spontanée.

La deuxième incubation n'est ni abrégée, ni allongée; les premiers accidents de la syphilis consécutive surviennent à leur date habituelle.

Relativement à leur intensité, il est difficile et même impossible de se prononcer. Est-elle atténuée par l'excision ? Je ne le pense pas. Du reste, comment savoir ce qu'elle eût été si le chancre n'avait pas été enlevé ? Il est fort probable que les choses se seraient passées de la même façon.

Je ne parlerai pas de cinq autres cas dans lesquels l'excision fut pratiquée aux cinq ou dix premiers jours du chancre, parce que je perdis ces malades de vue.

J'arrive à un fait qui s'est présenté dans des conditions si favorables de succès que le résultat devait être décisif, pour résoudre l'importante question qui nous occupe. J'appelle sur lui l'attention du lecteur, parce que je doute qu'il en existe un autre aussi concluant.

Septième cas. — *Excision d'un chancre syphilitique cinquante heures après son début. — Insuccès. — Accidents consécutifs.* — Un jeune homme, fort intelligent et très au fait des maladies vénériennes, vint me consulter, en juin 1880, pour une petite papule presque imperceptible qui s'était produite depuis trente-six heures environ sur la muqueuse préputiale. Il craignait qu'elle ne fût syphilitique parce qu'il avait eu, quelques semaines auparavant, deux rapports avec une personne qu'il avait su, depuis, être atteinte de syphilis.

Voici en quoi consistait cette lésion : c'était une saillie rouge de la grosseur d'une petite tête d'épingle, de forme ovalaire, située à droite sur la muqueuse du prépuce. En l'examinant à la loupe, on constatait que sa surface était régulièrement bombée, uniformément rouge et lisse. Autour d'elle existait un liséré épidermique blanchâtre. Elle était entourée d'une auréole d'un rouge violacé. Sa surface sécrétait un liquide parfaitement limpide qui se reproduisait aussitôt qu'elle avait été essuyée et lui donnait un aspect vernissé. En la pressant entre les doigts, on sentait qu'elle était un peu ferme, mais elle ne reposait point sur une base franchement indurée.

Il n'existait aucune trace d'adénopathie ganglionnaire. Comment affirmer qu'une pareille lésion était un chancre syphilitique, à l'état embryonnaire ? Y avait-il les éléments nécessaires pour poser un tel diagnostic précis et formel? Assurément non, et j'aurais hésité à me prononcer sur la nature de cette lésion insignifiante en apparence, si je n'avais constaté, le même jour, sur la personne avec laquelle le malade avait eu des rapports, l'existence d'un chancre syphilitique et même les accidents consécutifs de la maladie constitutionnelle.

Cette circonstance étiologique capitale dissipait les doutes que laissait dans l'esprit l'insuffisance des caractères de la lésion, et il devenait, en effet, fort probable que les pressentiments du patient ne le trompaient pas et qu'il était sous le coup d'une infection imminente. Aussi je ne balançai pas à lui exposer la situation telle

que je la comprenais et à lui proposer l'ablation de la petite papule pour en prévenir, si cela était possible, les conséquences ultérieures.

L'offre fut acceptée, et d'un coup de ciseau j'excisai largement la papule, de manière à enlever avec elle une zone étendue de la muqueuse préputiale, bien au-delà des limites de la sphère morbide.

En admettant que le malade ne se fût pas aperçu de cette lésion aussitôt qu'elle était apparue, on ne pouvait guère compter plus de cinquante à cinquante-six heures, depuis son début jusqu'au moment de l'excision.

Qu'on veuille bien noter qu'elle était exclusivement locale et qu'il n'existait encore aucun indice de l'irradiation du processus vers les vaisseaux ou les ganglions lymphatiques.

Toutes les conditions les plus favorables se trouvaient donc réunies pour empêcher, par l'ablation du petit foyer morbide, la maladie de suivre son cours et de se généraliser, si l'intoxication n'avait pas eu lieu avant l'apparition de l'accident primitif.

Aussi, sans compter absolument sur le succès ni me faire de trop grandes illusions, je n'étais pas sans espoir.

Je crus même avoir réussi lorsque, quinze jours après l'ablation, le malade vint me revoir. La plaie, en effet, était cicatrisée et souple. Il n'existait aucune trace d'induration au-dessous de la cicatrice ni à sa périphérie. Les ganglions inguinaux n'étaient point hyperplasiés.

Malheureusement les choses ne restèrent pas longtemps dans cet état satisfaisant, car, le 19 juillet, je constatai qu'à la place de la cicatrice souple et exempte de toute induration qui existait le 5 juillet, il s'était formé, dans l'épaisseur de la muqueuse, une plaque large à peu près comme une pièce de 20 centimes, parcheminée, chondroïde, élastique, à contours nettement tranchés, sèche, lisse à sa surface et sans trace d'érosion.

Il paraît que ce changement de mauvais augure avait commencé le 7 juillet (dix-septième jour de l'excision), qu'il était survenu sans douleur, sans suintement, sans érosion, sans aucun signe de processus inflammatoire sous la cicatrice ou autour d'elle.

Cette plaque d'induration ressemblait à celle d'un chancre syphilitique cicatrisé.

Aucune manifestation sur la peau ni sur les muqueuses.

Le 12 août (cinquante-et-unième jour de l'excision), il existait toujours, au-dessous de la cicatrice, un large disque induré, typique, ayant un centimètre et demi de diamètre, très-nettement circonscrit, toujours sec et qui n'avait jamais ni suinté ni suppuré. Un peu, mais très-peu, d'adénopathie dans l'aine droite.

Sur la peau on trouvait quatre ou cinq grosses papules plates très-caractéristiques dont une annulaire. Pas de croûtes dans les cheveux ni d'adénopathie cervicale. L'éruption papuleuse avait débuté sur le scrotum le 31 juillet. Les autres papules étaient survenues peu de temps après.

L'existence de la syphilis était donc incontestable.

Ainsi, l'excision, quoique faite dans les conditions les plus propices à sa réussite, n'avait eu aucun effet abortif et n'avait nullement empêché l'intoxication de se produire suivant son mode habituel, et de se manifester par ses accidents ordinaires, à la date précise de leur apparition normale.

Une particularité qui me semble ne pas manquer d'intérêt, c'est l'interruption complète du processus chancreux, pendant les seize ou dix-sept jours qui ont suivi l'opération. La sclérose sans érosion, placée au-dessous de la cicatrice, ne s'est développée qu'après une sorte d'incubation prolongée. En outre, l'adénopathie a été très-peu prononcée. La syphilis a été très-discrète dans ses manifestations premières. Je ne sais pas ce qui est survenu depuis, car j'ai perdu le malade de vue.

Ceux qui ont pratiqué l'excision sur une large échelle prétendent que, si elle ne prévient pas toujours l'intoxication, elle a du moins la propriété d'en atténuer les effets. Je doute que cette manière de voir repose sur des preuves sérieuses et indiscutables, car on ignore ce qu'aurait été la syphilis chez le malade, si on ne lui avait pas fait l'excision du chancre. On avance qu'elle eût été plus grave, plus confluente ; c'est une pure supposition.

Il ne faut donc pas faire intervenir ici, pour juger la méthode, une sorte d'action curative tout hypothétique. Prévient-elle ou ne prévient-elle pas la syphilis ? Voilà quelles sont les seules données du problème à résoudre.

Eh bien, l'expérience qu'on vient de lire paraîtra-t-elle concluante? Certes, en relatant ce fait, je suis loin de vouloir décourager ceux qui croient encore à la vertu abortive de la méthode. Je doute néanmoins qu'elle puisse être appliquée dans des circonstances plus propres à en assurer la réussite, si elle avait été possible.

Grâce à la petitesse du chancre et à sa situation sur la muqueuse préputiale, l'excision a pu être faite d'une façon complète et avec la certitude d'être allé bien au-delà du travail morbide local qui était encore si limité. Et puis n'a-t-elle pas été exécutée à une époque très-rapprochée du début? La lésion était encore à l'état rudimentaire ; elle offrait même si peu de prise au diagnostic positif que j'aurais attendu qu'elle s'accentuât davantage, si je n'avais pas eu sous les yeux la cause très-plausible de sa spécificité.

Sans cette source de contagion qui rendait infiniment probable la nature syphilitique de la papule, qu'aurait-on dit, en cas de succès ? Que je n'avais excisé qu'une simple érosion herpétique. La tentative eût été douteuse et par conséquent entachée de nullité.

On voit par là combien il est difficile d'exécuter cette opération au moment précis où l'on peut constater qu'il s'agit bien d'un chancre syphilitique, mais d'un chancre tout récent et qui n'aurait pas eu encore le temps d'infecter l'économie.

Après un insuccès aussi éclatant, les quelques illusions que j'avais sur la possibilité de prévenir la généralisation du mal, en détruisant de bonne heure l'accident primitif, se sont évanouies.

En se reportant aux considérations pathogéniques dont j'ai fait précéder l'exposition des faits, il faut convenir qu'on est presque obligé d'adopter la première interprétation du processus, c'est-à-dire celle de l'empoisonnement d'emblée, sans aucune lésion locale préalable, et par l'absorption du virus déposé à la surface de la peau ou des muqueuses.

Mais est-ce bien une véritable intoxication, semblable à celle qui suit le chancre et aboutit fatalement à des accidents généraux? Comment l'organisme resterait-il silencieux, s'il en était ainsi? Pourquoi un seul point serait-il atteint, celui précisément où a été déposé le virus? Tout est obscur, inexplicable, mystérieux dans cette hypothèse, que les faits nous forcent d'admettre. Mais du moins nous pouvons dire que l'empoisonnement de l'économie pendant l'incubation est incomplet, insuffisant, et que l'accident primitif qu'il suscite lui est indispensable pour aller plus avant dans les voies de l'infection progressive et de la diathèse.

Aussi, tout en étant *résultat*, le chancre est-il *cause* aussi, et une cause puissante, sans laquelle le premier empoisonnement n'aboutirait à rien. Il faut que ce foyer morbide crée de nouvelles particules virulentes ou renforce celles qui existaient déjà, en leur communiquant des propriétés infectieuses plus actives et plus pénétrantes.

Ce n'est pas tout encore : il faut que son processus, s'emparant des voies lymphatiques, y crée d'autres foyers qui multiplient le virus et en inondent le liquide sanguin. N'est-ce pas le rôle pathologique des lympho-adénopathies qui accompagnent toujours le chancre et servent comme de trait d'union entre la lésion locale et les accidents consécutifs ?

Que puis-je conclure, jusqu'à nouvel ordre, des faits qui me sont personnels, relativement à l'excision du chancre syphilitique ? C'est que cette opération n'empêche pas la maladie de se généraliser, même lorsqu'elle est pratiquée dans des circonstances exceptionnellement favorables pour en assurer la réussite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Ernest Besnier et Vallin, pour la section d'hygiène et de médecine légale ; 2° un travail manuscrit de M. le docteur Amat, aide-major à Rodez, intitulé : *De l'hydrothorax double et de la vie sans respiration chez le nouveau-né ;* 3° une lettre de MM. Tuffier et Gallois, internes des hôpitaux de Paris, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à *un cas de pustule maligne parasitaire pseudo-charbonneuse.* (Accepté.)

ÉLECTION

L'Académie procède par la voix du scrutin à l'élection d'un membre correspondant dans la quatrième division (sciences accessoires).

La commission propose : en première ligne, *ex æquo*, MM. Ladrey (de Dijon) et Lepage (de Gisors) ; en deuxième, *ex æquo*, MM. Daremberg et Schlagdenhauffen (de Nancy) ; en troisième, M. Boudier (de Montmorency).

Le nombre des votants étant de 80, majorité 41, M. Daremberg obtient 54 suffrages, M. Lepage 20, M. Ladrey 7. En conséquence, M. Daremberg est proclamé membre correspondant.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION DE LA RAGE.

(Voir le Premier-Paris.)

RAPPORT

M. Chéreau lit un rapport sur une communication faite à l'Académie de médecine par M. Nachtel, concernant *l'ambulance urbaine de New-York.*

Les conclusions de ce rapport sont : 1° de voter des remerciements à M. le docteur Henri Nachtel ; 2° de renvoyer son travail et le rapport dont il a été l'objet à M. le ministre de l'intérieur. Ces conclusions, vivement appuyées par M. Larrey, sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première opération d'ovariotomie, à Caracas, a été exécutée le 16 septembre 1880, avec un plein succès, par M. le docteur Ponte, président de la Faculté de médecine de Venezuela.

— M. le docteur Riolacci, médecin-major de première classe, est nommé officier de l'instruction publique.

— Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Baudon Auguste), délégué cantonal à Mouy (Oise) ; Bienfait, conseiller général de la Marne, conseiller municipal, membre du conseil départemental de l'instruction publique, à Reims ; Bringuier (Anténor), à Montpellier, lauréat de l'Académie de médecine ; Bouton, professeur du cours d'accouchement départemental du Doubs ; Crussard (Amand), délégué cantonal à Neufchâteau (Vosges) ; Bucquoy, médecin-major de première classe au 100e régiment d'infanterie ; Chauvel, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; Coustan, médecin-major au 14e bataillon de chasseurs à pied ; Duplessis, vétérinaire principal de première classe ; Vauthier, médecin principal de première classe à l'École militaire supérieure ; Raimbault, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne ; Saint-James, maire de Bretteville-l'Orgueilleuse, délégué cantonal ; Barelli, médecin du lycée de Nice : Duchaussoy, fondateur de l'École des garde-malades à Paris ; Dugenet, délégué cantonal, médecin à Bléré ; Fabre, médecin de l'hospice d'Alais ; Fumouze, président de la délégation cantonale de Saint-Denis ; Gombault, médecin de l'hôpital Beaujon, publiciste ; Guérin, médecin à Abriès (Hautes-Alpes) ; Manichon, professeur libre d'hygiène à Oulchy-le-Château (Aisne) ; Millon, à Marseille ; Patézon, délégué cantonal du canton de Bourbonne-les-Bains ; Paul (Constantin), secrétaire général de la Société de thérapeutique ; Redard, sous-inspecteur des Enfants-Assistés (Seine-et-Oise), auteur de publications importantes sur la médecine ; Roy, médecin à Melun (Seine-et-Marne) ; Trouessart, médecin à Villevêque (Maine-et-Loire), professeur à la Ligue de l'enseignement. MM. les pharmaciens : Menesson, à Saint-Ouen, publiciste, et Petit (Paul), à Paris, auteur de travaux importants sur la botanique.

— *Collège de France.* — Le cours de médecine de M. le professeur Brown-Séquard est momentanément suspendu pour cause d'indisposition.

M. Berthelot, professeur de chimie organique, fera, à dater du jeudi 3 février 1881, tous les jeudis à dix heures du matin, une conférence complémentaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10714.

Sirop de quinquina ferrugineux
DE GRIMAULT ET Cie

Les préparations martiales, alors même qu'elles sont formellement indiquées, ne sont pas toujours facilement supportées par l'économie. Pour obvier à cette intolérance, il est alors indispensable de leur associer le quinquina. Mais une telle association ne peut s'effectuer utilement que sous deux conditions essentielles : la première consiste à débarrasser le quinquina des principes astringents qu'il renferme, pour n'en conserver que les principes toniques ; la seconde, à faire choix d'un ferrugineux qui ne soit pas incompatible avec les alcaloïdes du quinquina.

Le *Pyrophosphate de fer et de soude* est le seul martial qui ait l'avantage de former, avec les principes toniques du quinquina, un composé exempt de reproches. C'est lui qui fait la base du *Sirop de quinquina ferrugineux* de Grimault et Cie. Aussi, cette préparation se distingue-t-elle, aussi bien par ses propriétés thérapeutiques que par sa limpidité et sa saveur agréable, de toutes celles de composition analogue.

Le *Sirop de quinquina ferrugineux* de Grimault et Cie, dont les heureux effets ont été constatés par la plupart des médecins de Paris depuis vingt années, se donne une demi-heure avant chaque repas, à la dose d'une cuillerée à bouche pour les grandes personnes et d'une cuillerée à dessert pour les enfants.

DÉPÔT A PARIS, 7, rue de la Feuillade.

Pastilles de Burin du Buisson
AUX LACTATES ALCALINS.

Le professeur PÉTREQUIN qui a étudié l'action des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif les prescrit dans les conditions suivantes :

1° *Pastilles simples aux lactates alcalins* contre les digestions mauvaises, difficiles; le gonflement de l'estomac et des intestins avec sécheresse de la bouche, de l'arrière-gorge, avec ou sans irritation; douleurs, aigreurs ou vomissements après les repas.

Dose : 6 à 8 après le repas.

2° *Pastilles aux lactates alcalins et pepsine* dans les cas particuliers où la pepsine est indiquée, alors que les facultés digestives sont altérées, languissantes et quelquefois nulles, ou à la suite d'affaiblissement général.

Dose : 6 à 8 avant ou après les repas.

Lyon, Gavinet; Paris, 7, rue de la Feuillade.

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Sirop d'Arséniate de fer soluble de Clermont
Licencié ès sciences, Pharmacien

PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE par **M. N. Gueneau de Mussy.**

Expérimenté dans tous les Hôpitaux de Paris.

Ce sirop, dosant par cuillerée à café 1 milligramme de sel pur et inaltérable, agit comme **reconstituant** dans toutes les **anémies et les affections herpétiques.**

1 à 4 cuillerées à café, au début des repas.

2 fr. 50 le flacon. — Paris, 6, avenue Victoria, et les pharmacies.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet
(POUDRE SULFUREUSE), le seul produit **approuvé par l'Académie de médecine**, adopté par les Hôpitaux civils et militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux dits de Barèges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »

Gros : A. CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

Saint-Raphaël, Vin tannique,
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Pilules Jules Simon (d'Alger)
A L'ARENARIA RUBRA (d'Afrique)

Contre les maladies des voies urinaires.

GUÉRISON CERTAINE.

Dépôt : phie Jules SIMON, 2, r. de la Lyre (Alger).

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna
(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE MÉDEDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Les véritables DRAGÉES de GÉLIS et CONTÉ ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives
PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

Cachets de Papaïne
(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *pharm. Paris,* 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Vichy, eau minérale naturelle
SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac ; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

Fougère mâle et Calomel
TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Les 16 capsules, dosées selon la formule du dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 francs le flacon.

Pharmacie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

Capsules Dartois
(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule.

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 2 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Rhumatismes. Guérison par la
Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit-» tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Préparations iodo-créosotées
et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud
A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à l'**Huile de Foie de Morue,**

Formules des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée,* contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contres, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CREOSOTÉS. La Blle 5 fr.

Elixir alimentaire Ducro
très-agréable au goût.

VIANDE CRUE ET ALCOOL.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.

Env. fo d'échon par poste. Paris, 20, pl. des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La syphilis et le mariage, ou le péril vénérien dans la famille.

Quelle question de pratique médicale plus importante et plus grave, au point de vue individuel comme au point de vue social, que la question de la syphilis considérée en vue du mariage et de la famille ? A quelles difficultés, à quels embarras n'est pas exposé le médecin consulté sur l'opportunité d'une union entre deux individus, dont l'un a eu ou a actuellement la syphilis, et mis en demeure de se prononcer soit sur une détermination immédiate à prendre, soit sur un ajournement et le terme à lui assigner ! Quel remords ne se prépare-t-il pas si un avis irréfléchi ou une trop grande condescendance ont pour résultat la souillure du lit conjugal, le deuil du berceau, et quelquefois la ruine et le déshonneur de la famille ! Quels regrets si, par un conseil trop rigoureux, il a éloigné à tout jamais deux êtres que toutes les autres convenances, d'ailleurs, semblaient devoir rapprocher, et condamné au célibat l'homme qui avait toutes les aspirations et toutes les qualités requises pour faire un bon père de famille !

La pratique hospitalière et la clinique n'apprennent pas à résoudre ces questions difficiles. C'est dans la pratique civile seule, mais dans une pratique spéciale étendue, que peuvent se présenter sous leurs aspects multiples les divers éléments de ce problème.

Ce n'est pas la première fois que nous signalons toutes les difficultés et toute l'importance d'un pareil sujet à nos lecteurs. Sans remonter aux nombreux articles de clinique où la syphilis infantile joue un si grand rôle, ou aux débats médico-légaux que soulève souvent cette affection et dont les comptes-rendus s'échangent entre les feuilles judiciaires et les feuilles médicales, et pour nous en tenir aux œuvres plus générales, rappelons qu'en 1873, à l'occasion de la publication du livre de M. Edm. Langlebert, intitulé : *La syphilis dans ses rapports avec le mariage*, nous avons déjà exposé quelques-unes des questions que soulève ce sujet et indiqué les solutions proposées par cet habile syphiliographe. Plus récemment, en 1876, nous avons emprunté à la « Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées » de MM. P. Diday et A. Doyon un passage relatif à l'un des points les plus obscurs de l'histoire de la transmission de la syphilis, la transmission par conception.

Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est d'abord parce qu'il est inépuisable et loin encore d'être suffisamment éclairci dans toutes ses parties ; c'est ensuite parce qu'une excellente occasion nous en est fournie par la publication de deux nouveaux documents émanés de deux maîtres en syphiliographie : *Syphilis et mariage*, leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. le professeur Alfred Fournier (1) ; et le *Péril vénérien dans les familles*, par M. P. Diday, de Lyon (2).

Les questions que ces deux maîtres se sont proposé d'étudier et de résoudre dans la mesure que comportent les connaissances et l'expérience acquises en matière de syphilis, sont les suivantes :

La syphilis constitue-t-elle une interdiction formelle, un obstacle absolu au mariage ?

Sinon, à quelles conditions un malade affecté de syphilis devient-il admissible au mariage ?

Comment et à quel titre le syphilitique devient dangereux ; divers modes de transmission de la syphilis.

Pour préparer la solution à donner à ces deux questions, il fallait d'abord réunir tous les faits épars dans les livres, dans l'enseignement clinique et dans la pratique, et chercher dans leur étude et leur analyse comment, à quel titre et dans quelles conditions, l'individu atteint de syphilis peut devenir dangereux dans le mariage.

Des deux conjoints présumés, commençons par l'homme. La priorité ici lui est acquise à tous les titres.

L'homme qui entre dans le mariage à l'état syphilitique doit être envisagé en lui-même d'abord au point de vue de l'infériorité personnelle que cet état lui constitue et comme non-valeur conjugale, puis sous le rapport des risques et des périls qu'il peut faire courir à sa femme, aux enfants qu'il peut avoir et même aux diverses personnes de sa maison ou de son entourage, périls d'autant plus grands qu'ils sont généralement moins soupçonnés.

Il faut s'en rapporter à la verve et au pinceau à la fois délié et vigoureux de M. Diday pour l'esquisse du malheureux syphilitique mis en présence de la jeune femme qui

(1) 1 vol. in-8°. Paris, 1880. G. Masson.
(2) 1 vol. in-12. Paris, 1881. Asselin et Cie.

sera bientôt sa victime, de « ce Clitandre visité par la nymphe ennemie des ménages, dépilé, croûteux, tacheté de roséole et moucheté de vitiligo, se décelant dans tout son habitus et non moins compromis par ce qu'il en dissimule que par ce qu'il n'en peut cacher, etc., etc., » et qui, s'il lui reste quelque sentiment de pudeur et d'honnêteté, ne peut donner de meilleure preuve d'amour à sa femme qu'en se condamnant et en la condamnant avec lui à la plus rigoureuse continence.

Si, du mari, nous allons à la jeune femme, il nous la montre, dans une compassion égale au moins au désespoir de son mari, élevant son courage au niveau de toutes les épreuves, ses consolations à la hauteur de toutes les angoisses : « Quand elle voit à ses côtés cette douleur qu'elle croyait terrassée renaître incessamment ; quand on lui en cache non moins obstinément le nom que la cause ; quand ses efforts pour en pénétrer le motif n'amènent qu'un redoublement de tristesse ; quand ces efforts mêmes où elle met toute son âme, toute son ingénieuse tendresse, ne servent qu'à aliéner de plus en plus le cœur qu'elle voudrait sauver, ah ! croyez-en celui qui si souvent l'a vue à l'œuvre et à la peine, c'est là, c'est là le vrai *supplice d'une femme.* »

Jusque-là, grâce à la prudence du mari, il n'y a de mis en commun que la souffrance morale ; mais que, par imprudence ou par ignorance même du mal et de ses suites, le mariage physiologique ait été accompli, voilà la jeune femme à son tour infectée.

A peine avons-nous besoin d'indiquer quel est le mode le plus commun de contamination. Mais, dans ces conditions même les plus communes et les plus normales, il y a à considérer une foule de circonstances qui favorisent plus ou moins ou neutralisent même quelquefois la transmission par contact. D'une part, les foyers de contagion n'occupent pas tous un siège aussi favorable à leur mise en rapport avec la région féminine sur laquelle ils ont à agir. C'est tantôt un chancre de la verge, ce sont d'autres fois des plaques muqueuses à la gorge, aux lèvres ou à la langue. Le fluide contaminant qui provient de ces diverses sources n'a pas un degré égal de pouvoir transmissif, ou il n'est pas déposé à un degré égal de concentration sur les organes contaminables de la femme ; son dépôt n'a pas la même durée ou n'est pas en rapport également intime avec les voies absorbantes, etc. ; autant de circonstances qui font que la contagion tantôt se réalise, tantôt ne se réalise pas.

D'autre part, il n'est pas un médecin qui ignore que le pouvoir transmissif, non-seulement diffère dans les différentes lésions, mais va en diminuant à mesure que la lésion représente une phase plus avancée de son évolution.

C'est là la raison de ce fait, qui atténue un peu la gravité du pronostic ainsi que les trop légitimes appréhensions qu'inspire une pareille situation, savoir, que le nombre des victimes de la contagion est de beaucoup inférieur à celui des exposées.

Un second mode de transmission de la syphilis par l'homme, et par conséquent une deuxième source de risques provenant de son fait, est la transmission par génération, transmission directe à l'enfant en même temps qu'à la mère, transmission directe à l'enfant seul, sans infection de la mère, qui devient à son tour secondairement infectée par l'intermédiaire de l'enfant. Tous ces faits, toutes ces possibilités, sont trop bien démontrés aujourd'hui pour que nous ayons à nous y arrêter.

Mais, pour la transmission à l'enfant, comme pour la transmission à la mère, il y a aussi deux points acquis : l'un, qui est de nature à rassurer un peu sur le degré de fréquence et de gravité de cette transmission, savoir, que plus, chez un homme, la syphilis vieillit, plus diminue le pouvoir de transmissibilité par contact, en même temps que diminue aussi dans le même rapport son pouvoir de transmission héréditaire ; l'autre, qui doit nous mettre en garde contre le danger plus imminent de certaines formes insidieuses de la syphilis, notamment de certaines formes de manifestations secondaires qui, alors que la syphilis semble éteinte, peuvent encore transmettre héréditairement l'affection.

A l'appui de ce qui a été énoncé tout à l'heure, que la contagiosité des lésions syphilitiques est moins grande qu'on ne le présume généralement, qu'elle n'est ni constante, ni nécessaire, nous ne pouvons citer plus à propos le document suivant rapporté par M. Fournier : « Pour ma seule part, dit ce professeur, j'ai en main quatre-vingt-sept observations relatives à des sujets dûment syphilitiques, qui, s'étant mariés, n'ont jamais communiqué à leur femme le moindre phénomène suspect et, de plus, ont engendré un total de cent cinquante-six enfants absolument sains. »

Avant de tirer de ces faits les conclusions qu'ils renferment implicitement, poursuivons et arrivons aux risques provenant de la femme. Ici nous serons court. Beaucoup de raisons rendent les occasions de la transmission de la syphilis de la femme à son mari extrêmement rares. La femme mariée syphilitique l'est le plus souvent du fait de son mari, qui n'a par conséquent rien à lui reprendre. Celui-ci court donc peu de risques de ce côté. Mais, quand la femme vient à être atteinte de la syphilis, c'est pour l'enfant que les risques deviennent imminents. L'enfant est, en effet, beaucout plus sûrement infecté par sa mère que par son père. Les statistiques que M. Diday a dressées dans son *Traité de la syphilis des nouveau-nés* établissent, au point de vue de la fréquence, une différence très-sensible entre l'infection par le père et l'infection par la mère. Le même fait ressort, d'une manière non moins frappante, du tableau suivant dressé par M. Fournier, et qui contraste, comme on va le voir, avec le tableau rapporté plus haut. Il nous montre 212 observations de femmes syphilitiques, ayant donné naissance à 264 enfants, dont 49 seulement ont survécu, tandis que 215 sont décédés, par avortement, par accouchement prématuré, au moment de la naissance ou à courte échéance après l'accouchement.

Enfin, dans l'énumération des risques que fait courir la syphilis dans les ménages, n'oublions pas le sujet qui y entre ayant eu la syphilis, et qui, soit que l'affection qu'il a contractée ait été de la pire espèce, soit que sa constitution déjà mauvaise en ait considérablement aggravé les caractères et la marche, soit qu'il ait été mal soigné ou ne l'ait pas été du tout, est arrivé, après avoir passé par toutes les phases de l'évolution morbide, en pleine diathèse incurable. Ici les risques sont nuls ou à peu près nuls pour la femme ; mais ils subsistent pour les enfants, si toutefois la fécondation est encore possible, non que ceux-ci puissent contracter de toutes pièces des accidents qui n'ont par eux-mêmes rien de contagieux, mais parce qu'ils peuvent hériter, sous une forme ou sous une autre, de l'une de ces diathèses syphilitiques transformées, source de tant de maux et de tant d'erreurs à la fois. C'est sur lui-même surtout que vont sévir et s'accumuler les risques les plus sérieux avec toutes leurs funestes conséquences pour la famille.

On voit d'ici ce mari, ce chef de famille, dont la santé à

tout jamais compromise, hypothéquée par l'impitoyable maladie, le rend morose, inquiet, préoccupé, hypochondriaque (on le deviendrait à moins), inapte à s'occuper sérieusement et avec suite de la direction de sa maison, incapable de donner soit à l'éducation de ses enfants, s'il en a, soit à la gestion et à la surveillance de ses affaires, le temps, les soins et l'attention qu'elles réclament. Et, au bout d'un terme plus ou moins long, voici venir les infirmités incurables, quelquefois même une mort prématurée, entraînant à sa suite la désolation et la ruine, si celle-ci n'avait déjà précédé la catastrophe finale.

Nous en avons fini avec l'exposé, bien incomplet assurément, des risques qu'entraîne l'introduction de la syphilis dans un ménage.

Quelles conséquences pratiques à en tirer au point de vue du rôle du médecin consulté dans l'une des circonstances que nous venons d'énumérer ?

C'est ce que nous verrons dans un deuxième article.

La première opération d'ovariotomie pratiquée avec succès à Caracas.

L'opération de l'ovariotomie est une opération européenne, qui a été pratiquée surtout en Angleterre et en France. Elle est devenue aujourd'hui une opération presque journalière ; elle est le seul traitement rationnel à opposer aux kystes ovariques. Du reste, les résultats sont là évidents, palpables, pour convaincre les plus récalcitrants, et, pour ne citer qu'un exemple, nous dirons que M. Péan, l'ovariotomiste français par excellence, a fait jusqu'à présent cinq cents opérations d'ovariotomie, et il obtient actuellement 90 p. 100 de succès.

Voilà pourtant une opération qui a rencontré des adversaires intraitables, une opération qui a été repoussée en France par Huguier, Jobert (de Lamballe), Moreau, Velpeau. (Voir *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856-1857.)

« Malgré les statistiques, nous repousserons l'extirpation des kystes ovariques d'une manière presque absolue. » (Huguier.)

« L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application. » (Jobert, de Lamballe.)

« Pour moi, je pense que cette opération doit être rangée dans les attributions des exécuteurs des hautes-œuvres. » (Moreau.)

« L'extirpation des ovaires malades est une opération affreuse, qui doit être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles. » (Velpeau.)

Nélaton, avec sa sagacité, ne pouvait concilier l'opinion de ses collègues avec les succès publiés par les Anglais. Après un voyage en Angleterre, il pratiqua avec succès une ovariotomie en France. Il fut imité ensuite par Péan, qui a acquis dans l'opération de la gastrotomie une réputation universelle.

Aujourd'hui, franchissant l'Océan, l'ovariotomie s'implante en Amérique. L'opération qui a été faite à Caracas est, croyons-nous, la première qui ait été publiée, non-seulement dans le Venezuela, mais dans l'Amérique du Sud. Honneur aux médecins du Venezuela !

L'opération, habilement pratiquée par le docteur Ponte, président de la Faculté de médecine de Caracas, a été faite selon la méthode de Péan ; on voit, en lisant la relation exacte de ce fait, que l'auteur a suivi la pratique de notre ovariotomiste et s'est inspiré de ses divers procédés.

La patiente, une femme de trente ans, est restée de neuf heures à une heure un quart entre les mains de l'opérateur et de ses aides. C'est long, mais il faut songer que l'opérateur ovariotomisait pour la première fois et que ses aides étaient inexpérimentés.

Il s'agissait d'un kyste uniloculaire ; le docteur Ponte a fait une incision sur la ligne médiane, de l'ombilic à la symphyse pubienne ; il a vidé le kyste, a attiré sa paroi à l'extérieur et a lié le pédicule, qu'il a embroché au moyen de deux longues aiguilles placées en croix et maintenues à l'angle inférieur de la suture de la plaie abdominale.

L'opération a été laborieuse à cause des nombreuses adhérences du kyste au grand épiploon et à la paroi abdominale. Des ligatures perdues dans la cavité abdominale ont été faites avec du catgut ; la toilette du péritoine a été rendue longue par la présence d'un petit kyste qui a été enlevé sur la paroi postérieure de l'utérus.

Les suites de l'opération ont été des plus simples et la guérison complète.

A ce propos, on ne saurait revenir trop souvent sur les minuties du manuel opératoire de cette délicate opération, que nous empruntons à la pratique de Péan.

Si l'on veut avoir des succès, il faut :

1° Avoir recours au pansement listérien dans toute sa rigueur ; opérer dans le nuage du pulvérisateur, comme l'a fait M. Ponte, placer tous les instruments dans l'eau phéniquée, laver les mains de l'opérateur et des aides dans l'eau phéniquée ;

2° Après avoir pris la précaution de sonder la vessie et après avoir incisé la peau de l'abdomen jusqu'à la ligne blanche abdominale, faire une hémostase complète avec les pinces hémostatiques ;

3° N'ouvrir le péritoine avec les ciseaux, et lentement, qu'après avoir étanché jusqu'à la dernière goutte de sang des lèvres de la plaie ;

4° Avant de ponctionner le kyste qui se présente à l'ouverture de la plaie abdominale, recommander à deux aides, munis chacun d'une serviette chauffée, d'exercer une légère compression sur les bords de l'ouverture pour empêcher l'entrée de l'air et du sang. M. Péan attache une grande importance au rôle de ces aides ; il lutte autant que possible contre l'introduction de l'air, quoique la chambre soit chauffée à 20° centigrades ;

5° Surveiller le point du kyste où a pénétré le trocart et s'opposer par tous les moyens possibles à la pénétration du contenu de la tumeur dans la cavité péritonéale.

Aujourd'hui M. Péan ne conserve plus le pédicule à l'angle inférieur de la plaie, il en fait la ligature avec un solide fil de catgut ou de soie et le laisse dans la cavité abdominale. Il pratique un affrontement bien exact des lèvres de la plaie qui se réunit toujours par première intention. Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire d'exercer une compression régulière sur la paroi abdominale au moyen de couches d'ouate, de larges bandelettes de diachylon, et d'exiger de la part de la malade le repos le plus absolu.

Nous, qui sommes partisan absolu du pansement de Lister, nous sommes heureux de voir qu'il prend droit de cité sur le nouveau continent, et que, du Venezuela, il passera successivement par le Brésil, le Pérou, le Chili, la république Argentine, etc., etc.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de la spermatorrhée par l'électricité. — Dans la spermatorrhée d'origine purement nerveuse et sans aucune lésion organique ni catarrhe des voies séminales, Mobius, voyant la plupart des moyens ordinaires rester sans succès, a cru devoir recourir, de préférence à toute autre médication, au traitement électrique. Dans ces derniers temps, il a obtenu de bons effets en soignant de cette manière quatre cas de spermatorrhée, contre lesquels l'hydrothérapie avait échoué.

Il plaça un électrode dans le rectum, un autre sur le périnée, et fit passer pendant deux à trois minutes un fort courant faradique. A ce traitement, on joignit la galvanisation : l'un des électrodes fut placé sur le sacrum et l'autre dans l'anus, comme précédemment. Dix ou douze séances suffirent pour assurer la guérison. Pendant tout ce traitement, on donna au malade des bains de siège froids. (*Journ. des connaiss. méd.*)

Application de feuilles de noyer chez les scrofuleux. — La feuille de noyer constitue un topique d'un emploi facile et d'un usage assez commun, mais qui répond plus particulièrement à certaines indications. Elle est surtout le plus utile chez les scrofuleux et chez les sujets lymphatiques. C'est ainsi que certains hivers, remarquables par la rigueur de la température, développant un nombre inusité d'engelures ulcérées, d'une cicatrisation souvent très-longue et très-difficile chez des sujets présentant précisément cette constitution particulière, les applications sous forme de cataplasmes de feuilles de noyer bouillies et hachées ont donné de bons résultats.

Dans l'affection que Bazin a désignée sous le nom d'érythème induré strumeux des jeunes filles et qui consiste dans des nodosités siégeant plus principalement au niveau des jambes et pouvant s'ulcérer, ces mêmes applications de feuilles de noyer réussissent également bien.

D'une façon générale, on peut dire que, dans tous les cas se rapprochant de ceux que nous venons de citer, les propriétés particulières de la feuille de noyer, soit en décoction, soit en applications directes, pourront être utilisées avec avantage. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

De l'ergot dans le diabète sucré. — M. le docteur J. Hunt a obtenu deux fois de bons résultats de l'emploi de l'ergot dans le diabète sucré. La quantité d'urine diminue ainsi que son poids spécifique ; l'état général s'améliore, et, au bout de plusieurs semaines de traitement, le sucre disparaît de la sécrétion urinaire. Le docteur J. Hunt commence par prescrire 4 grammes d'extrait liquide d'ergot trois fois par jour, et il augmente progressivement. C'est ainsi qu'il est parvenu à en donner jusqu'à 30 grammes par jour sans amener aucun trouble circulatoire appréciable au pouls ou à l'ophthalmoscope. Le malade était astreint, pendant ce temps, au régime suivant : viandes rôties, légumes verts, pain de gluten, un demi-litre de lait et un litre de bouillon chaque jour. (*Abeille médicale.*)

Fracture transversale simultanée des rotules de cause musculaire. — La rareté de la fracture transversale simultanée des rotules donne un intérêt tout particulier à l'observation suivante recueillie par M. Ozenne. Il s'agit d'un sujet qui n'était ni alcoolique, ni scrofuleux, ni syphilitique, ni cancéreux, mais qui, dans les huit années qui ont précédé l'accident dont il a été victime, a été atteint trois fois de rhumatisme articulaire aigu généralisé, compliqué de lésion cardiaque, et chez qui chaque fois les articulations des genoux ont été les dernières libérées.

Un jeune garçon de vingt-deux ans se livrait au jeu du saute-mouton ; il venait de parcourir en courant quelques mètres et prenait, en terme d'écolier, son envolée lorsqu'il s'arrêta subitement, se fléchit dans toutes ses articulations, et au même instant il entendit un bruit sec, un craquement, et tomba immédiatement à la renverse. Il lui fut impossible de se relever seul, et ce n'est qu'aidé et soutenu par deux personnes qu'il put se tenir debout.

Conduit à la Pitié, dans le service de M. Polaillon, on constata une fracture transversale des deux rotules avec un écartement de 2 à 3 centimètres des fragments, mobilité, crépitation. En même temps il se faisait un épanchement articulaire assez abondant.

Pendant la première semaine qui suivit l'accident, les membres ont été placés dans deux gouttières, les genoux couverts de cataplasmes de farine de lin. Au bout de huit jours, des gouttières plâtrées ont été appliquées, tandis que les fragments osseux étaient maintenus rapprochés le plus près possible l'un de l'autre au moyen de bandelettes de diachylon placées au-dessus et au-dessous de chaque rotule et entre-croisées au niveau du creux poplité. Quinze jours plus tard, un cal très-peu long s'était formé à droite, de telle sorte que les fragments semblaient être en contact ; à gauche le cal mesurait 1 centimètre de longueur. Les membres ont été maintenus encore pendant vingt jours, les rotules à découvert dans les gouttières plâtrées entourées d'un appareil ouaté silicaté. (*Abeille méd.*)

Blessure du cœur par une arête de poisson arrêtée dans l'œsophage. — Un homme, âgé de cinquante-neuf ans, avait avalé une arête de poisson, et celle-ci s'était arrêtée à la partie inférieure de l'œsophage, à 2 centimètres environ de l'orifice cardiaque. La présence du corps étranger donna lieu pendant trois jours à des douleurs vives dans la gorge et dans la poitrine, en même temps qu'elle déterminait des vomissements opiniâtres qui mettaient le malade dans l'impossibilité absolue de prendre aucun aliment. Cependant les douleurs, à la fin du troisième jour, tendaient à diminuer, et cet homme se disposait à se lever lorsqu'il mourut subitement.

Dans ces conditions, l'autopsie était intéressante à faire. Elle fut pratiquée en effet et fit découvrir une arête de poisson longue de 5 à 6 centimètres qui avait perforé l'œsophage à peu de distance du cardia et avait pu arriver, en traversant le diaphragme et la paroi postérieure du péricarde, jusqu'au ventricule gauche du cœur. Elle pénétrait dans l'épaisseur des parois de l'organe central de la circulation sans être parvenue jusque dans la cavité du ventricule. Bien qu'il n'y ait pas eu de perforation complète du cœur, il s'était formé dans le péricarde un épanchement séro-sanguin assez abondant. (*Medical Times.*)

Épilepsie traitée par la trépanation. — Les docteurs B. Lees et E. Bellamy ont rapporté à la Société clinique de Londres l'observation d'un cas d'épilepsie traumatique traité par la trépanation. Le sujet était un jeune garçon de quatorze ans qui, sept ans auparavant, avait reçu un coup d'une certaine violence sur la tête. Peu après l'accident, il avait été pris d'accès épileptiques qui, dans ces derniers temps, étaient devenus d'une violence et d'une fréquence extrêmes. Ces attaques ne permettaient même plus au malade de quitter son lit.

C'est alors que la trépanation fut pratiquée : l'opération fut faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, elle ne fut accompagnée d'aucun accident local. Grâce à la trépanation, les accès ont été très-atténués, et leur fréquence notablement diminuée. (*Courr. méd.*)

Nouvel agent antiseptique et antinévralgique. — M. le docteur Macdonald préconise comme antiseptique et comme antinévralgique le *menthol*, produit que l'on extrait de la *mentha piperata*. Dans trois séries d'expériences comparatives faites avec des liquides contenant des bactéries et des micrococcus, la présence du menthol, suivant la quantité que l'on a employée, aurait ralenti ou même empêché le développement de ces organismes.

Dans les névralgies, cette nouvelle substance aurait une grande efficacité ; elle agirait à la manière des autres huiles essentielles, en paralysant les terminaisons sensitives des nerfs. (*Edinb. med. journ.*)

REVUE D'ANATOMIE

I. De l'urèthre de la femme et de la portion membraneuse de l'urèthre de l'homme, par P. Étienne. — II. **De la structure microscopique des veines normales,** par E. Bagneris. (Thèses de Nancy, 1879 et 1880.)

I. L'étude du canal de l'urèthre de l'homme et de la femme est à refaire. Ainsi débute l'auteur, M. P. Étienne, qui a pu, dans les fonctions du prosectorat, se livrer à une série de recherches sur ce sujet. Profitant des rigueurs de l'hiver dernier, il a fait congeler des cadavres, et c'est d'après les coupes de ces bassins congelés et les moulages qui ont été pris immédiatement après la coupe que l'auteur expose les résultats de ses recherches. En voici les faits les plus saillants :

Chez la femme, le calibre de l'urèthre, quand il n'est dilaté par aucun corps étranger, est très-variable ; il affecte tantôt la forme d'une simple fente antéro-postérieure horizontale, tantôt celle d'une fente transversale, tantôt la forme en croissant, tantôt la forme stellaire. Ces types d'ailleurs ne sont jamais purs ; les formes plus ou moins bizarres que l'on obtient tiennent tout simplement aux coupes de glandes en tube qui s'abouchent en grand nombre dans le canal.

Quant à la distension possible du canal, elle n'a pour ainsi dire pas de limites. Le canal, très-dilatable, a la forme d'un ovoïde allongé, dont la petite extrémité serait en bas, c'est-à-dire que, rétréci au niveau du méat urinaire, il s'élargit ensuite graduellement jusqu'à huit à dix millimètres du col vésical où il se rétrécit beaucoup.

Les auteurs varient beaucoup sur la longueur du canal de l'urèthre. On peut dire qu'il a 25 à 35 millimètres, dans les conditions ordinaires. On ne s'explique guère pourquoi entre tous Huschke donne le chiffre si élevé de 40 à 54 millimètres. Dans les résultats il faut tenir compte de l'âge, de l'état de la femme (grossesse), et peut-être de l'état de vacuité ou de réplétion de la vessie et de celui du ventre. Sur des coupes antéro-postérieures de bassins congelés, chez une femme de vingt ans la longueur était de 30 millimètres, chez une femme de cinquante ans elle était de 29 millimètres. Sur dix cadavres dont les organes étaient en place, avec le procédé de la ficelle de Malgaigne, on trouve, dans les premiers mois de la vie de 15 à 16 millimètres, chez la femme adulte de 31 à 36 milimètres, chez la femme vieille de 25 à 30 millimètres.

Tandis que les auteurs s'accordent à peu près pour dire que l'urèthre se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant en décrivant une légère courbure à concavité antérieure, il y a longtemps que M. le professeur Morel enseigne que l'urèthre n'est pas oblique, mais vertical et rectiligne ; il donne, en outre, à l'appui de son assertion, ce fait, que tout le monde peut observer, de la miction des femmes du peuple dans la station debout. Le col et le canal, d'autre part, sont très-mobiles et peuvent subir des déplacements soumis à d'autres causes que celles indiquées par Malgaigne. Enfin on ne peut pas ériger en principe chirurgical que le col, se trouvant toujours au niveau du bord inférieur de la symphyse, pourra être abordé. Quant au méat, il suivra, en général, les vicissitudes de déplacement du canal.

Les rapports du canal, et notamment les fibres musculaires striées qui l'entourent, ont été différemment décrits. Si l'on pratique des coupes transversales sur des urèthres durcis, et dans toute leur longueur, pour voir la forme et la disposition de ce muscle, on remarque d'abord, à un faible grossissement (avec la loupe de Brucke), l'existence d'un muscle strié assez épais, à fibres plus ou moins circulaires. Si l'on étudie ses contours, on voit qu'il est absolument indépendant, par rapport aux muscles voisins, et qu'il est, pour ainsi dire, noyé dans un tissu spongio-vasculaire, qui lui sert de support et non pas surtout de motif d'insertion. Ce muscle affecte la forme d'un croissant à la partie supérieure et la forme parabolique dans la moitié inférieure. C'est une gaîne incomplète en arrière, qui s'accommode en bas de façon à loger, à embrasser non-seulement l'urèthre, mais encore le vagin qui lui est intimement lié, ce qui ne lui permet pas de conserver sa forme, eu égard à la distance des deux canaux et à la largeur plus grande de ce dernier. Il s'insère en arrière de chaque côté de la ligne médiane et sur les côtés du vagin ou de l'urèthre suivant qu'il descend plus ou moins bas. Ce sont les seuls points fixes de ses fibres. On ne voit rien sur la ligne médiane antérieure qui ressemble à un raphé.

Les points fixes d'insertion étant donnés, qu'arrivera-t-il quand les fibres entreront en contraction, c'est-à-dire se raccourciront? Il arrivera ce qui se passe quand on ferme une bourse à coulisse : le canal sera fermé en se plissant, peut-être légèrement aplati d'avant en arrière. Il y aura donc occlusion complète, là où il y a anneau ou croissant. Mais, dans la moitié inférieure, l'occlusion ne pourra être aussi parfaite, le canal sera aplati en haut et sur les côtés, et énergiquement, à cause de l'absence des fibres longitudinales de la partie supérieure. Le véritable sphincter volontaire correspondrait donc à la partie supérieure du canal.

En résumé, il y a donc, le long de l'urèthre, un muscle strié orbiculaire, capable à un moment donné d'obturer complètement le canal, susceptible, par conséquent, de contractions spasmodiques, et dont les dispositions particulières pourraient même expliquer le fait si curieux du vaginisme. Le diagnostic serait d'ailleurs très-facile à faire. Si l'état nerveux de la femme le permettait, il n'y aurait qu'à rechercher si, dans ce cas, le cathétérisme est possible.

Il y a un autre type d'urèthre, pas très-rare, celui qui ne présente aucune fibre musculaire striée. Le tissu musculaire strié est remplacé par du muscle lisse. Il serait curieux de s'assurer si, à un moment donné, en dehors de tout état congestif des organes du petit bassin, cette disposition n'entraînerait pas une incontinence d'urine.

Chez l'homme, la portion membraneuse de l'urèthre présente une grande analogie avec le canal de l'urèthre de la femme. La longueur est de 12 à 15 millimètres. Le calibre, à l'état de repos, a la forme d'une fente transversale, plus ou moins régulière à cause des glandes qui y aboutissent, fente dont les lèvres sont un peu écartées l'une de l'autre, à la partie inférieure. Mais, à mesure que l'on gagne en hauteur, cet écartement diminue en même temps qu'une autre forme s'accuse, celle de la région prostatique, qui donne à la lumière du canal la forme d'un croissant. Si le canal est en état de dilatation forcée, la portion membraneuse est rétrécie par rapport au reste du canal ; elle succède immédiatement à une dilatation, son calibre est uniformément cylindrique, et c'est la partie la plus étroite de l'urèthre.

La direction est de beaucoup le problème le plus important. Préférant la congélation aux divers procédés (procédés de la broche avec ou sans vis) employés pour étudier la courbure du canal de l'urèthre, l'auteur a réalisé la fixité des rapports en même temps que l'avantage d'obtenir la direction de la verticale, dans la station debout. Les moulages en plâtre étaient pratiqués aussitôt après la coupe antéro-postérieure et pendant que les parties étaient encore congelées. Voici les résultats obtenus :

La direction générale est celle-ci : à partir de la vessie, le canal se dirige d'abord en arrière et en bas, puis verticalement dans une étendue variable, enfin obliquement en avant et en bas, suivant une ligne à peu près perpendiculaire au grand axe de la symphyse prolongé, ligne qui devient horizontale, puis obliquement ascendante. La portion membraneuse, rectiligne, est généralement oblique en bas et en avant, suivant une ligne de direction perpendiculaire au grand axe de la symphyse.

Quant à la situation du col, la moyenne de sa distance à la verticale passant par le bord inférieur de la symphyse des pubis est de 18 millimètres, tandis que celle de sa distance à l'horizontale passant par le même point est de 24 millimètres. Sur toutes les pièces, l'embouchure de l'urèthre ne s'est jamais trouvée ni au-dessous de la ligne coccy-pubienne, ni à son niveau, mais toujours au-dessus de cette ligne, à une hauteur variable, tantôt au niveau de la partie moyenne de la symphyse, tantôt au niveau de

son bord supérieur même. Il faut tenir compte des différentes conditions dans lesquelles peuvent se trouver la vessie et le rectum. Dans le cas d'une vessie vide ou d'un rectum plein, la partie supérieure du canal est seulement rejetée contre la symphyse, d'où accentuation de la courbure de ce canal; une vessie et un rectum pleins, non-seulement amènent les mêmes modifications, mais allongent le canal de façon à donner une plus grande hauteur au col. Enfin, lorsqu'on a affaire à une vessie pleine et à un rectum vide, le col s'abaisse d'autant plus que le globe se sera développé dans la concavité du sacrum et aura pesé sur les organes du plan inférieur.

Qu'est-ce que le muscle de Wilson? Les coupes démontrent que, dans la grande généralité des cas, le muscle de la partie membraneuse est en forme de croissant et non d'anneau complet. Il conserve sa forme, son épaisseur tout le long de cette portion jusqu'au niveau de la prostate où il s'étale en une bande transversale qui occupe toute la hauteur de cet organe. Il y a donc un muscle orbiculaire de l'urèthre, indépendant des organes voisins. On peut le concevoir comme celui de la femme, mais retourné, c'est-à-dire que la partie en rapport avec le vagin est, chez l'homme, en rapport avec la prostate et inversement; le véritable sphincter strié, situé à la partie supérieure du canal chez la femme, se trouve à la partie inférieure du canal fixe chez l'homme. Sa disposition est, en somme, celle d'une gaîne ouverte en arrière, s'étendant du bulbe jusqu'à la prostate inclusivement, où elle semble, selon l'expression de M. Cadiat, taillée en bec de flûte. Elle est formée de fibres concentriques disposées et ayant leurs points d'attache en arrière et sur les côtés. D'autre part, elle repose en dedans sur une couche peu épaisse de tissu caverneux qui lui sert d'intermédiaire dans ses rapports avec la lumière du canal. D'ailleurs, pas de traces du muscle de Wilson.

Si, en résumé, l'on veut comparer l'urèthre de la femme et la partie membraneuse de l'urèthre de l'homme, on voit que la similitude est remarquable. La direction se trace, chez l'homme et chez la femme, suivant une ligne oblique en bas et en avant. Si, chez l'homme, la portion tout à fait inférieure n'est pas verticale, c'est qu'à ce niveau le canal membraneux s'accommode à la courbure que va suivre le canal spongieux appelé alors à remplir une fonction double. Mais coupez le canal au niveau du bulbe, faites là un orifice excréteur, et vous aurez la disposition qui existe chez la femme.

Mais où la ressemblance est encore plus frappante, c'est quand il s'agit du muscle orbiculaire. Même disposition, même épaisseur, mêmes fibres continues en avant, se terminant en arrière avant d'arriver à la ligne médiane postérieure; c'est le même sphincter strié chez l'homme que chez la femme. Seulement chez l'homme, ce sphincter n'est complet qu'en bas, tandis que chez la femme il l'est à la partie supérieure, ce qui s'explique par la présence de la prostate, de cet appareil glandulaire, on pourrait dire purement génital, bien que la fonction d'excrétion urinaire en profite, qui produit vis-à-vis de la zone musculaire ce que le vagin produit chez la femme à l'endroit où il fait corps avec le canal urinaire. Les muqueuses ont, d'ailleurs, même structure, même chorion, mêmes fibres élastiques, mêmes glandes ou à peu près.

En un mot, enlevez au canal de l'homme tout ce qu'il a de génital, sa prostate, ses glandes en grappes régulières, son appareil copulateur, vous aurez le canal de la femme.

II. On a jusqu'à présent comparé de trop près les parties constituantes des parois veineuses aux mêmes parties des parois artérielles. Si l'on a pu avec raison distinguer les artères en trois groupes : grosses, moyennes et petites, la même division n'a pas de raison d'être pour les veines. Les artères, en effet, se divisent nettement en deux catégories, suivant que l'élément élastique ou l'élément musculaire y domine, et la concordance des deux types avec le calibre des vaisseaux autorise pleinement à conserver la division en artères grosses, moyennes et petites, puisqu'on pourra, sans erreur sensible, et à peu d'exceptions près, comparer entre elles deux artères très-éloignées, mais de même diamètre.

Il n'en est rien pour les veines; la structure varie non-seulement d'une veine à l'autre, à calibre égal, mais encore dans la même veine, suivant le niveau considéré.

Après avoir étudié séparément chacun des éléments anatomiques qui entrent dans la composition des veines (épithélium, fibre musculaire lisse, éléments du tissu conjonctif et élastique, fibre musculaire striée), après avoir étudié la distribution de ces éléments anatomiques dans les parois veineuses et les rapports qu'ils y affectent entre eux, l'auteur, aide d'histologie de M. le professeur Morel, conclut que la structure des veines est essentiellement variable, une même veine pouvant offrir une texture différente sur les différents points de son trajet. Ainsi, par exemple, la veine cave inférieure ne contient pas de fibres musculaires dans sa portion thoracique; elle y est exclusivement composée de tissu conjonctif et d'un nombre très-considérable de fibres élastiques, soit isolées, soit réunies en faisceaux. Dans la portion abdominale, au contraire, la veine cave inférieure reprend sa qualité musculaire avec une couche musculaire circulaire interne, laquelle est moins accentuée dans la région lombaire où la couche longitudinale prend une véritable prépondérance.

Il en est de même pour la veine porte : son tronc possède deux couches musculaires dont l'externe longitudinale est de beaucoup la plus développée; les fonctions de cette veine jouant le rôle d'une artère devaient lui imprimer le cachet artériel. Mais, lorsque la veine porte pénètre dans le foie. on ne trouve, plus du tout l'élément musculaire. Enfin les voies de retour du sang vers la veine cave, constituées par les veines hépatiques, reprennent le caractère musculaire, mais seulement avec une couche longitudinale.

On voit donc qu'on ne saurait maintenir la division en veines grosses, moyennes et petites, puisqu'on ne peut pas comparer deux vaisseaux du même calibre. On ne peut non plus faire des catégories distinctes des veines des membres et du tronc, et des veines viscérales, puisqu'on observe dans ces dernières les mêmes variatioes de structure que dans les premières et qu'on peut les confondre avec elles.

C'est la présence ou l'absence des fibres musculaires qui constitue le point différentiel capital de la structure des veines et qui pourrait servir à les classer en un certain nombre de groupes (sans que cependant cette classification ait en soi beaucoup d'utilité, puisqu'il faut rapprocher des veines très-différentes comme calibre et comme destination).

Les fibres musculaires, quand elles existent, se disposent en couches dont la direction varie suivant trois modes principaux : — elles sont circulaires; alors elles appartiennent surtout aux veines de petit et de moyen calibre, et forment une couche dont la puissance est maximum dans les vaisseaux des extrémités inférieures et supérieures; — elles sont longitudinales; cette disposition est rare et se montre en particulier sur les grosses branches des veines hépatiques; — enfin les deux modes précédents se combinent entre eux, et, alors, on voit la couche circulaire rester toujours soit interne, soit moyenne entre deux couches longitudinales. A ce troisième mode appartiennent, en général, les grosses veines, celles de la partie supérieure du corps exceptées.

Cette classification est cependant encore arbitraire, puisque, comme nous l'avons vu, l'élément musculaire se montre très-variable dans sa distribution pour une veine donnée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 1er février sont nommés :

M. Grasset, agrégé, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Gayon, docteur ès sciences, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Bordeaux ;

M. Crié, docteur ès sciences naturelles, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Rennes;

M. Giard, docteur ès sciences, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lille.

— Par décret en date du 31 janvier 1881, ont été nommés membres du comité supérieur de la protection des enfants du premier âge : MM. les docteurs Bergeron, médecin des hôpitaux, et Parrot, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

— MM. les médecins du dix-septième arrondissement sont informés que, le mardi 22 février 1881, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Le service de *statistique municipale* de Paris vient de faire distribuer à tous les médecins de la ville, un carnet destiné à fournir des renseignements sur les maladies épidémiques.

Chacune des feuilles de ce carnet est divisée en deux parties distinctes par une ligne perforée. — L'une de ces parties consiste en un talon destiné à rester entre les mains du médecin.

Nous en donnons ci-joint la reproduction :

Prière de détacher la carte postale ci-contre
et de la mettre à la poste *sans affranchir*.

TALON A CONSERVER

PAR LE MÉDECIN.

Nom du malade ____________

Maladie ____________

Date de la constatation ____________

AVIS

Les renseignements demandés concernent les 7 affections ci-après désignées :

Choléra asiatique	C
Diphthérie	D
Infection puerpérale	P
Rougeole	R
Scarlatine	S
Fièvre typhoïde	T
Variole	V

Chacune de ces maladies peut être désignée par son initiale nettement tracée.

La profession à indiquer est celle du malade.

S'il s'agit d'un enfant, d'un vieillard ou d'une femme sans profession, c'est celle du chef de famille.

Prière d'écrire bien lisiblement le nom des rues.

La seconde partie de chaque feuille est une carte postale qu'il suffira de détacher à la poste sans l'affranchir, après y avoir consigné les observations.

En voici le spécimen :

RENSEIGNEMENTS SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

FOURNIS DANS UN INTÉRÊT D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Concernant :

LA MALADIE { *Lettre indicative de la maladie* ____________
Date de la constatation ____________
Date probable du début ____________

LE MALADE { *Sexe* ______ *Age approximatif* ______ *Vacciné?* ______
Profession ____________ { *Patron* (1). *Ouvrier* (1).
Domicile. Rue ______ *n°* ______ *Est-ce un garni?* ______

LA PRÉSOMPTION D'ORIGINE DE LA MALADIE { *Le domicile* ____________
L'École. — Rue ______ *n°* ______
L'Atelier. — Rue ______ *n°* ______
Autre lieu à désigner ____________

Paris, *Adresse du médecin. Rue* ______ *n°* ______

le ____________ 18 ______ SIGNATURE,

(1) Biffer la qualification qui ne convient pas.

La dernière feuille du carnet jetée, sans affranchissement, à la poste permet de recevoir un nouveau carnet de morbidité.

Au verso de chaque feuille du carnet est l'adresse suivante :

MONSIEUR LE PRÉFET DE LA SEINE,
STATISTIQUE MUNICIPALE,
Avenue Victoria, n° 1,
Paris.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours sera ouvert le lundi 28 mars prochain, pour la place de préparateur de chimie (au traitement de 1,500 francs) laissée vacante par la démission de M. Lambling.

Pourront concourir tous les élèves en cours d'inscription de doctorat.

Les épreuves seront les suivantes : 1° une composition écrite sur un sujet de chimie médicale, quatre heures seront accordées aux candidats pour cette composition ; 2° une épreuve pratique consistant en : (*a*) préparation d'une substance ; (*b*) analyse qualitative d'un mélange.

— M. le docteur Moreau-Marmont vient d'être nommé officier d'Académie.

— MM. Masse, médecin principal de première classe, Broussais, médecin-major de première classe, viennent de prendre leur retraite.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10724.

N° 16. — MARDI 8 FÉVRIER 1881. 54e ANNÉE. MARDI 8 FÉVRIER 1881. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

Cancer du larynx ; trachéotomie.

Leçon d'ouverture recueillie par MM. Gibier et Meunier, internes du service.

En prenant la parole pour la première fois à l'hôpital de la Charité, je ne puis m'empêcher de me rappeler deux grands chirurgiens qui ont enseigné la chirurgie à cet hôpital, Boyer et Velpeau. J'ai lu le livre de l'un, j'ai suivi les leçons de l'autre, et je leur dois une grande partie de ce que je sais. Qu'il me soit permis de saluer ici, devant vous, leur mémoire.

Si vous vous demandez pourquoi je fais ici des leçons, alors que l'enseignement officiel est représenté dans cet hôpital par deux hommes dont le caractère, l'expérience et le savoir méritent à tous égards de vous servir de modèles, je vous répondrai avec Plaute : *Ne quid nimis;* « Rien de trop », disait le bon la Fontaine. Les hommes élevés dans l'université, mais dans des collèges différents, ne sont pas semblables ; de même les chirurgiens élevés par des maîtres différents ne sont pas coulés dans le même moule. Au reste, il y a peut-être profit à ce que vous entendiez ceux qui, n'appartenant à aucune corporation, ont le pouvoir de sacrifier les intérêts et les convenances des corporations au désir de rechercher et de dire ce qu'ils croient être la vérité. Les leçons que vous entendrez constituent, en effet, un enseignement libre dans l'acception la plus rigoureuse du mot.

Dans les leçons que j'ai faites pendant sept années à l'hôpital Cochin, j'ai répété souvent que, quand on avait l'honneur d'être chef de service dans un grand hôpital, on avait le devoir de faire profiter les élèves de l'expérience que l'on avait acquise et de celle que l'on acquérait encore tous les jours; que les leçons dans un amphithéâtre valaient mieux que les leçons au lit du malade, parce que le chirurgien ne peut, sans effrayer le malade, parler librement près de lui des opérations praticables pour son mal et s'appesantir sur les confessions qu'il obtient de lui, devant ses voisins de lit. Je n'insisterai pas davantage. Toutefois vous devez savoir dans quel esprit ces leçons seront faites. Les plaies se réparent suivant des lois, elles ont un cours naturel ; les inflammations et les tumeurs sont dans le même cas. Vous me verrez dans toute occasion fonder le diagnostic, le pronostic et le traitement sur l'étude du cours naturel des maladies : tel sera l'esprit de ces leçons cliniques, et j'espère vous en donner tout de suite un exemple.

Cela dit, j'aborde le sujet de notre première leçon.

Nous allons opérer un malade dont les jours sont comptés. Nous allons rectifier une opération chirurgicale palliative qui a été faite pour permettre au malade de vivre le temps que son mal lui accorde encore.

Le nommé M..., sculpteur, âgé de quarante-sept ans, qui a toutes les apparences de la force, a été pris depuis environ deux ans d'un mal de gorge qui a été jugé une *angine granuleuse*. Il n'avait présenté aucun signe antérieur d'une diathèse quelconque, syphilis, tubercules, scrofules, albuminurie ou diabète. En décembre 1879, il fut traité pour un commencement d'abcès du larynx ; c'est du moins ce qu'il nous dit.

Examiné au laryngoscope par plusieurs médecins et spécialistes, il n'alla pas mieux ; il fut pris d'étouffements violents et fut reçu à l'hôpital. La dyspnée devint si forte que l'interne de garde à l'hôpital Lariboisière dut faire la trachéotomie d'urgence (entre le cartilage cricoïde et le corps thyroïde), le 22 décembre 1879. La canule fut retirée le 20 janvier 1880. Le ronflement laryngien persista, et un examen laryngoscopique fait au commencement de février permit de constater une ulcération de la corde vocale gauche. Le malade, après avoir pris de l'iodure de potassium, fut alors envoyé à Vincennes. Le 22 mars, M... revint trouver le premier médecin qui l'avait déjà traité, mon collègue et ami M. Raynaud, qui venait de prendre le service de la Charité. M. Raynaud, constatant une dyspnée croissante, pratiqua, le 22 mars 1880, une opération dont on reparle aujourd'hui et qui était cependant jugée jadis à sa valeur, la laryngotomie intercricothyroïdienne.

Le malade, à l'abri néanmoins de l'asphyxie, est resté depuis ce temps à l'hôpital et a fini par entrer dans le service de chirurgie que j'ai pris au commencement de cette année.

Nous avons trouvé cet homme dans l'état que voici : il avait dans l'espace intercricoïdien une canule courte, d'un calibre égal à une canule d'enfant de dix ans, c'est-à-dire une canule absolument insuffisante ; la respiration était gênée au point qu'il ne pouvait se tenir couché, il était oppressé et le moindre rhume lui causait des angoisses inexprimables. Tous les jours, espérant se soulager, il diminuait sa canule et y perçait des trous. La déglutition causait au malade les plus vives souffrances. Depuis le début de son

mal, il avait perdu ses forces, maigri, et son teint avait singulièrement pâli. Lorsque le malade enlevait sa canule, il pouvait encore parler, mais il avait la voix rauque et ne tardait pas à être asphyxié. Depuis le début de son mal, M... n'a jamais craché de pus ni de sang; c'est à peine s'il rejetait quelques mucosités.

Le malade ne présente aucun engorgement ganglionnaire au cou, la région du larynx est seulement un peu empâtée. Au laryngoscope, il présente une altération de l'orifice supérieur du larynx, caractérisée par une tuméfaction irrégulière des replis aryténo-épiglottiques et des mamelons d'un rouge jaunâtre. En quelques points il y avait des irrégularités ressemblant à des ulcérations. Les cordes vocales n'étaient pas visibles, et cela se conçoit, car les malades qui portent une canule ne peuvent assez renverser la tête et respirer assez librement pour que l'examen soit complet. En revanche, nous avons examiné de petites fongosités qui sortaient par la plaie du larynx qui donnait passage à la canule. Ces fongosités, examinées au microscope par un de mes anciens internes, M. Assaky, ont présenté les caractères des granulômes ou bourgeons charnus.

C'est avec les antécédents de ce malade et avec l'examen que nous avons pratiqué que nous devons arriver au diagnostic. Remarquez que le mal de cet homme, d'une belle santé habituelle, est survenu à l'âge moyen de la vie, sans prodromes, sans accidents antérieurs. Aucun signe des laryngites connues n'existait, et, à partir du jour où la suffocation a paru, le mal est resté stationnaire en apparence et n'a point rétrogradé ; l'amaigrissement et la perte des forces sont survenus. L'amaigrissement, ne l'oubliez pas, ce symptôme arrivant sans maladie bien caractérisée autre que la gêne de la respiration, c'est un renseignement précieux.

Il y a dans le larynx des végétations qui se développent avec vigueur ; l'orifice supérieur du larynx offre des mamelons rouge-jaune, tout à fait analogues aux mamelons que l'on observe sur les utérus atteints de cancer. L'examen microscopique ne démontre pas que les végétations soient des végétations épithéliales (ce seraient plutôt des végétations fibro-plastiques) ; néanmoins je doute que le fragment que nous avons examiné donne une représentation exacte des autres végétations du larynx.

Nous pouvons donc diagnostiquer ici un cancer du larynx ayant déjà à peu près deux ans de durée.

Si je puis être affirmatif ici, c'est parce que j'ai déjà vu un fait de ce genre à l'hôpital Cochin. Mon collègue M. Bucquoy m'a fait faire dans son service une trachéotomie sur un malade chez lequel, de concert avec un médecin spécialiste, il avait diagnostiqué une laryngite syphilitique. Ce malade, dont j'ai reconnu plus tard le mal, est mort dans mon service avec une métastase cancéreuse dans les poumons. La maladie de cet homme était encore une maladie indécise, et l'on n'avait sans doute diagnostiqué une laryngite syphilitique que faute d'autre diagnostic. L'examen laryngoscopique n'avait rien appris de plus positif. Les cancers du larynx, au début, ne sont pas susceptibles d'être diagnostiqués seulement par un examen local. Méfiez-vous donc quand vous verrez une dyspnée d'origine laryngée chez un homme d'une belle santé qui *maigrit* et dont le larynx ne présente pas de lésion locale caractérisée, et songez à une variété de cancer du larynx.

Je ne m'arrêterai pas à faire le diagnostic différentiel entre la maladie de notre malade et une laryngite syphilitique ou tuberculeuse. Le malade est intelligent ; il sait qu'il n'a jamais eu aucune lésion de nature syphilitique, et il n'y a pas lieu de douter de ses dires. Une laryngite tuberculeuse ou scrofuleuse est accompagnée de suppuration ; il y a une expectoration qui a toujours manqué chez notre malade. Si le malade avait eu le cou serré par une main vigoureuse, s'il avait tenté de se pendre, nous pourrions songer à une nécrose du squelette cartilagineux du larynx d'origine traumatique. Mais cette lésion est plus rare que le cancer du larynx, et la sagesse de la chirurgie enseigne qu'en cas d'hésitations entre deux maladies rares, c'est la moins rare que l'on doit diagnostiquer. D'ailleurs, le malade affirme positivement qu'il n'a jamais reçu de coup sur le larynx. Il n'y a pas lieu de songer davantage à une nécrose consécutive à une fièvre typhoïde, puisque M... n'a jamais été malade.

Le pronostic est grave; le malade, avec son cancer du larynx, a à peine deux ans à vivre, et pendant le reste de ses jours il est condamné à porter sans cesse une canule. Ailleurs, une lésion de ce genre serait plus grave, car, il faut que vous le sachiez, le larynx, comme le rein et l'ovaire, est un organe où les cancers ont une marche moins rapide que dans les glandes, la langue ou l'utérus.

Nous n'avons pas songé un instant à pratiquer sur le malade une opération qui a été faite par Billroth et par un chirurgien italien, il y a peu de temps : l'extirpation du larynx. Ce n'est pas que l'opération ne soit très-praticable, mais c'est que le bénéfice de l'opération ne balance pas le danger que l'on fait courir aux malades : cinq mois de survie, ce n'est pas assez. L'opération faite en Italie sur une jeune fille de dix-neuf ans vient de loin, et je voudrais avoir pu contrôler le diagnostic de cancer. L'extirpation du larynx, d'ailleurs, oblige les malades à porter un appareil au moins aussi gênant qu'une canule.

Le traitement que nous allons appliquer à ce malade est un traitement palliatif ; nous allons corriger une opération déjà faite et rendre supportable pour le malade l'usage d'une canule nécessaire à sa vie.

La laryngotomie intercricothyroïdienne appliquée ici, parce que cette opération proposée au siècle dernier par Vicq d'Azir a été remise à la mode, a donné les résultats que vous voyez. Le malade ne peut supporter même une petite canule. En effet, la canule entre à frottement dans le canal complet formé par le cartilage cricoïde, tout mouvement de la canule est arrêté par le frottement et chaque mouvement de déglutition renouvelle la douleur. La situation du malade est intolérable. Il y a déjà longtemps que l'opération de Vicq d'Azir est jugée. Un des hommes dont je vous parlais tout à l'heure, Boyer, a dit : « La laryngotomie intercricothyroïdienne convient exclusivement pour l'extraction des corps étrangers du larynx logés dans les ventricules de cet organe. » Pourquoi fallait-il changer cette bonne chirurgie et conduire nos contemporains à appliquer pour d'autres indications une opération dont vous voyez les résultats? La facilité de cette opération ne sera jamais une raison de l'appliquer dans les cas où elle ne convient pas.

Il faut refaire à ce malade la trachéotomie, comme l'avait pratiquée l'interne de garde de l'hôpital de Lariboisière, et lui appliquer une canule d'un calibre suffisant, égal à celui de la glotte, suivant le précepte de Bretonneau.

Toutes les fois que nous avons la perspective de laisser une canule à nos malades, il n'y a qu'une bonne opération à pratiquer, la trachéotomie. Remarquez, en effet, que, sur

ce larynx et cette trachée que j'ai fait pratiquer, la canule placée dans la trachée n'y est point serrée ; elle oscille en tous sens, et en arrière surtout, elle est libre parce que les anneaux cartilagineux de la trachée ne forment pas un cercle complet. Le bec de la canule est libre, et c'est pour cela que les malades à qui l'on a fait la trachéotomie ne souffrent point pendant les mouvements de déglutition, qui, chez le malade de notre service, sont très-douloureux. La canule qui est placée dans la membrane intercricothyroïdienne et passe dans le cartilage cricoïde y est serrée comme la canule interne est serrée dans la canule externe. Comparez sur cette pièce, et vous aurez jugé définitivement la valeur de la laryngotomie de Vicq d'Azir.

Nous allons pratiquer la trachéotomie par la méthode ancienne, c'est-à-dire par le bistouri : c'est l'opération perfectionnée de Fabrice d'Acquapendente telle que Dupuytren, Bretonneau et Trousseau ont enseigné de la faire. Ce ne sera pas une trachéotomie difficile, car il n'y aura qu'à inciser sur la cicatrice de la première opération. Nous n'aurons qu'une entrave : il sera impossible de renverser suffisamment la tête du malade pour faire notre incision de la trachée où nous voudrons ; néanmoins nous ferons ce que nous pourrons. Le malade ne sera pas endormi, car il respire si mal qu'il y aurait un danger sérieux pour lui.

Nota. — L'opération a été pratiquée après la leçon. L'incision faite sur la cicatrice de la trachéotomie conduisit sur les deux premiers cerceaux de la trachée un peu à droite. La première trachéotomie avait été faite au-dessus du corps thyroïde. Les tissus étaient très-durs et l'induration s'étendait autour de la trachée. M. Desprès fit remarquer qu'il avait observé cela chez le malade atteint de cancer du larynx qu'il avait opéré à l'hôpital Cochin. Une canule d'adulte ne pouvant passer malgré un débridement en bas avec le bistouri boutonné, le chirurgien divisa avec des ciseaux courbes le cartilage cricoïde et put alors passer une grosse canule sans se servir de dilatateur. Le malade, soulagé, respirant à son aise, est reconduit à son lit et pansé avec des compresses d'eau alcoolisée.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Hystérie, hypnotisme, contractures, hémianesthésie, achromatopsie, transfert (1).

VII

La plupart de ceux qui ont abordé ou qui abordent l'étude de l'hystérie se présentent avec des dispositions d'esprit très-différentes. Pour les uns la maladie évolue d'une façon si fantaisiste qu'elle ne leur paraît pas susceptible d'être analysée, et son développement singulier et capricieux ne saurait se prêter à une description méthodique. Les médecins qui pensent ainsi restent pour moi dans la section que j'appellerai le groupe des médecins découragés.

Il en est d'autres qui prennent une attitude toute particulière. Ils acceptent bien l'existence de quelques spasmes, d'un état nerveux avec ou sans pâmoison méritant le nom d'état morbide. Mais, pour eux, tous ces phénomènes disparaissent par la brusquerie et par l'eau froide. Quant au surplus, ils le considèrent comme le fait du mensonge, de la supercherie, de la ruse ou de la malice. Les médecins anglais surtout partagent cette manière de voir, et s'expriment à ce sujet en disant que l'on ne doit pas toucher de la poix si l'on ne veut pas être englué. La poix, c'est l'hystérie, et le médecin est l'englué, lorsqu'il veut y ajouter foi. Parole évangélique pour nos confrères d'Outre-Manche, médecins hystérophobes qui d'un mot suppriment un bon tiers de la pathologie nerveuse chez la femme.

Quant à nous, nous ne saurions certainement nier les cas de ruse et de supercherie ; mais, en définitive, c'est le propre de notre art de savoir distinguer le vrai du faux, de savoir dépister la fraude, et de vous montrer par quels moyens nous pourrions y arriver. Toute part de simulation faite, l'hystérie est une maladie comme une autre, ou, mieux, un peu plus compliquée qu'une autre, qui a ses règles et ses lois propres. Aussi ne devons-nous entrer dans son domaine qu'avec précaution, y marcher pas à pas, avancer par étapes, nous attachant d'abord aux faits matériels, grossiers, qui ont leurs représentants dans la pathologie ordinaire. Nous devons, d'autre part, multiplier nos observations tant à l'hôpital qu'en ville, où les faits ne se présentent pas dans les mêmes conditions, et comparer ces deux milieux. Enfin, nous devons regarder avec une certaine suspicion les faits étranges, avant de les admettre définitivement. Telle me paraît être la méthode la meilleure et la plus sûre.

Ces prémices posées, j'entre dans le cœur du sujet en vous présentant une première malade chez laquelle nous pourrons relever quelques-uns de ces procédés.

L'hypnotisme, comme vous le savez, est chose ancienne déjà, et ses premières expériences remontent à 1842 ou 1843. Il se produit avec une grande facilité surtout chez les sujets hystéro-épileptiques, et présente des faits du plus haut intérêt aux points de vue à la fois pathologique et physiologique.

Or notre malade est atteinte de la grande hystérie, et chez elle l'hypnotisation s'obtient avec la plus grande facilité et sans aucun inconvénient, en l'engageant à regarder pendant quelques instants un corps quelconque. En quelques secondes, le sommeil pathologique se produit avec des caractères spéciaux ; ainsi les muscles, qui sont flasques, se contractent et restent contractés sous la simple pression du filet nerveux moteur par le corps inerte qui a servi à l'hypnotiser, et tant que ce corps reste en contact avec le filet nerveux. Dès que le contact cesse, la contracture disparaît. J'ai appelé ce phénomène tout physiologique, qui apparaît dans l'état léthargique, la surexcitabilité neuro-musculaire.

Si maintenant vous ouvrez les yeux de la malade, cette surexcitabilité disparaît et elle est remplacée par l'état cataleptique ; c'est-à-dire qu'après avoir soulevé un ou plusieurs membres, par exemple, ceux-ci conservent pendant un temps beaucoup plus long que la volonté seule, même la plus énergique, ne pourrait le faire, l'attitude que vous lui avez donnée.

Ces deux phénomènes de léthargie et de catalepsie, bien que s'excluant, peuvent dans certaines conditions coexister. Ainsi, l'œil droit étant fermé et l'œil gauche étant ouvert, vous obtiendrez d'un côté l'hémiléthargie et de l'autre l'hémicatalepsie.

Sont-ce là, je vous le demande, des phénomènes que la supercherie peut produire ? Non, et nous sommes bien ici dans la réalité objective. La malade n'intervient nullement par sa volonté, et l'on voit d'ici le parti que l'on peut tirer de cette surexcitabilité, et sans faradisation aucune ; par

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er février 1881.

le moyen du simple bâton, le corps inerte dont je vous parlais, nous pouvons localiser les faits, et répéter les expériences de Duchenne (de Boulogne). Nous pouvons tour à tour imprimer à la physionomie des expressions diverses : contention d'esprit, dédain, terreur, les yeux restant fermés.

Ce que nous faisons pour la face, nous pouvons également l'obtenir pour les membres. Ainsi l'excitation du nerf cubital mettra en mouvement tous les muscles animés par lui, et vous donnera ce que l'on peut appeler la main archiépiscopale : le nerf médium donnera la pronation, le nerf radial la supination et l'extension de la main. Tous ces phénomènes, vous les obtenez sans que la malade intervienne en quoi que ce soit ; aucune simulation n'est possible. Peut-on admettre que cette femme ait appris l'anatomie et la physiologie au point de rendre sans aucune erreur tous les mouvements physiologiques dès que tel ou tel nerf est touché ? Ce serait plus que de l'enfantillage. L'opinion d'une simulation en pareil cas n'est donc pas soutenable.

Il en est de même des symptômes permanents de l'hystérie, de ceux qui persistent alors que l'attaque a disparu et que la malade est dans la période de repos. La forme hémianesthésique est celle qui prédomine avec ses caractères particuliers, et là encore aucune supercherie n'est possible. Les organes des sens supérieurs y participent, et vous avez ainsi la moitié de la langue anesthésiée, perdue pour le goût, l'ouïe, l'odorat affectés également dans leurs moitiés. La vue présente un état singulier auquel on a donné le nom d'achromatopsie, phénomène qui appartient à l'hystérie, mais qui ne lui est pas absolument propre, et qui consiste dans la perte de la notion des couleurs, d'un côté, et dans un ordre déterminé qui n'est pas du tout l'ordre spectral. Ainsi, si la malade a perdu la notion d'une seule couleur, ce sera le violet ; si elle en a perdu deux, ce sera le violet et le vert. Mais, si la malade voit le violet, au contraire, c'est qu'elle peut voir toutes les couleurs. L'ordre en est donc absolument déterminé, et, là où la malade a perdu la notion de toutes les couleurs, elle ne voit plus que gris ou noir. Il serait donc extrêmement facile, là encore, de dévoiler toute simulation.

Lorsque le sujet recouvre la vision d'une couleur, le rouge par exemple, on le voit regarder principalement les bords de l'objet ainsi coloré, la couleur rouge lui apparaissant d'abord à la périphérie avant de gagner le centre, qui lui paraît gris. Les couleurs se regagnent, comme elles se perdent, dans un ordre déterminé.

Dans cette hémianesthésie il y a un fait pathologique et anatomique du plus haut intérêt, que nous retrouvons dans certaines maladies organiques du cerveau, chez des sujets non hystériques, là où il existe un foyer de ramollissement localisé spécialement dans la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne. Dans ces cas, les fibres de la sensibilité spéciale et générale sont atteintes, et vous constatez une hémianesthésie cérébrale, semblable à celle des hystériques, portant également sur les sens du goût, de l'ouïe, de l'olfaction, etc. La seule différence qui existe est que cette hémianesthésie se présente chez les hystériques avec un caractère de mobilité que l'on ne rencontre pas dans les cas de ramollissement. Là, au contraire, elle reste fixe si l'on n'intervient pas médicalement. En effet, chez les hystériques, si un certain temps s'écoule sans qu'il y ait d'attaques, l'hémianesthésie disparaît ; mais, qu'un accès survienne, l'hémianesthésie se montre de nouveau.

Grâce à l'emploi de certains agents auxquels on a donné le nom d'esthésiogènes, l'anesthésie peut disparaître tout au moins momentanément. Parmi ces agents je vous citerai les applications métalliques de M. Burq, les courants électriques dynamiques faibles, la faradisation dans certains cas, les aimants qui agissent quelquefois chez des malades où les plaques n'ont produit aucun effet, les solénoïdes, enfin l'électricité statique qui est le plus actif de tous les esthésiogènes.

Il existe encore un autre phénomène intéressant chez certains sujets hystériques : le phénomène du transfert, c'est-à-dire que, lorsque la sensibilité revient dans le côté malade sous l'influence d'un agent esthésiogène, elle disparaît dans les points symétriques du côté opposé, du côté sain. Mais, pendant ce passage de l'hémianesthésie d'un côté à l'autre, un autre phénomène bien curieux apparaît, que j'ai dénommé phénomène des oscillations consécutives, à la suite duquel le malade recouvre la sensibilité des deux côtés et la conserve pendant un certain temps, pendant lequel il se trouve soustrait à toute nouvelle attaque. Ce fait avait été entrevu pour la première fois par M. Burq ; il est une indication toute naturelle de l'application longtemps continuée des plaques métalliques pour obtenir la guérison de l'hémianesthésie. Malheureusement cette guérison est le plus souvent temporaire.

Quant à l'électricité statique, elle est le plus puissant esthésiogène ; elle rend la sensibilité pendant deux ou trois jours à certains sujets hystériques hémianesthésiés ; de là une indication thérapeutique de soumettre à son influence les malades tous les deux ou trois jours pendant un long temps qui permette d'obtenir une guérison sinon permanente, ce qui est chose rare, tout au moins momentanée. Elle nous a donné aussi des guérisons qui se sont maintenues pendant un an et demi chez des sujets atteints de contractures musculaires d'un côté, en déterminant, par le phénomène du transfert, des contractures du côté opposé et en répétant journellement pendant un certain temps l'influence de l'électricité statique. De même aussi nous avons pu faire cesser momentanément le tremblement de la paralysie agitante.

THÉRAPEUTIQUE

Maladies des voies urinaires. — Le thé diurétique de France,

Par M. le docteur L. Dassier.

En présence d'une affection des reins ou de la vessie, la plus grande difficulté pratique consiste dans le choix de la boisson à conseiller aux malades. Certains liquides occasionnent des recrudescences douloureuses, une vive irritation dans la miction et des besoins trop fréquents d'uriner. Quelques préparations médicamenteuses ayant une action directe sur la sécrétion urinaire ne sont point exemptes d'inconvénients sérieux. Une tisane diurétique inoffensive, adoucissante et calmante, restait donc toujours à trouver.

Faire uriner facilement, sans douleur, et rendre les urines abondantes et claires, tel est le problème qui vient d'être résolu.

Le « Thé diurétique de France » composé uniquement, dans des proportions déterminées, de plantes inoffensives, diurétiques et sédatives, sollicite doucement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Il est agréable au goût, très-supérieur à l'eau de goudron, à la macération de graine de lin, et à presque toutes les eaux minérales prescrites contre les maladies des voies urinaires, la goutte ou les affections calculeuses. Aussi est-il rapidement devenu la boisson

habituelle obligée de quiconque souffre des reins, de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

J'ai donné des soins à un vieillard que tourmentait depuis plusieurs années un catarrhe vésical, aussi intense que rebelle. Il urinait dix ou douze fois par nuit, toujours avec les plus vives douleurs, et rendait des urines épaisses, gluantes, fétides et laissant déposer une matière laiteuse. Sous l'influence de quatre tasses par jour de « thé diurétique de France », il s'est extrêmement amélioré dans l'espace de trois semaines, au point qu'il ne se relevait plus que deux fois par nuit et qu'il ne rendait plus que des urines sans odeur et ayant l'aspect le plus normal.

J'ai également traité un homme, âgé de soixante-deux ans, qui avait été se faire lithotritier à Paris, et qui, à la suite de neuf séances de broiement lithique qu'il avait courageusement supportées, avait éprouvé toutes les souffrances de la cystite la plus persistante. Les préparations balsamiques, les eaux minérales d'Évian et de Contrexéville, et l'usage de capsules térébenthinées avaient complètement échoué. Je le soumis à l'action du « thé diurétique de France », et le résultat fut tout aussi heureux que dans le cas précédent. Des fragments de mortier lithique furent expulsés sans douleur, les urines redevinrent limpides et les besoins d'uriner s'éloignèrent de plus en plus. Il est actuellement rétabli.

Depuis 1877, époque à laquelle je publiais mes deux observations *in extenso* dans les recueils scientifiques, les médecins ont expérimenté le médicament et l'ont aussitôt adopté dans leur pratique. Les guérisons se sont multipliées partout, et aujourd'hui l'efficacité de la meilleure tisane diurétique dans les maladies des reins et de la vessie n'est plus à démontrer. C'est un fait acquis.

Selon les conseils des médecins et selon les effets à obtenir, le « thé diurétique de France » s'administre à la dose de deux à cinq tasses dans les vingt-quatre heures. Il peut se prendre à toute heure du jour ou de la nuit, avant ou après les repas. Il ne retentit pas sur l'estomac et ne trouble jamais la digestion ni le sommeil. Son action, tout à fait spéciale, se porte invariablement sur les voies urinaires et sur la composition des urines.

Lorsque l'on songe à toutes les misères vésicales que les excès ou simplement les progrès de l'âge déterminent si souvent, ne doit-on pas signaler avec empressement aux médecins et aux malades le moyen de soulager toujours et de guérir très-souvent un état morbide aussi douloureux ?

Liniment contre les engelures.

Alcool à 85°	40	grammes.
Glycérine	25	—
Acide phénique	1	—

Faire matin et soir des onctions sur les engelures non ulcérées. (*Le Méd. prat.*)

Potions contre la tuberculisation pulmonaire.

M. le docteur Peter conseille de donner d'heure en heure, alternativement, une cuillerée à bouche de chacune des deux potions suivantes aux tuberculeux qui ont la fièvre, mais chez lesquels les voies digestives sont encore dans un état satisfaisant :

1° Extrait de quinquina	4	grammes.
Cognac	40	—
Julep gommeux	100	—

Faites dissoudre.

2° Kermès minéral	de 20 à 40	centigr.
Julep gommeux	100	grammes.

mêlez.

De plus on appliquera un large vésicatoire sur le thorax afin d'enrayer, momentanément au moins, les progrès du mal. (*Union médicale.*)

Emploi de l'oxalate de cérium dans la toux des phthisiques.

M. le docteur Robert Cheesman a lu récemment un mémoire sur cette question devant la Société de médecine de New-York. Les conclusions auxquelles il est arrivé sont les suivantes : 1° l'oxalate de cérium peut être donné à la dose de 60 centigrammes ou même davantage, trois fois par jour et cela pendant beaucoup de jours ; 2° le seul symptôme noté est une légère sécheresse de la bouche pendant les premiers jours ; 3° ce médicament paraît être plus actif lorsqu'il est pris à sec sur la langue ; 4° ses effets ne deviennent bien nets que quand il a été pris pendant cinq ou six jours ; on en suspend l'usage au bout de ce temps ; 5° dans la toux de la phthisie chronique, il est préférable de le prendre le matin à jeun et le soir avant de se mettre au lit, sauf à donner pendant le jour et dans l'intervalle une ou deux doses ; celle du début sera de 30 centigrammes chez les adultes ; 6° l'oxalate de cérium agit le plus souvent très-bien contre la toux et il peut rendre encore des services sérieux si, en alternant, on le combine à d'autres médicaments : enfin 7° il ne produit pas de troubles gastriques comme les opiacés et la plupart des autres médicaments dirigés surtout contre la toux. (*Paris médical.*)

Dragées contre la toux des phthisiques.

D'autre part, M. le docteur Reuss préconise contre la toux des phthisiques une forme médicamenteuse qui consiste dans l'association du tolu à la créosote sous la forme suivante :

Baume de tolu pur	» 20	centigrammes.
Créosote pure de hêtre	» 05	—
Excipient	Q. S.	—

que l'on donne avec succès sous forme de dragées au nombre de deux et quatre et jusqu'à dix par jour. (*Revue de thérapeutique.*)

Mixture pour l'anesthésie chirurgicale.

Le chloroforme a été accusé de produire la paralysie respiratoire d'emblée, lorsqu'on l'administre pour produire l'anesthésie chirurgicale. Un médecin allemand, M. le docteur Wachsmuth, prétend conjurer cet accident en faisant inhaler aux patients un mélange de chloroforme et d'essence de térébenthine rectifiée dans la proportion de 1 à 5. M. Frank (d'Olmutz) a essayé ce mélange dans dix cas et s'en est bien trouvé. L'anesthésie a été rapidement obtenue, facilement produite et n'a été suivie d'aucun symptôme désagréable. (*Le Courrier méd.*)

Solution Brisson contre l'otorrhée sans lésions osseuses.

M. le docteur Brisson, dans sa thèse inaugurale, propose la solution suivante, dont il a obtenu un excellent résultat dans vingt observations d'otorrhée sans lésions osseuses :

Eau distillée	100	grammes.
Hydrate de chloral	3	—
Sulfate d'alumine	5	—

Instiller dans l'oreille malade, cinq fois par jour, quelques gouttes tièdes de ce mélange, accompagner le traitement local par un traitement général constitutionnel pour prévenir les récidives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 janvier 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Du mode d'action des poisons introduits sous la peau ou appliqués sur elle. — M. Brown-Séquard. Les physiologistes se sont longtemps demandé si les poisons ainsi appliqués agissaient par action locale ou par absorption. On a fait des injections sous-cutanées après avoir coupé les nerfs qui se rendent dans la région où sont pratiquées ces injections, et, ayant constaté que le poison agissait aussi bien les nerfs étant coupés que lorsqu'ils existaient, certains physiologistes en ont conclu à l'absorption. Si l'on injecte sous la peau un poison quelconque, les vaisseaux et les nerfs étant conservés, on constate des effets très-dif-

férents dans les deux moitiés du corps dans l'une des effets d'inhibition, dans l'autre des effets de dynamogénie. Il y a donc une action qui s'exerce à la fois sur les deux moitiés du corps, ce qui prouve que le poison est capable d'agir localement par l'intervention des nerfs. Les recherches entreprises par M. Brown-Séquard dans cet ordre d'idées l'ont conduit à ce résultat constant, une action s'exerçant sur les deux moitiés du corps. La sensibilité est augmentée du côté correspondant à l'application ou à l'injection; l'irritabilité musculaire est également très-augmentée dans le membre correspondant.

M. DUMONTPALLIER demande quelle est l'opinion de M. Brown-Séquard sur l'élongation des nerfs appliquée au traitement de l'ataxie locomotrice.

M. BROWN-SÉQUARD. L'ataxie locomotrice ne saurait être considérée comme le résultat de la perte d'une fonction, puisqu'une simple piqûre de la moelle, sans aucune autre lésion, suffit pour la déterminer. Elle dépend donc d'une irritation, et non d'une lésion ou d'une destruction. On conçoit dès lors que le tiraillement du nerf puisse être un moyen thérapeutique d'une réelle valeur. Mais il y a encore des recherches à faire sur ce point.

M. LABORDE a entrepris des recherches sur ce sujet. On connaît les faits d'arrêt d'attaques épileptiques par un simple mouvement de torsion imprimé à l'orteil. L'élongation de l'un des sciatiques, chez les animaux, diminue très-sensiblement une épilepsie expérimentale déterminée par la section de la moelle. On verra ce que produira l'élongation successive des deux sciatiques.

Quelle altération cette élongation amène-t-elle dans le nerf ou dans la moelle elle-même? C'est ce qui reste à déterminer.

Des nerfs vaso-dilatateurs. — M. ONIMUS. MM. Dastre et Morat repoussent, à propos de l'action vaso-dilatatrice exercée par le sympathique cervical, la théorie des contractions autonomes des vaisseaux. Nous nous contenterons de leur répondre qu'ils ne font à cette théorie aucune objection sérieuse, car ils ne peuvent nous opposer, comme ils le font, les travaux de Claude Bernard et de Vulpian, à propos de la différence des nerfs de la langue et de la glande sous-maxillaire. Pour bien démontrer que, dans ces cas, notre explication est erronée, il faudrait prouver d'abord que la terminaison de ces nerfs est identique. Une excitation nerveuse agit, en effet, d'une façon bien différente selon qu'elle arrive à l'élément musculaire, soit directement, soit par l'intermédiaire de cellules nerveuses.

D'un autre côté, notre argument principal subsiste toujours; car, en admettant les deux espèces de nerfs vaso-moteurs, il restera toujours à démontrer comment ils agissent. Jusqu'à ce qu'on nous ait expliqué comment un nerf vaso-moteur peut amener une dilatation directe d'un vaisseau quelconque, nous ne saurions admettre qu'il existe de *vrais* nerfs dilatateurs. Il ne suffit pas d'exprimer un fait, il faut encore chercher à montrer comment ce fait est possible. En d'autres termes, nous croyons aller plus loin que ces physiologistes dans l'explication des phénomènes : car nous soutenons que l'excitation des nerfs vaso-moteurs amène une congestion active, ce qu'ils veulent également démontrer, et, de plus, nous en sommes persuadé, qu'il y ait ou non deux espèces de nerfs vaso-moteurs, on ne pourra expliquer cette congestion que par le mécanisme de la contraction antérieure, car rien n'autorise l'hypothèse d'une dilatation directe.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les nouveaux bâtiments en construction de l'École pratique vont subir un agrandissement considérable. En effet, sur le rapport de M. le docteur Levraud, le Conseil municipal, et après approbation de tous les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, intéressés à la bonne installation des laboratoires, la surface totale de l'îlot compris entre la rue Antoine-Dubois, la rue de Monsieur-le-Prince, la rue Racine et la nouvelle rue des Écoles, surface de plus de 14,000 mètres, sera affectée à l'École pratique.

Voici du reste d'une façon succincte les dispositions adoptées: les laboratoires de recherches et d'enseignement des professeurs comprenant la pathologie expérimentale, l'anatomie, la médecine opératoire, l'histologie, l'anatomie pathologique, la thérapeutique, la pathologie générale, la médecine légale, seront situés dans le vaste bâtiment en façade sur la rue de l'École de médecine qui s'étendra de la rue Antoine-Dubois jusqu'à la cour ayant son entrée en face de la rue Hautefeuille.

Les laboratoires occuperont les emplacements suivants : l'anatomie pathologique sur la rue Antoine-Dubois, à l'entresol et au premier étage; la chimie sur la rue Monsieur-le-Prince, au premier étage, avec une terrasse de plain-pied du côté de la cour pour les expériences en plein air et des dépendances en dessous; la physique sera placée au-dessus de la chimie au deuxième étage; l'histoire naturelle occupera le premier et le deuxième étages sur la rue Racine. Un grand amphithéâtre et six amphithéâtres secondaires seront établis dans l'ancien cloître des Cordeliers; ils pourront contenir ensemble environ de 1,800 à 2,000 élèves. La physiologie sera installée derrière le grand amphithéâtre.

Quant aux salles de dissection, elles occuperont tout l'espace compris entre les bâtiments des rues Racine et Monsieur-le-Prince. L'histologie se trouvera au premier étage entre l'anatomie et l'ancien cloître des Cordeliers.

Enfin, un espace considérable sera consacré à l'enseignement libre. De nombreux amphithéâtres situés sur une cour longeant le musée Dupuytren et qui pourront s'étendre encore dans le bâtiment qui formera l'angle des rues Racine et des Écoles seront mis à la disposition de cet enseignement, ce qui représente une superficie de plus de 1,000 mètres carrés.

La dépense de ces diverses constructions, votée par le Conseil municipal, dépassera 5 millions et demi et sera couverte à frais communs par l'État et par la ville de Paris.

Ces agrandissements de l'École pratique sont la conséquence du décret du 20 juin 1878 qui a réorganisé l'enseignement de la médecine et rendu obligatoires non-seulement les exercices de dissection et de médecine opératoire, mais encore les travaux pratiques de chimie, d'histoire naturelle de physique, de physiologie, d'anatomie pathologique et d'histologie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les concours pour l'admission à la clinique d'accouchements des élèves sages-femmes, auront lieu le lundi 7 mars 1881, à neuf heures du matin, à la Faculté. — Les aspirantes pourront se faire inscrire au Secrétariat de l'École jusqu'au lundi 28 février inclusivement.

— L'Académie des sciences, dans sa séance du 31 janvier 1881, a élu M. Clos membre correspondant pour la section de botanique, en remplacement de feu M. Godron.

— *Corps de santé militaire.* — Sont nommés au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Chavasse, de Ferré, Gremion-Manceau et Lesbros.

Sont nommés au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Baillon, Lieutard et Trapet.

— M. le docteur P. Ménières (d'Angers), professeur libre de gynécologie, vient de recevoir du président de la République du Venezuela la croix de l'ordre de Bolivar, et du bey de Tunis la croix d'officier de l'ordre du Nicham-Iftikhar (services rendus à des nationaux).

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Mabit, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui a succombé vendredi dernier, 4 février, aux suites d'une pneumonie catarrhale double compliquée de diphthérie généralisée.

— Le premier hôpital japonais fut établi en 1861 à Nangasaki, et placé sous la direction de Matsumoto qui étudiait alors la médecine en Hollande, et qui depuis est devenu inspecteur général de la médecine militaire. Les hôpitaux furent d'abord, et sont encore jusqu'à un certain point, des établissements dans lesquels les clas-

ses payantes seules pouvaient obtenir des soins attentifs. Depuis la Restauration de 1868, des hôpitaux ont été créés dans plusieurs villes de l'empire par le gouvernement du mikado. (*Gaz. hebd.*)

— Le budget de l'empire allemand pour l'année 1881 (du 1er avril 1881 au 1er avril 1882) contient quelques chiffres intéressants et qui montrent non-seulement avec quelle ardeur persévérante l'État encourage la médecine, mais dans quelle direction la science encouragée par l'État tend à s'engager.

Pour Berlin seulement : terrains et bâtiments de la clinique, quatrième et dernière allocation extraordinaire, 333,000 marcs (le marc vaut 1 fr. 25). La construction est évaluée à 1,833,000 marcs. — Reconstruction de la clinique obstétricale et gynécologique, troisième allocation, 300,000 marcs. — Reconstruction de l'Institut pour les sciences naturelles, de l'Institut pharmacologique, second laboratoire chimique et Institut technologique, troisième allocation, 100,000 marcs. La dépense totale est évaluée à plus d'un million ; accessoirement, augmentation du budget de la clinique chirurgicale, 15,000 marcs. — Appointements des assistants de la clinique oculistique, de celle des maladies des oreilles et des maladies mentales surélevés d'environ 9,000 marcs.

Ceux qui croient l'Allemagne absorbée dans le culte des laboratoires verront, d'après ces indications sommaires, que les institutions cliniques tendent à prendre le dessus, après avoir été si longtemps reléguées aux bas-fonds des budgets. (*France méd.*)

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 février, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois de janvier. Policlinique. — 2° Discussion du rapport de M. d'Écherac. — 3° Des complications de la scarlatine, par M. Dupouy. — 4° L'assistance médicale à domicile dans le deuxième arrondissement, par M. Nadaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant, par M. J. Guérin. Deuxième et troisième livraison des travaux de l'auteur. 1 vol. in-8° de 384 pages, 48 gravures dans le texte, et atlas in-4° de 11 planches. — Prix des quatre livraisons trimestrielles, *franco* pour la France, 14 francs ; pour l'étranger, 18 francs. — Paris, au bureau des publications de M. J. Guérin, 46, rue de Vaugirard.

Éléments de pathologie exotique : 1° maladies infectieuses ; 2° maladies des organes et des appareils ; 3° animaux et végétaux nuisibles, par M. Nielly, professeur d'hygiène et de pathologie exotique à l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-18 avec 29 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10738.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique,

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue
CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

Solution, VIN ET SIROP Bourguignon
au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

LABOUREUR, 26, rue des Missions, et les phies.

Vin iodé de Moride (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'af-« fections utérines chroniques, les résultats ont « toujours été remarquables; il en fut de même d'un « nombre respectable de chloroses traitées par « la même préparation... Nous préférons la forme « de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est « plus absorbable et surtout parfaitement sup-« portée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Guérison DES MALADIES de l'estomac

Par les POUDRES et PASTILLES P. HUGOUNENQ au **Phosphate de Bismuth** et à la **Pepsine**, contre les gastralgies, gastrites, dysenteries, diarrhées rebelles, vomissements des enfants, digestions laborieuses. — Pharm. HUGOUNENQ, Lodève (Hérault). — Dépôt général, VIDAU et Cie, anc. phie PLANCHE, rue Scribe, 11, près l'Opéra, Paris, et les bonnes pharmacies.

Médailles d'OR. — *Prime de* **16,600** *fr. à Laroche.*

Quina-Laroche (*Elixir vineux.*).

APÉRITIF, TONIQUE, FÉBRIFUGE.

(*Extrait* COMPLET *des* TROIS *quinquinas.*)

Epuiser, par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la TOTALITE des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de la supériorité de l'*Elixir vineux* dit **Quina-Laroche** contre les *fièvres, gastralgies, anémies*, etc.

Le même produit FERRUGINEUX ou IODÉ.

Paris, 22, 20 et 19, rue Drouot.

J. Laroche

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres ET Pastilles DE Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs JORET et HOMOLLE, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE.).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe,

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

Tamar indien Grillon

(Electuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2f.50.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 10 FÉVRIER 1881. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La commission nommée dans la dernière séance, sur la demande de M. Pasteur, vient de faire son premier rapport. M. Colin s'étant abstenu de prendre part à ses travaux, elle n'a pu que constater l'exactitude des faits annoncés par son adversaire, c'est-à-dire la non-identité de la maladie dérivée de la salive d'un enfant enragé avec la septicémie, *telle que la pratique M. Pasteur*. Ces derniers mots énoncent une sage réserve sur la diversité possible des espèces dans le genre septicémie.

M. Colin voulait sur-le-champ présenter ses observations à ce sujet, mais il n'a pu obtenir la parole qu'à l'occasion du procès-verbal, et à propos des incidents de la séance précédente.

Bien entendu, M. Pasteur a immédiatement répliqué.

Le reste de la séance a été plus calme. Nous signalerons particulièrement à l'attention des praticiens le traitement, assez complexe, préconisé par M. Verneuil contre la pustule maligne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Arthrite blennorrhagique du genou. — Ankylose.

Au n° 32 de notre salle des hommes nous avons un malade atteint depuis deux mois d'une affection du genou droit, d'un diagnostic rigoureux, difficile, et d'un pronostic fort sérieux.

Jusque-là sa santé avait été bonne et sans aucune scrofule dans son enfance ni dans sa jeunesse, et la maladie articulaire, qui est le point de départ des accidents actuels, est survenue dans le cours d'une blennorrhagie aiguë arrivée à sa troisième ou à sa quatrième semaine.

Il est entré à l'hôpital de la Charité le 27 avril, alors qu'il était malade depuis deux mois environ d'une arthrite blennorrhagique extrêmement douloureuse pendant les premières semaines, la nuit principalement; douleurs véritablement caractéristiques de la nature même de la maladie. Mais, si peu à peu ces douleurs se sont amendées, par contre le gonflement de l'articulation a persisté, donnant lieu à une impotence véritable, à une gêne si considérable de la marche que, ne pouvant faire un pas sans cannes ou béquilles, il s'est décidé à se faire transporter à l'hôpital.

Ce fait, par sa durée, est un peu différent de ce que l'on voit d'habitude. Cette arthrite a-t-elle donné lieu à la production de fausses membranes à la surface interne de la synoviale? S'est-il fait un épanchement plastique dans l'intérieur de l'articulation, et cet épaississement aurait-il de la tendance à se résoudre? Ou bien l'inflammation se terminerait-elle par une sorte de sclérose des produits et leur adhérence entre eux?

En un mot, nous avons à savoir si nous avons affaire à une arthrite plastique devant se terminer par la résolution ou par l'ankylose de l'articulation, comme chez le malade du n° 41. Celui-ci a eu une arthrite blennorrhagique de la hanche et du genou, et, malgré tous nos soins, malgré un traitement énergique approprié à la nature de l'affection, l'articulation tibio-fémorale s'est ankylosée.

Le plus ordinairement, au bout de deux mois, ces arthrites se sont terminées, soit par la résolution des phénomènes inflammatoires, soit, ce qui est plus rare, par un épanchement plastique sans ankylose.

Mais, chez notre malade du n° 32, il n'en est pas ainsi, et ce qu'il y a de particulier, c'est qu'après deux mois de maladie, nous trouvons dans l'articulation un épanchement véritable, une sorte d'hydarthrose. Cependant ce mot me paraît impropre : on ne peut pas dire qu'il y ait hydarthrose en raison même des phénomènes inflammatoires très-prononcés qui ont eu lieu et qui persistent encore actuellement. Nous constatons en effet aujourd'hui une élévation de température du genou malade qui atteint environ 40 degrés, c'est-à-dire près de 3 degrés de plus que le genou du côté opposé; de plus, la moindre pression est des plus douloureuses, de même tout mouvement communiqué à l'articulation ou tout mouvement volontaire est impossible sans provoquer de douleurs intolérables.

Il est très-rare cependant de trouver de l'épanchement dans une articulation à la suite d'une arthrite blennorrhagique. D'autre part, notre malade nous présente un symptôme qui est loin d'être constant dans les arthrites blennorrhagiques du genou qui doivent se terminer par une ankylose de l'articulation; nous voulons parler d'une mobilité *latérale* du genou assez considérable, mobilité qui, à l'état normal, n'existe que dans la flexion et dans une faible éten-

due. Ici, au contraire, nous constatons cette mobilité dans l'extension parfaite.

Notre malade présentant un épanchement plastique dans l'articulation, à quoi tient donc cette mobilité latérale des extrémités articulaires du fémur sur la tête du tibia? Ceci est assez difficile à expliquer.

On disait autrefois, en présence de cas analogues, qu'elle provenait du relâchement des ligaments de l'articulation du genou, et vous trouverez cette opinion exprimée dans vos auteurs classiques, que ces ligaments ramollis, relâchés, permettent de faire mouvoir latéralement l'articulation. Mais, depuis les travaux de M. Robert Moutard-Martin, il paraît actuellement démontré que cette mobilité est due à une diminution de hauteur des surfaces articulaires, diminution produite par la destruction plus ou moins complète des cartilages semi-lunaires, de telle façon que les deux os, — fémur et tibia, — jouent l'un sur l'autre.

Cependant, tout en reconnaissant cette explication comme des plus plausibles et des mieux fondées, nous ne devons pas repousser absolument le relâchement des ligaments, et je crois que ces deux altérations sont admissibles, qu'elles peuvent coexister, bien que l'une d'elles, la destruction des cartilages, soit la cause principale de cette mobilité.

Je me suis toujours beaucoup préoccupé, dans les maladies arthritiques, des lésions cartilagineuses, avant d'émettre aucun pronostic, et je ne me crois autorisé à admettre la destruction, la disparition des cartilages, que lorsque les mouvements imprimés aux surfaces articulaires me donnent par leur frottement une sensation de craquement, de crépitation.

Chez le malade du n° 32, qui nous occupe tout particulièrement ici, nous n'avons pas obtenu de crépitation; ce qui pourrait tenir également soit à une destruction qui ne serait pas encore complète, soit, dans le cas d'une destruction de toute l'épaisseur du cartilage, à la présence de produits pseudo-membraneux à la surface des portions articulaires des deux os.

Je suis donc ici forcément hésitant et dans l'impossibilité de me prononcer entre un relâchement des ligaments ou la destruction des cartilages remplacés par des fausses membranes. Si cette dernière lésion existe, elle est irréparable à l'âge de notre malade; si les cartilages diarthrodiaux ou semi-lunaires peuvent se reproduire chez l'enfant, ce qui n'est pas absolument prouvé dans tous les cas, ils ne le peuvent certainement pas chez l'adulte; aussi l'ankylose est-elle la terminaison la plus souhaitable.

C'est pourquoi, si, chez notre malade, l'existence d'une hydarthrose avait l'avantage de permettre la guérison sans ankylose, d'empêcher aussi l'adhérence des fausses membranes intra-articulaires, d'autre part la mobilité latérale de l'articulation présente trop d'inconvénients, trop de dangers d'ostéite, pour ne pas désirer obtenir dans le cas présent une ankylose.

C'est là ce qui m'a conduit à immobiliser l'articulation et, par une compression continue permanente, au moyen d'une bande élastique, à chercher à diminuer la quantité du liquide épanché entre les surfaces articulaires, et, si les ligaments sont relâchés, à tenter de les consolider. Dans tous les cas, nous ne saurions, d'après ce que je vous ai dit, avoir la prétention de reproduire les cartilages détruits, mais seulement d'obtenir une ankylose par la fusion des surfaces articulaires.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Tuberculisation pulmonaire et intoxication saturnine.

Parmi les malades qui sont entrés cette semaine dans notre service, il en est deux qui vont faire le sujet de cette leçon par laquelle nous reprenons aujourd'hui nos conférences cliniques du vendredi.

Ils sont en proie tous deux à cette affection qui, si elle fait le désespoir des malades qui en sont atteints, fait aussi celui des médecins et surtout des médecins des hôpitaux, par la durée de leur séjour dans les salles et l'encombrement des services hospitaliers dans certaines saisons surtout. Je veux parler de la tuberculisation pulmonaire qui est toujours l'une des grandes préoccupations du praticien.

La maladie n'aurait rien en soi de bien intéressant si, coïncidence étrange, elle ne s'accompagnait en même temps, chez tous deux, d'accidents saturnins, coïncidence que Beau aurait eu quelque peine à admettre. En effet, selon lui, il existait une sorte d'antagonisme entre la tuberculisation et la maladie saturnine. Chez nos deux malades, l'intoxication est venue après coup et n'a eu aucune action sur le développement des tubercules.

Le premier, qui est couché au n° 3 de la salle des hommes, ne présente aucun liséré plombique sur les gencives; il a eu seulement quelques coliques qu'il attribue à l'action du plomb. Son occupation journalière consiste à réparer les joints des machines à vapeur avec un mastic composé de minium, mais de plus il est aussi tourneur mécanicien en cuivre. Ses coliques pourraient donc aussi bien être mises sur le compte de ce dernier métal que sur celui du plomb, surtout en l'absence d'accidents généraux bien nets.

Mais si, chez lui, l'intoxication saturnine, sans pouvoir être absolument repoussée, peut rester douteuse, il n'en est pas de même du second malade, qui est couché au lit n° 31, où les coliques saturnines sont très-avérées, bien établies, quoique peu intenses encore. Il travaille depuis cinq semaines à Clichy dans une usine, et c'est généralement au bout de ce temps que les accidents surviennent. Les symptômes auxquels a donné lieu son intoxication sont de l'inappétence, quelques coliques, une constipation datant de dix à douze jours, dont un simple purgatif avec l'eau de Sedlitz a eu facilement raison. Le liséré plombique, dont je vous parlais, est très-net, mais peu accentué, et sa couleur, d'un gris ardoisé, se distingue facilement de la teinte noirâtre des dents chez les fumeurs de profession, comme le malade du n° 1. Ce liséré existe au bord même de la gencive et non pas en dehors. Il est le résultat de l'absorption du sel de plomb et de la transformation en acide sulfhydrique des matières alimentaires qui sont en rapport avec le bord gingival.

L'intoxication est donc, comme nous le disions, récente, médiocre et caractérisée par des coliques après avoir débuté par des troubles digestifs, de la dyspepsie, produits par la pénétration des poussières plombiques dans le tube digestif, à l'exclusion des autres voies. A la faveur de l'acidité des sucs digestifs, acidité exagérée soit par une transformation spontanée des liquides gastriques, soit par l'ingestion d'aliments ou de boissons acides, le carbonate de plomb inactif se transforme en acétate de plomb éminemment actif.

J'ajouterai enfin que l'état saturnin se complique probablement ici d'un état alcoolique, bien que notre malade n'ait pas voulu nous avouer ses intempérances de boisson.

Quant aux signes de la tuberculisation pulmonaire, ils

sont, chez ces deux individus, encore peu accentués. Chez le nº 3, il existe, au sommet du poumon gauche, des râles sous-crépitants, premier indice qui commence déjà à rendre l'état de son parenchyme pulmonaire suspect. De plus, nous constatons une diminution de la sonorité en avant sous la clavicule, en arrière dans la fosse sus-épineuse et dans une partie de la fosse sous-épineuse. Le poumon, en ces différents points, est moins pénétrable à l'air, et le murmure vésiculaire est affaibli, les râles sont durs, enfin le malade respire mal.

Ces différents signes nous donnent tout lieu de soupçonner une tuberculisation s'étendant du sommet du poumon gauche au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate, tuberculisation au premier degré dans presque toute cette étendue et commençant en certains points à passer au second degré.

Cet homme est d'aspect assez fort, bien qu'un peu pâle, décoloré; il a conservé un léger embonpoint, il n'a de fièvre ni le jour ni le soir; en dehors des accidents passagers d'une intoxication saturnine récente, l'organisme ne paraît pas profondément atteint, et les fonctions générales ne sont pas notablement troublées. Le début de la maladie remonte à plusieurs mois, la marche en est progressive, il est vrai, mais lente, et, je le répète, parce que cela est important, sans altération de l'organisme. Il n'existe aucun antécédent héréditaire, cet homme n'est point sujet à contracter des bronchites fréquentes, et l'étiologie ne nous fournit que des renseignements négatifs; la cause de la maladie nous reste ignorée.

Par tous ces faits, le pronostic ne nous paraît pas très-grave, bien que toute tuberculisation soit chose sérieuse, et la maladie, qui marche lentement, peut s'arrêter et les lésions du poumon même diminuer. La condensation pulmonaire ne suppose pas fatalement une infiltration tuberculeuse complète, mais parfois une simple hyperémie avec quelques granulations disséminées, qui donnent lieu aux symptômes que nous avons indiqués et sont susceptibles de disparaître, de se réduire à très-peu de chose. Il ne reste dans ce cas qu'une résonnance imparfaite et un peu de faiblesse du murmure respiratoire. C'est ce qu'il est nécessaire de bien savoir avant de se risquer à émettre un pronostic grave et funeste dès le début de la tuberculisation.

Ici donc, chez notre malade, le pronostic sera réservé, d'autant plus que nous pouvons espérer modifier son état par le traitement et par une bonne hygiène.

Dans l'absence de fièvre, le traitement doit se manifester par une dérivation locale, cutanée, dérivation pour laquelle nous avons le choix entre les quatre moyens suivants : les sinapismes, les vésicatoires, les pointes de feu et les cautères. Mais nous ne devons pas employer l'un ou l'autre de ces moyens indifféremment.

Dans le cas de fluxion pulmonaire rapide, où la crainte de quelque hémiplégie exige que l'on agisse vite, les sinapismes seront utilement appliqués à cause de leur action instantanée. La fluxion est-elle persistante, les vésicatoires seront préférables. Est-il nécessaire d'obtenir une dérivation plus profonde sur l'état du poumon afin de modifier et la sécrétion de la muqueuse pulmonaire et l'état circulatoire, nous ferons appel aux cautères.

Enfin, à côté de ces considérations, il en est d'autres toutes sociales, qui peuvent nous entraver dans le dérivatif à employer. C'est ainsi que, chez une jeune femme, chez laquelle les accidents ne sont pas très-graves, il est permis d'hésiter à appliquer des cautères en raison des cicatrices indélébiles qu'ils entraînent avec eux. C'est alors que nous traiterons la malade par des pointes de feu qui, à l'avantage d'agir vivement, joignent celui de laisser peu de traces.

Quant au traitement général, si les voies digestives sont bonnes, les arsenicaux trouveront utilement leur emploi, comme pilules d'arséniate de soude, granules de Dioscoride, qui sont aussi un stimulant de l'organisme. Le phosphate de chaux favorisera la nutrition, les amers exciteront l'appétit, enfin l'huile de foie de morue sera avantageusement employée contre la dénutrition.

Après ce que je viens de dire du malade couché au nº 3, je n'insisterai pas beaucoup sur le nº 31, dont je vous ai déjà parlé tout à l'heure. Je me bornerai à vous faire remarquer que chez lui les signes et les symptômes sont encore moins prononcés, qu'il n'y a qu'une modification légère de la sonorité et du murmure vésiculaire. La maladie est moins avancée, l'état général meilleur, bien que nous le suspections aussi d'habitudes alcooliques, ce qu'il y a de plus détestable au monde pour la tuberculisation. Enfin il n'existe aucune trace de tubercule dans sa famille, et sa profession d'infirmier ne l'expose pas à une évolution forcément progressive de sa maladie. Par tous ces motifs, nous considérons le pronostic comme léger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dieulafoy.

De la bronchectasie (1).

II

Vous venez d'entendre l'exposé des symptômes avec lesquels se présente ordinairement à vous le malade atteint de dilatation des bronches. Vous avez pu voir combien ces symptômes sont variés et avec quelle facilité on pourrait commettre une erreur de diagnostic, si quelques points de repère ne nous étaient donnés pour reconnaître cette maladie parmi les autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Afin de placer sous vos yeux quelque chose de palpable, si je puis m'exprimer ainsi, j'ai fait dresser le tableau des maladies avec lesquelles vous devrez faire le diagnostic différentiel. Ce tableau comprend :

La bronchite simple ou fétide,
La tuberculisation du poumon,
La gangrène pulmonaire,
La pleurésie interlobaire,
Les vomiques.

Prenons donc la bronchite simple ou fétide, et voyons comment vous arriverez à la distinguer de la bronchectasie.

Je n'insiste pas sur la bronchite commune, vous en connaissez tous les principaux symptômes, et vous ne vous tromperez pas; mais où vous serez très-sérieusement embarrassés, c'est lorsque vous vous trouverez en présence d'une bronchite chronique, et que la bronchectasie se développera. Il y a là un moment de transition où le diagnostic est presque impossible ; ce ne sera que plus tard, lorsque le malade sera véritablement atteint de bronchectasie et que les signes de la bronchite chronique se seront effacés, que vous pourrez arriver à un diagnostic certain.

Dans d'autres cas, vous verrez des bronchites simples prendre un caractère de fétidité extraordinaire et répandre

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 février 1881.

une odeur repoussante ; mais, si vous auscultez le malade, vous trouverez toujours les râles ronflants et sibilants de la bronchite, jamais de gargouillement, jamais de souffle amphorique ni de pectoriloquie, et vous ne constaterez pas non plus cette déformation particulière de la cage thoracique que je vous ai signalée précédemment.

Confondrez-vous la bronchectasie avec la *tuberculisation pulmonaire* ? Ici encore vous serez fort embarrassé si vous n'avez pas présente à l'esprit la marche de la maladie. Que voyez-vous en effet chez un tuberculeux ? Le plus souvent le malade vous dira qu'il ne souffre que depuis un an, un an et demi au plus, et qu'avant sa santé était bonne. C'est à la suite d'un refroidissement qu'il se mit à tousser, puis peu de temps après survint une hémoptysie, enfin tout semblait aller très-bien, quand de nouveau les mêmes symptômes se manifestèrent et allèrent en augmentant. Le tuberculeux devenait phthisique.

Vous voyez donc de quelle importance seront pour vous les commémoratifs. Entre un phthisique et un bronchectasique, l'analogie est frappante. Dans les deux cas, en effet, vous voyez un individu amaigri, languissant, ayant une expectoration abondante et muco-purulente ; dans les deux cas vous voyez des hémoptysies, et enfin l'auscultation vous révèle de part et d'autre l'existence de cavernes, de gargouillement, etc. L'analogie est si frappante que Barthe y fut trompé. On avait dit : La bronchectasie est unilatérale. Les recherches faites à ce sujet vous la montrent aussi souvent double qu'unilatérale. Son siège ne renseigne pas davantage, car, si les tubercules siègent de préférence au sommet, la dilatation bronchique y est aussi fréquente qu'à la base.

Sur quoi donc se baser, me direz-vous ? Sur trois caractères : l'expectoration, l'hémoptysie et la marche des symptômes généraux.

1° L'expectoration, dans les deux cas, est bien muco-purulente, mais celle d'un tuberculeux est beaucoup plus homogène.

2° L'hémoptysie ne présente pas les mêmes caractères : dans la bronchectasie elle ne survient que très-tardivement, puis elle est peu abondante, tandis que chez les tuberculeux elle est précoce, abondante et souvent très-difficile à arrêter.

3° Enfin c'est surtout la marche des symptômes généraux qui doit vous guider. Rappelez-vous la lenteur que met la bronchectasie à progresser, et comparez-la à la prompte invasion de la tuberculose. N'oubliez pas que, dans ce second cas, les symptômes généraux et les symptômes locaux marchent de pair, tandis que, dans le premier, les symptômes locaux sont déjà développés depuis très-longtemps quand apparaissent les symptômes généraux.

La *gangrène pulmonaire* pourra encore être pour vous une cause d'erreur, grâce à la fétidité repoussante qu'elle présente. Mais n'oubliez pas que cette affection ne constitue pas une *entité morbide ;* c'est une complication survenant dans le cours d'une autre maladie, la pneumonie, par exemple ; si vous assistez au début de la maladie, vous verrez qu'un individu bien constitué est pris de pneumonie ou de bronchite à la suite d'un refroidissement, puis, au bout de sept, huit ou dix jours, survient une expectoration d'une fétidité atroce. Dans ce cas vous avez affaire à une gangrène pulmonaire, il s'est formé dans le poumon un noyau de sphacèle qui en s'éliminant a donné lieu aux symptômes précédents.

Si vous n'avez pas assisté au début des accidents, l'interrogatoire du malade vous mettra facilement sur la voie.

Nous avons encore à nous occuper de la *pleurésie interlobaire* comme pouvant être confondue avec la bronchectasie. Ici encore la marche des symptômes généraux vous mettra seule sur la voie du diagnostic. La pleurésie qui se développe au niveau des scissures interlobaires des poumons présente ce caractère particulier, d'être appelée fatalement à suppurer.

A l'auscultation, vous ne constatez rien d'anomal, ou du moins très-peu de chose, et cependant le malade va de plus en plus mal. Si vous percutez la poitrine avec soin, vous découvrez une zone de matité bien délimitée et comprise entre deux zones sonores. Tel est le seul signe caractéristique qu'il vous soit donné d'apprécier pendant un certain temps ; mais attendez un peu, et votre malade vous dira un jour qu'il a été pris subitement d'envie de vomir et a rendu une certaine quantité de matières muco-purulentes et fétides, que l'on peut évaluer à 100, 150 ou 200 grammes.

Le malade a eu une vomique.

A ce moment, vous constaterez dans la pleurésie interlobaire les mêmes symptômes que dans la bronchectasie, à savoir : expectoration abondante et fétidité de cette expectoration ainsi que de l'haleine.

Comment donc ferez-vous votre diagnostic ? Toujours par la marche de la maladie, car le pleurétique était très-bien portant deux mois avant de présenter tous ces symptômes, tandis que le malade atteint de dilatation des bronches aura mis deux, trois et même quatre ans avant d'en arriver à cet état.

Il nous resterait, pour terminer le diagnostic différentiel de la bronchectasie avec les maladies qui présentent certains points d'analogie avec elle, à vous parler des *vomiques*. Je n'y insisterai pas, car, les seules qui auraient pu vous tromper, je viens de vous les décrire en parlant de la pleurésie interlobaire ; quant aux autres, elles ne pourront vous embarrasser, puisqu'elles proviennent soit d'un épanchement de la grande cavité pleurale, et alors vous aurez tous les signes de la pleurésie pour vous mettre sur la voie, soit de l'ouverture d'un kyste hydatique dans les bronches, auquel cas l'expectoration aura un caractère particulier et que vous connaissez tous.

On peut diviser le traitement en deux parties, selon que les symptômes généraux n'ont pas pris le dessus, ou que le malade est arrivé à la dernière période.

Quand la santé du malade n'est pas sensiblement altérée, il faut avoir recours aux balsamiques. C'est ce que conseillait Trousseau, et dans bon nombre de cas vous obtiendrez de bons résultats.

C'est ainsi que vous ordonnerez le baume de tolu, le baume de copahu préconisé par les Américains, et la térébenthine.

Outre cette médication, Trousseau conseillait encore les *inspirations de substances médicamenteuses,* soit en faisant respirer un air imprégné de vapeurs balsamiques, goudron, huile essentielle de térébenthine ou bien encore le mélange de ces deux substances, soit enfin à l'aide d'appareils pulvérisateurs ou fumigatoires.

Depuis quelques années on est arrivé à faire d'excellentes préparations de créosote de hêtre, qui vous rendront de grands services. C'est avec une préparation de ce genre,

dont je vais vous donner la formule, que je suis arrivé à guérir mon malade en question :

Vin de Malaga.	500 grammes.
Alcool	50 —
Sucre.	50 —
Créosote de hêtre	6 —

Je faisais prendre à mon malade trois et quatre cuillerées par jour de ce vin créosoté.

L'iodoforme, administré sous forme de pilules contenant 5 centigrammes de cette substance, au nombre de une, deux, jusqu'à quatre par jour, donne aussi de bons résultats.

Vous pourrez encore employer les révulsifs, soit par l'application de pointes de feu, soit par celle de petits vésicatoires au niveau des dilatations bronchiques.

Si vous avez affaire à des constitutions délicates, scrofuleuses, les eaux arsenicales et sulfureuses trouveront ici leur application.

Lorsque le malade est arrivé à la dernière période, que ses forces commencent à s'épuiser, l'indication est de soutenir le malade par l'administration des toniques et des reconstituants que vous avez à votre disposition.

PHYSIOLOGIE

Vaso-dilatateurs sympathiques de l'oreille. — Analyse du réflexe de Snellen.

Par MM. les docteurs Dastre et Morat.

Le nerf auriculo-cervical est très-facile à atteindre au moment où il contourne le pavillon de l'oreille. La section et l'excitation de son bout périphérique donnent lieu à des phénomènes bien connus. L'excitation du bout central qui va rejoindre la moelle produit l'effet désigné sous le nom de *réflexe de Snellen*. Lorsque l'excitation est forte (Rouget), c'est une congestion de l'oreille, remarquable par son intensité et son unilatéralité. Cette dilatation vasculaire est réflexe, puisque le bout du nerf excité n'est plus en rapport qu'avec la moelle.

Nous avons déterminé l'arc réflexe suivi par l'excitation, voie centripète, trajet médullaire, voie centrifuge, en opérant sur le lapin, le chien, la chèvre, faiblement curarisés.

1° La voie centripète, qui conduit l'excitation à la moelle cervicale, est constituée par la deuxième paire de nerfs rachidiens, origine de l'auriculo-temporal.

2° L'expérience prouve que l'excitation suit dans la moelle un trajet descendant pour ressortir au-dessous de la septième paire cervicale. En effet, si l'on coupe la *moelle cervicale en un point quelconque de l'espace* qui sépare la troisième de la septième vertèbre, le réflexe est aboli. Il est encore aboli si l'on pratique une simple hémisection : mais il est conservé du côté où la moelle est d'un côté intacte. C'est donc au-dessous de la septième paire cervicale qne l'excitation trouve l'instrument nerveux chargé de produire la dilatation vasculaire.

3° L'excitation sort de la moelle par les rameaux communiquants qui, des dernières paires cervicales, vont se rendre aux ganglions premier thoracique et cervical inférieur. En effet, si l'on coupe ces filets, le réflexe est aboli ; que l'on excite le bout attenant au ganglion, et la congestion de l'oreille reparaît.

Ces rameaux communiquants sont donc de véritables *nerfs vaso-dilatateurs auriculaires*, et le tronçon de moelle cervicale que leur transmet l'excitation constitue pour l'oreille un *centre vaso-dilatateur*.

Dans l'expérience de Snellen, ce centre est mis en action par l'excitation du bout central de l'auriculo-cervical. Il peut être mis en action par toutes les autres excitations sensitives qui lui arriveront. Parmi ces excitations, MM. Mathias Duval et Laborde signalent celles qui, portées sur le trijumeau, sont conduites précisément par les racines de ce nerf (tubercule cendré de Rolando) jusqu'au centre vaso-dilatateur que nous indiquons.

Arrivées au ganglion premier thoracique et cervical inférieur, que deviennent les fibres vaso-dilatatrices auriculaires ? Elles peuvent continuer leur route dans le cordon cervical, mélangées aux filets vaso-constricteurs que l'on sait y exister, et elles peuvent gagner avec ceux-ci les vaisseaux de l'oreille. Elles peuvent aussi s'y terminer ; nous avons plusieurs raisons de le croire. Dans ce cas, les ganglions de la chaîne seraient, comme les ganglions périphériques, les *centres de réaction* ou d'*interférence* des deux ordres de nerfs.

Quoi qu'il en soit, l'innervation vasculaire de l'oreille est maintenant éclaircie. Les dilatateurs et les constricteurs auriculaires ont, dans la moelle, des origines distinctes, quoique voisines ; il y a un centre vaso-dilatateur cervical et au-dessous un centre vaso-constricteur thoracique. Les deux espèces de nerfs appartiennent, à titre égal, au grand sympathique, résultat qui n'est qu'un nouveau cas particulier de la loi générale que nous avons formulée à propos de nos expériences sur le cordon cervical sympathique du chien : « Le grand sympathique est un *système mixte* ou *système double* contenant les nerfs vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs de tous les organes. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de remerciement de M. le docteur Georges Daremberg, récemment nommé membre correspondant de l'Académie dans la quatrième division ; 2° un travail manuscrit de M. le docteur Brame (de Tours) sur les lavages répétés et les frictions à l'alcool à 96° ; 3° une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault) sur la différence entre les courants du fluide nerveux et les courants électriques, en ce qui concerne leur vitesse de transmission ; 4° des lettres de candidature de MM. Legrand du Saulle, Gallard et Lunier pour la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Nivet, de Clermont-Ferrand, et Billod, de Vaucluse (Seine-et-Oise) ;

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Mandon, de Limoges, et Berchon, de Pauillac ;

En troisième, *ex æquo*, MM. Penard, de Versailles, et Mignot, de Chantelle.

Le nombre des votants étant de 75, majorité 38 :

M. Billod a obtenu 39 voix, M. Nivet 31, M. Penard 3, M. Berchon 1, M. Mandon 1.

En conséquence, M. Billod, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

RAPPORT

M. Villemin, au nom d'une commission composée de MM. Bouley, Davaine, Alphonse Guérin, Vulpian et Villemin, rapporteur, rend compte à l'Académie de deux séries d'expériences qui ont eu lieu les 3 et 4 de ce mois dans le laboratoire de M. Pasteur, à l'École normale supérieure, en l'absence de M. Colin.

La commission se croit en droit de conclure que les résultats de ces deux séries d'expériences (faites par M. Pasteur devant elle) « n'offrent rien qui autorise à identifier la maladie révélée par M. Pasteur avec la septicémie telle que l'a pratiquée M. Pasteur.

En effet, dans la première série (septicémie), il y a localement

une inflammation violente, une suffusion séreuse et une altération profonde des tissus.

Dans la deuxième série (rage), rien de pareil n'a été observé.

Dans la première série, on constate un microbe en bâtonnet se trouvant à foison dans les régions voisines du point d'inoculation, tandis qu'il n'y en a aucun dans le sang.

Dans la maladie issue de la salive rabique, on voit un microbe entièrement différent d'aspect, et qui se trouve, au contraire, à profusion dans le sang.

On constate, en outre, dans cette dernière, la turgescence des vaisseaux veineux, des hémorrhagies des tuyaux aériens et des poumons, ce qui manque dans la septicémie. Notons encore la rate dure dans l'une et la rate molle dans l'autre. Enfin, remarque d'une très-grande importance, le cobaye, qui partage avec le lapin une si grande aptitude à la septicémie, se distingue de ce dernier par la résistance qu'il affecte jusqu'ici à cette maladie spinale que M. Pasteur nous a fait connaître. »

La commission se réserve de faire un rapport ultérieur sur la seconde question qui lui était soumise, celle qui avait trait à l'affection charbonneuse.

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN demande que la discussion de ce rapport soit remise jusqu'au moment où les travaux de la commission seront entièrement terminés et ses conclusions imprimées et distribuées à l'Académie.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. COLIN obtient la parole à l'occasion du procès-verbal, et il complète cette fois la critique, commencée à la dernière séance, des faits par lesquels M. Pasteur a voulu démontrer la conservation des germes du charbon dans le sol où ont été enfouis les cadavres d'animaux charbonneux. Il cite l'exemple d'une ferme qui est toujours restée indemne de charbon, bien qu'on y transportât les corps de tous les animaux morts dans le voisinage de la maladie charbonneuse.

M. PASTEUR répond aux observations de M. Colin, et déclare de nouveau que des faits négatifs ne prouvent jamais rien contre des faits positifs.

RAPPORT

Empoisonnement par un champignon. — M. CHATIN, au nom d'une commission composée de M. Vulpian et de lui-même, lit un rapport sur une communication de M. le docteur Demeaux, médecin à Puy-l'Évêque, sur un fait d'empoisonnement par une espèce de champignon dont il demande la détermination botanique. L'analyse n'a pu être faite faute de quantités suffisantes, mais la commission a reconnu dans ce champignon l'espèce connue sous le nom d'*Oronge légère* (*Amanita bulbosa, Pers. A. phalloïdes, Bull.*), variété qui est aussi nommée *Agaricus bulbosus*.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à M. le docteur Demeaux. (Adopté.)

LECTURE

M. LE DENTU lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'extraction des calculs des reins.*

COMMUNICATIONS

Traitement de la pustule maligne. — M. VERNEUIL préconise un ensemble de moyens qui portent à la fois sur les trois zones concentriques de cette maladie charbonneuse : 1° zone centrale, de gangrène ; 2° zone intermédiaire, d'induration ; 3° zone périphérique, d'œdème.

La première doit être absolument détruite, soit par l'ablation, soit par une cautérisation profonde. Par le moyen du thermocautère, même dans les régions les plus vasculaires, l'ablation totale peut être pratiquée sans causer d'hémorrhagie.

2° Sur la seconde zone, celle d'induration, il convient de faire un cercle de cautérisations ponctuées, à une distance de 1 ou 2 centimètres des limites de la première zone.

3° Enfin, dans toute l'étendue de la région œdématiée, il sera utile d'introduire, à l'aide d'injections hypodermiques sur des points distants les uns des autres de 5 centimètres environ, un mélange de teinture d'iode et de deux cents fois son poids d'eau ; la quantité injectée sur chaque point sera de dix gouttes de teinture d'iode ainsi étendue. A l'intérieur, il pourra être bon d'administrer en même temps de la teinture d'iode convenablement diluée.

M. Verneuil raconte avoir guéri de cette manière un jeune homme de seize ans récemment entré dans son service pour une pustule maligne de la paupière supérieure et qui présentait déjà les symptômes généraux les plus graves. Un autre malade, traité par correspondance, à Landivisiau, aurait également guéri.

DISCUSSION

M. LABBÉ attribue pour sa part la plus grande importance aux cautérisations multiples pratiquées sur la zone d'induration. Il a guéri par ce seul moyen un homme atteint de pustule maligne et qui paraissait tout à fait perdu.

M. GOSSELIN voudrait voir apporter dans le diagnostic des pustules malignes traitées par la méthode complexe de M. Verneuil toute la précision que permettent les derniers progrès de la science. Il faudrait rechercher les bactéridies sur les points affectés et même dans le sang ; il faudrait aussi inoculer des animaux pour voir s'ils mourraient du charbon.

M. VERNEUIL répond que la recherche des bactéridies a été faite sur son malade. On en a trouvé, avec peine, sur le point sphacélé ; on n'en a pas trouvé dans le liquide des pustules ni dans le sang. Même en leur absence, il ne croit pas que l'on puisse hésiter quand les symptômes généraux prouvent la gravité du mal.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

33. M. ALIX. Étude sur le diagnostic différentiel de la fièvre rémittente observée en Algérie et de la fièvre typhoïde. — 34. M. MARTIN. De l'ozène et de son traitement. — 35. M. GILBERT. De l'entorse du coude. De la rupture du ligament latéral interne du coude, de cause traumatique. — 36. M. GRISOLLE. Service chirurgical pendant le combat à bord des navires de guerre actuellement en service. — 37. M. BUY. De l'œdème malin ou charbonneux des paupières. — 38. M. SABOURIN. Contribution à l'étude des lésions du parenchyme hépatique dans la cirrhose. — 39. M. LEROY. Contribution à l'étude des ovariotomies incomplètes. — 40. M. MARTIN (Alfred). De l'ozène vrai. — 41. M. POSSEMÉ, Recherches sur le traitement de la hernie ombilicale étranglée. — 42. M. PLANCHAIS. Contribution historique à l'étude du zona. — 43. M. DE VOISINS. Étude médico-légale sur les conditions diverses dans lesquelles peut se produire l'asphyxie par la vapeur du charbon. — 44. M. TESSIER. Syphilis et tuberculose dans le larynx. — 45. M. HUCHARD. De la paraplégie hystérique sans anesthésie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 février 1881, M. Bergeron, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— Par décret en date du 5 février 1881, les candidats au baccalauréat ès sciences complet et au baccalauréat ès sciences restreint seront interrogés sur les éléments de la méthode et les principes de la morale. Cette disposition sera exécutoire à partir de la session d'août 1881.

— M. le docteur Gaëtano Pini, directeur de l'œuvre des enfants rachitiques, à Milan, est nommé officier de l'instruction publique.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. Dastre, maître de conférences de zoologie à l'École normale supérieure ; Kunckel, Cornu, Renault, Sauvage et Gervais, aides-naturalistes au Muséum ; Chappuis, agrégé préparateur de chimie à l'École normale supérieure ; Borromeo, médecin de l'École française de Rome.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Régis, né à Auterive (Haute-Garonne) le 29 avril 1855, docteur en médecine, est nommé chef de clinique de pathologie mentale.

M. Millet, né à Safflos (Jura) le 7 décembre 1851, est nommé chef-adjoint de clinique de pathologie mentale.

M. Galippe, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de la clinique d'accouchements (emploi nouveau).

M. Doleris (Amédée-Jacques), né à Lambège le 22 décembre 1852, docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de la clinique d'accouchements (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — L'arrêté du 20 décembre 1880, par lequel M. Cogniard est nommé chef-adjoint de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, est et demeure rapporté.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Genevey-Monta (Paul-Léon-Joseph), né à Tullins (Isère) le 8 juillet 1855, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf ans.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Rietsch (Maximilien), pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de sciences naturelles pour une période de dix années.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Jouteau, suppléant, est chargé, en outre, provisoirement, des fonctions de chef des travaux chimiques.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Arth, licencié ès sciences physiques, préparateur de chimie générale, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques (emploi nouveau).

M. Bannerant (Louis-Ernest), né le 12 juin 1852 à Vennezey (Meurthe-et-Moselle), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie générale, en remplacement de M. Arth, appelé à d'autres fonctions.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Held, préparateur de chimie, est nommé chef des travaux pratiques de chimie et de pharmacie.

M. Jacquemin (Ernest) est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Held, appelé à d'autres fonctions.

M. Dorez est nommé aide-préparateur, en remplacement de M. Beckerick, démissionnaire.

— M. le professeur Paul Bert, député, est nommé membre de la commission de la décoration des écoles et de l'imagerie scolaire.

— M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 18 mars 1881, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Les candidats sont invités à s'inscrire, de midi à trois heures, au secrétariat général de l'Assistance publique et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription, ouvert le 12 février 1881, sera clos définitivement le 2 mars à trois heures.

— Un concours s'ouvrira le lundi 28 mars 1881, à trois heures du soir, pour six places d'élèves externes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux civils de Marseille.

— Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique :

MM. les docteurs Labrousse, conseiller général (Corrèze) ; Rigal, conseiller général (Tarn); Laennec, directeur de l'École de médecine de Nantes (Loire-Inférieure); Thonion, membre de la délégation cantonale (Haute-Savoie).

— Sont nommés membres de la commission d'examen pour les certificats d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique dans les académies de :

Clermont : MM. les docteurs Blatin et Chibret.— *Grenoble* : MM. les docteurs Jacquin et Armand Rey.

— M. le docteur Gustave Boddaert, chirurgien des hôpitaux de la ville de Gand, vient d'être nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur LEGRAND DU SAULLE. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'impaludisme, deuxième édition suivie d'un résumé, par DUBOUÉ (de Pau). In-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, A, Coccoz.

De l'oreille, anatomie normale et comparée, embryologie, développement, physiologie, pathologie, hygiène, pathogénie et traitement de la surdité, par le docteur GELLÉ. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur l'opération de Porro, opération césarienne, suivie de l'amputation de l'utérus et des ovaires, par le docteur Ch. MAYGRIER. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons sur les affections nerveuses locales, par le docteur BRODIE, traduites de l'anglais par DOUGLAS AIGRE. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude des tumeurs des bourses, par CARADEC fils. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10738.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La syphilis dans le mariage; le péril vénérien dans la famille (1).

On a vu, par l'exposé que nous avons fait dans la Revue précédente, comment le syphilitique qui pénètre dans une famille y devient dangereux, dangereux pour la femme, dangereux pour les enfants à venir, dangereux enfin pour toute la famille par ses risques personnels et les conséquences graves qu'ils peuvent entraîner.

En présence de ces faits acquis, il nous reste maintenant à en tirer les conséquences pratiques, au point de vue de la prophylaxie d'un mal imminent ou du remède à apporter au mal déjà accompli, à indiquer, en d'autres termes, le rôle du médecin consulté dans chacune des circonstances spécifiées.

C'est ce que nous allons faire avec le secours des mêmes guides qui nous ont dirigés jusqu'ici dans cette étude clinique.

Une division toute naturelle se présente ici. Le médecin est consulté avant le mariage par un syphilitique déjà fiancé ou tout au moins aspirant au mariage. Sa syphilis est récente, ou elle est en pleine évolution. Pourra-t-il se marier, et quand le pourra-t-il? — Il est consulté, après le mariage, par le mari qui avait une syphilis en état d'incubation, contractée avant le mariage, laquelle s'est manifestée après, ou même qui s'est marié en pleine syphilis, sans avoir pris d'avis de personne, ou contre l'avis qui lui a été donné, ou enfin par un mari qui a contracté la vérole depuis son mariage.

Nous aurons donc à nous occuper successivement des syphilitiques avant le mariage et des syphilitiques après le mariage.

Syphilitiques avant le mariage.

A propos des futurs et des aspirants au mariage, M. Diday fait une remarque qui touche plutôt à la psychologie qu'au sujet lui-même. Tout nouveau syphilitique, dit-il, s'éprend d'une belle passion pour le mariage. C'est désormais sa plus grande préoccupation de savoir s'il pourra se marier. « Docteur, pourrai-je me marier? » est la question qui suit immédiatement, si même elle ne la précède, cette autre question : « Pourrai-je guérir? » Il semble, pour nous servir des expressions mêmes de notre confrère, que la diathèse syphilitique crée la diathèse matrimoniale. Il y a là comme une des faces nombreuses de cet éternel problème psychologique, l'attrait du fruit défendu.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Quelques-uns, et de ceux particulièrement qui savent mieux ce qu'est la syphilis et quelles peuvent en être les conséquences, se considèrent, du jour où ils en ont été atteints, comme irrévocablement voués au célibat.

La confiance des uns, la défiance des autres, demandent à être réprimées d'abord et examinées ensuite dans leurs motifs. Elles répondent, en effet, aux deux termes principaux de la grave question que le médecin va avoir à résoudre en présence de ces malades.

Le fait d'avoir actuellement ou d'avoir eu la syphilis doit-il faire interdire absolument et à tout jamais le mariage?

Dans le cas de syphilis actuelle, l'interdiction peut-elle n'être que temporaire?

Enfin, le fait d'avoir suivi un traitement spécifique, convenable et suffisant, permet-il à un syphilitique de se marier sans danger pour sa femme et pour les enfants qu'il pourra en avoir?

La réponse à faire à ces questions suppose la solution préalable de celle-ci : la syphilis est-elle curable, soit spontanément, soit par des remèdes spécifiques? Si, comme quelques médecins le croient encore, la syphilis est incurable, si elle subsiste toujours sous un état ou sous un autre, la réponse devrait être la prohibition absolue, sans réserve ni condition, comme sans limite de temps. Encore resterait-il une réserve à faire pour la période de la maladie où elle ne présente plus rien de contagieux.

Si, au contraire, comme c'est l'opinion la plus généralement admise, la syphilis est susceptible de guérir, spontanément dans quelques cas, mais le plus souvent sous l'influence d'une médication appropriée, toute espérance n'est pas perdue pour le syphilitique ; ce n'est plus qu'une question d'ajournement, question de temps, de soins et de persévérance.

Mais, de ces deux opinions, difficiles à concilier, quelle est la vraie? Et, si aucune n'est ni absolument vraie, ni absolument fausse, dans quelles limites d'oscillation

(1) Voir la Revue clinique précédente.

entre ces deux propositions contraires aurons-nous le plus de chances de trouver les termes d'une solution acceptable ?

Se plaçant en face de cette question, voici comment s'exprime M. Diday : « Si, comme je le crois, ni la vérole n'a la férocité qu'on lui prête, ni le mercure l'efficacité qu'on lui accorde, si l'expérience nous autorise à présenter des amendements à ces deux propositions, on peut transiger avec la maladie comme avec son spécifique, et, réduisant à leur juste valeur les menaces de l'une et les promesses de l'autre, établir pour chaque cas, traité selon les indications que suggère l'étude de son évolution, un *modus vivendi* capable de satisfaire aux droits de la société ainsi qu'à la sécurité des familles. »

Voici, d'après M. Diday, dans quels termes, dans quelles limites, à propos d'une perspective de mariage, il faudrait tenir compte soit de l'obstacle allégué (l'incurabilité), soit du secours offert contre lui (le traitement spécifique).

Pour le premier terme, il résulte de l'étude du sujet, au double point de vue et de la syphilis elle-même et de l'homme, — car il y a homme et homme, comme il y a syphilis et syphilis, — que le fait d'avoir été atteint de cette affection n'interdit pas absolument de se marier, pas plus, d'ailleurs, qu'il ne suffit à un syphilitique d'avoir pris du mercure pendant tant de temps pour être par cela seul recevable au mariage. C'est donc dans l'étude de l'évolution de la maladie et dans les conditions individuelles à la fois qu'il faut chercher les garanties voulues.

Nous verrons plus loin quelles sont ces garanties.

Voyons, après l'énoncé de l'opinion de M. Diday, où perce un peu de scepticisme et en même temps beaucoup de réserves, quelle est celle de M. Fournier.

Pour M. Fournier, la vérité sur cette question est que, sauf des exceptions assez rares, la vérole ne constitue qu'un motif d'interdiction temporaire au mariage, et qu'un sujet syphilitique, après un certain stage de dépuration suffisante, revient à un état de santé qui lui rend pleine aptitude au double point de vue d'époux et de père. Ne rencontre-t-on pas, en effet, à chaque instant, dans le monde, des individus qui, ayant eu la syphilis dans leur jeunesse, se sont mariés plus tard et n'ont jamais communiqué rien de syphilitique à leur femme ni à leurs enfants ?

La statistique que nous avons rapportée dans la première partie de cette étude en est une démonstration manifeste. M. Fournier en a corroboré le témoignage par plusieurs exemples de ménages qu'il a pu suivre pendant un assez grand nombre d'années pour acquérir la conviction que la vérole du père n'a joué, ni dans l'un ni dans l'autre, aucun rôle, et où les choses se sont passées comme elles se passent en l'absence de tout antécédent syphilitique.

Donc, cent fois oui, ne craint-il pas d'affirmer, on peut se marier après avoir eu la vérole, et les suites d'un mariage contracté dans ces conditions peuvent être absolument heureuses, médicalement parlant.

Mais, cela dit, il a hâte d'ajouter : « Si l'on peut se marier après avoir eu la vérole, on ne peut et on ne doit le faire, dans cette situation spéciale, qu'à de certaines conditions, auxquelles il est indispensable de satisfaire. »

Sous quelles garanties et à quelles conditions le syphilitique est-il admissible au mariage?

Sur les garanties et conditions nécessaires pour admettre un syphilitique ou plutôt un ex-syphilitique au mariage, nous allons trouver, grâce à un accord à peu près complet entre MM. Fournier et Diday, des renseignements d'une grande importance pratique.

Les premières garanties nécessaires pour la recevabilité au mariage, suivant M. Diday, se déduisent de l'état de résistance individuelle, tant générale que spéciale : « Dis-moi quel est l'homme, je te dirai quel est le syphilitique. » Ainsi, à degré égal d'intensité de vérole, le pronostic ne sera pas le même pour l'homme fort, bien constitué, ou pour celui qui est faible, chétif, pour celui qui a déjà subi des influences pathogénétiques, typhoïque, paludéenne, ou pour celui qui en a été indemne, pour celui qui, en un mot, a des tares ou pour celui qui n'en a pas.

D'autres garanties se tirent de la bénignité originelle ou de la réduction acquise de la syphilis.

Sont considérés par M. Diday comme devant être ajournés les sujets chez qui le mal affecte la forme de germinations successives, plutôt que de jetées locales indéterminées.

Sont éliminés ceux qui sont atteints de la syphilis galopante et de la syphilis tertiaire.

Encore, en faveur de ces derniers, M. Diday se montre-t-il disposé à admettre des circonstances atténuantes. Le tertiaire n'est plus dangereux pour sa femme. Tous les dangers futurs sont pour lui seul. Sans doute, c'est un triste cadeau à faire à une jeune femme qu'un tertiaire. « Mais après tout, dit M. Diday en s'adressant à ses confrères, s'il ne s'agit que d'une question de désagrément pour madame, ne vous imposez point. Elle est le meilleur juge dans sa propre cause, et ce juge a à ses côtés deux assesseurs fort en état de suppléer, s'il y a lieu, à son inexpérience. »

Dans l'étude si délicate de cet ordre de faits, M. Diday fait entrer une considération très-importante, celle qui ressort du fait des variations et des alternances du pouvoir transmissif héréditaire chez un homme syphilitique, en rapport avec les variations et les alternances de l'évolution de sa maladie. On comprend, en effet, que la considération de ce rapport peut conduire à modifier le sens de la réponse à faire à cette question : A laquelle de ses phases la syphilis est-elle transmissible par hérédité paternelle, ou à quelle époque de la syphilis un homme est-il et à quelle époque cesse-t-il d'être dangereux pour sa progéniture ? La connaissance de ces variations et de ces alternatives dans l'évolution de la maladie doit naturellement faire reculer l'époque de l'immunité présumable.

Les conditions formulées par M. Fournier se résument dans les termes suivants : 1° absence d'accidents spécifiques actuels ; 2° âge avancé de la diathèse ; — tout le monde sait, en effet, que c'est la syphilis jeune qui est surtout dangereuse au point de vue de la transmission, et on connaît l'influence atténuante et corrective du temps par rapport à l'hérédité ; mais les difficultés ici sont dans la fixation de l'époque d'admissibilité, qui ne pourra être dans aucun cas qu'après trois ou quatre années utilement consacrées à un traitement méthodique ; des garanties plus sérieuses encore seraient offertes par une échéance plus reculée ; — 3° stade d'immunité absolue, assez long, au-delà des dernières manifestations spécifiques, surtout si elle a coïncidé avec une suspension prolongée du traitement ; la durée de ce stade d'immunité ne doit pas être moindre de dix-huit mois à deux ans ; — 4° caractère non menaçant de la diathèse ; — la bénignité initiale de la syphilis ne constitue un gage de sécurité pour le mariage qu'à la condition de la garantie d'un traitement suffisant ; quant aux mauvaises syphilis, aux syphilis graves dès leur début, présentant une tendance aux

reproductions répétées, aux repullulations faciles, réitérées, sub-intrantes, presque incessantes, aux accidents secondaires variés, notamment aux érosions des téguments muqueux, aux manifestations ulcéreuses extensives, phagédéniques, les syphilis à tendances localisatrices viscérales, etc., autant de motifs d'interdiction absolue; c'est dans l'appréciation et le pronostic des cas de ce genre que doit s'exercer surtout le sens clinique et pratique du médecin; — enfin 5° le traitement spécifique *suffisant*.

Arrivons à la dernière catégorie de cas, celle de la syphilis après le mariage.

Syphilis après le mariage.

Le mal que l'on voulait prévenir est accompli. Soit par ignorance absolue du danger et sans que le médecin ait été consulté, soit après avis contraire du médecin, mais par des considérations et convenances sociales qui ont fait passer par-dessus cet avis, la syphilis est entrée dans le ménage avec le mari.

Quel va être le rôle du médecin, qui, dans cette triste circonstance, ne peut manquer d'être consulté?

Le premier devoir du médecin est d'avertir le mari des trois sortes de dangers qu'implique sa situation et d'indiquer les moyens d'y parer. Les indications ici sont particulièrement urgentes. La première est de supprimer, séance tenante, les foyers de contagion par une cautérisation énergiquement modificatrice; la deuxième, de couper court, par une médication d'une grande intensité, aux accidents contagieux de la période secondaire, — aller vite et fort. — Au lieu de la médication usuelle, instituer d'emblée un traitement énergique. Prescrire, par exemple, de prime abord, de fortes doses mercurielles, 10 à 15 centigrammes de protoiodure, 2 à 3 et même 4 centigrammes de sublimé quotidiennement; associer promptement l'iodure au mercure pour activer encore la médication. Poursuivre ce traitement deux mois environ; l'interrompre pendant quelques semaines, puis le reprendre pour le même temps, et ainsi de suite.

Ce premier point réglé, avertir le mari de la façon la plus explicite et la plus complète du danger qu'il fait courir à sa femme, et lui imposer l'obligation formelle, absolue, de s'abstenir de tout rapport avec elle.

La tâche n'est pas finie là. Reste le danger de la grossesse dont il importe au premier chef que le mari connaisse dans cette circonstance les funestes conséquences.

Deuxième cas : celui d'un homme récemment marié, repris d'accidents spécifiques dérivant d'une syphilis incomplètement traitée. Sa femme est restée indemne, mais elle est enceinte.

Le rôle du médecin, en ce qui concerne le mari, est le même. En ce qui concerne la femme et l'enfant, la situation est plus complexe et plus embarrassante. Grand embarras, surtout, du choix à faire entre l'institution d'un traitement qui peut être sans objet et sans utilité, et une abstention que l'on peut regretter plus tard. La question reste indécise. Une seule circonstance doit faire sortir de la réserve et déterminer à l'action, c'est la répétition successive de plusieurs fausses couches.

Dans ces circonstances, le traitement spécifique est indiqué comme le seul moyen de parer au danger qui menace l'enfant.

Troisième cas : un sujet syphilitique marié a contagionné sa femme. Rien de plus simple, sans doute, si dans le plus grand nombre des circonstances le médecin ne se trouvait dans la nécessité de traiter la femme en lui laissant ignorer la nature de sa maladie. Ce qu'il faut souvent d'habileté, de ruse, de diplomatie pour arriver au terme d'un pareil traitement, les médecins qui ont passé par là peuvent seuls le savoir. Trop heureux même si, au prix des plus grandes et des plus délicates difficultés, on a pu parvenir à faire accepter un traitement suffisant! De là ces accidents tertiaires que l'on n'a que trop souvent l'occasion de constater dans les ménages.

Quatrième cas : mari syphilitique, femme syphilitique et enceinte. Dans ce cas, comme dans le précédent, traiter les deux malades par la médication spécifique, la femme surtout, avec d'autant plus de soin et de sollicitude qu'elle représente deux malades. Ne pas hésiter, si, comme c'est le cas le plus habituel, sa syphilis est encore jeune, à la traiter par le mercure, malgré les appréhensions peu fondées ou plutôt les préjugés qui se prennent à cette médication.

Enfin une dernière question se rattache à cette série de faits, c'est la question de l'enfant devenu élément de contagion. L'unique moyen de prévenir l'infection d'une nourrice et toutes les irradiations infectantes qui peuvent s'ensuivre est de tenir rigoureusement la main à ce que la mère syphilitique allaite son enfant syphilitique.

Telle est, dans ses dispositions principales, — une foule de détails échappant nécessairement à l'analyse, — la ligne de conduite que M. Fournier suit dans les divers cas prévus et qu'il conseille à ses confrères.

Il nous resterait, pour compléter cette étude, à parler de la question du traitement, sur laquelle nous avons glissé, mais non sans avoir souligné le mot *suffisant*, qui doit être expliqué et qui est encore un sujet de grave discussion.

C'est, en effet, la conclusion naturelle qui découle de toutes les considérations qui précèdent, que la condition essentielle, capitale, à remplir pour tout sujet syphilitique aspirant au mariage réside dans un traitement spécifique sérieux, dans un traitement suffisant pour conférer une immunité complète relativement aux dangers multiples et divers qu'importe la syphilis dans le mariage.

Or, que faut-il entendre par un traitement suffisant?

C'est ce que nous examinerons dans une autre Revue.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement des accouchées par le pansement de Lister. — Grâce à ce traitement, M. le docteur J. Lucas-Championnière est arrivé dans son service d'hôpital à ce résultat que les opérations obstétricales lui donnent une mortalité moindre que celle des accouchements naturels, du reste déjà très-faible. Ses préceptes sont les suivants :

1° Défense à tout élève d'examiner une femme sans s'être lavé à l'eau phéniquée faible et enduit les doigts d'huile phéniquée au dixième.

2° Pour une femme qui accouche, on lave les parties génitales avec la solution forte, et souvent, si l'accouchement dure un certain temps, on lui met sur la vulve une compresse imprégnée d'eau phéniquée faible.

3° Après l'accouchement, lavage de la vulve à l'eau phéniquée forte et dépôt sur la vulve d'un linge épais imprégné d'eau phé-

niquée faible, retrempé quatre ou cinq fois le jour. Jamais d'injections vaginales.

4° Pour les accouchements à intervention, lorsque les instruments ou la main ont pu permettre à des germes de s'introduire, faire immédiatement après la délivrance une injection abondante d'eau phéniquée forte dans le vagin pénétrant aisément jusque dans l'utérus. Contre toute attente, cette injection caustique, qui altère profondément la couleur du sang, qui revient couleur lie de vin, ne produit que rarement un peu de cuisson passagère. Après cela, compresse d'eau phéniquée faible sur la vulve, et point d'autre injection vaginale les jours suivants.

Tel est le pansement très-simple auquel sont soumises ces femmes tant qu'elles ont de l'écoulement, et dont le premier effet est de supprimer d'une manière presque complète l'apparition des lochies fétides. Dans les lochies, les organismes sont absents; quand par hasard il s'en trouve, ils sont rares et sans vitalité.

Enfin la convalescence est plus rapide et les complications sont beaucoup plus rares. (*Nouv. journ. méd.*)

Traitement de l'orchite par les applications topiques d'iodoforme. — M. le docteur Sabadini a communiqué dernièrement à la Société de médecine de Constantinople l'observation d'un malade atteint d'orchite blennorrhagique, qu'il a traité avec le plus grand succès par des applications d'iodoforme.

Il s'agissait d'un garçon d'hôtel chez qui le gonflement testiculaire était énorme et qui ne pouvait suspendre ses occupations pour se soigner sans s'exposer à perdre sa place. Le docteur Sabadini songea à employer l'iodoforme d'après la méthode préconisée dans les *Archives médicales belges*, par M. le docteur Bourdeaux, qui affirme que par ce traitement les douleurs vives disparaissent et les malades peuvent vaquer à leurs occupations. M. Sabadini fit faire sur la tumeur des applications d'une pommade composée de 4 grammes d'iodoforme pour 40 grammes de vaseline.

Les effets furent remarquables; les douleurs cessèrent rapidement, le malade ne fut pas obligé de suspendre ses occupations qui le forçaient à rester debout toute la journée, et le gonflement disparut dans l'espace de huit jours. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Polyadénite cervicale. — Une femme de cinquante-neuf ans, vigoureuse, était venue à la consultation de l'hôpital de Toulouse pour une adénite sous-maxillaire chronique considérable formée de masses indurées, nombreuses, occupant toute la région cervicale comprise entre le bord du maxillaire inférieur, le muscle sterno-mastoïdien et la clavicule. Les mouvements du cou étaient difficiles et douloureux, l'affection durait déjà depuis un certain temps; des applications de teinture d'iode continuées pendant quinze jours consécutifs n'avaient amené aucune amélioration. C'est alors qu'on eut l'idée d'appliquer sur la tumeur un emplâtre de Vigo en ayant soin de l'y maintenir à demeure pendant huit jours.

Au bout de ce temps, en même temps que l'on apercevait une rougeur intense de la peau avec suintement de sérosité, on constatait une diminution de moitié de l'induration ganglionnaire. De plus, les mouvements de latéralité de la tête étaient beaucoup plus faciles et moins douloureux. (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse.*)

Liquide conservateur des cadavres, embaumement. — M. Wickersheimer prépare ainsi le liquide conservateur qui doit servir à injecter les cadavres à embaumer, liquide dans lequel ils seront aussi plongés pendant quelque temps avant de les faire sécher :

Alun.	100	grammes.
Sel commun	25	—
Salpêtre	12	—
Potasse.	60	—
Acide arsénieux.	10	—

Faites dissoudre dans

Eau bouillante	3	kilogr.

Laissez refroidir, filtrez et ajoutez ensuite :

Glycérine.	4	litres.
Alcool méthylique.	1	—

(*Nouv. journ. méd.*)

Mastic et cancer de l'utérus. — M. le professeur Benjamin Ball emploie avec un certain succès à l'hôpital Laënnec le mastic chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus. Dans les vingt-quatre heures, chaque malade prend huit pilules contenant chacune 15 centigrammes de mastic et 10 centigrammes de soufre. (*Réveil méd.*)

Constipation chez les enfants. — Le docteur Smith, après avoir longuement examiné les causes de la constipation chez l'adulte et chez l'enfant, formule ainsi son traitement. Parmi les précautions hygiéniques, il recommande le thé de mouton et de poulet, les fruits, l'amidon qui, suivant lui, se transforme, chez les enfants, en glycose. On peut employer aussi la maltose ou le sucre de lait.

La farine d'avoine est plus laxative que les autres aliments amylacés; on peut en faire un gruau, et le donner, passé ou non. L'eau est aussi un bon laxatif, et, sans doute, l'effet déconstipant des fruits, des bouillons, des gruaux et des eaux minérales tient en grande partie, dit l'auteur, à la quantité d'eau qu'ils contiennent.

M. Smith indique, d'après Trousseau, l'application sur le ventre de linges trempés dans l'eau froide, mais chez les adultes seulement, de peur que les enfants ne la supportent pas.

Il recommande les lavements froids, à grande eau, dans les cas d'accumulation abondante de matières fécales, comme agissant mécaniquement en balayant l'intestin. Il cite le cas d'un enfant de sept ans qui n'avait pas eu de selle depuis près de quatre mois, chez lequel, après avoir introduit un tube jusque dans le colon, on lava l'intestin à plusieurs reprises. L'opération réussit si complètement que la circonférence de l'abdomen du malade se trouva réduite de 127 centimètres à 62 centimètres.

M. Smith conseille aussi les suppositoires de cacao, de savon, de gélatine; cette dernière substance paraît agir par son hygrométricité; il indique encore l'électricité. Enfin, parmi les purgatifs, il donne la préférence à l'huile de ricin, aux petites doses de calomel jointes au sirop de rhubarbe, au sirop de séné ou à la poudre de réglisse composée de la pharmacopée allemande :

Follicules de séné.	2	parties.
Racine de réglisse.	2	—
Fruits de fenouil.	1	—
Soufre lavé.	1	—
Sucre.	6	—

La belladone, recommandée par Trousseau, ne lui a pas donné de bons résultats. Par contre, il se loue de l'emploi de la noix vomique et prescrit souvent le mélange suivant :

Huile de foie de morue.	2	parties.
Eau de chaux.	1	—
Sirop de lacto-phosphate de chaux. . . .	1	—

A la dose de un quart à une demi-cuillerée à café chez les tout petits enfants après chaque tetée. (*Annales de gynécologie.*)

Diphthérie et camphre phéniqué. — Le traitement préconisé par M. le docteur Souley (de Romorantin) contre la diphthérie pharyngée consiste dans des badigeonnages avec un pinceau trempé dans la mixture suivante :

Phénol (acide phénique).	9	grammes.
Camphre	25	—
Alcool.	9	—
étendue de partie égale d'huile, soit.	35	—

Les badigeonnages sont pratiqués toutes les deux heures le jour, toutes les trois heures la nuit; puis ils sont espacés, après quelques jours, de trois, quatre et cinq heures, suivant le degré d'amélioration de la maladie. Ces badigeonnages sont faits sur toute

l'étendue des fausses membranes; chez les enfants indociles, le pinceau est plongé en plein dans le fond de la gorge après avoir été préalablement égoutté.

Cette mixture a un goût extrêmement désagréable, néanmoins les malades s'y accoutument assez vite. (*Presse méd. belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 février 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

PRÉSENTATIONS

M. Chipot (d'Orléans) adresse une observation de hernie ombilicale étranglée guérie par la kélotomie.

M. Verneuil présente : 1° au nom de M. Lamarre (de Saint-Germain), l'observation d'un malade atteint depuis deux ans d'un épithélioma de la langue, opéré en 1876 à l'aide du thermocautère et de l'écraseur, et dont la guérison s'est maintenue depuis ce temps; 2° au nom de M. Poulet, médecin major, une observation d'exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus, compliquée de paralysie des nerfs médian et cubital.

COMMUNICATIONS

Entérectomie. — M. Périer communique l'observation d'un malade chez lequel il a réséqué 20 centimètres d'intestin gangrené dans un cas de hernie étranglée réduite en masse. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, cocher, qui était atteint d'une hernie inguinale gauche facilement réductible. Après une réduction un peu plus difficile que les précédentes, ce malade fut pris de douleurs atroces et de vomissements persistants. Il entre, dans cet état, à l'hôpital, le 12 janvier. Le ventre est extrêmement dilaté, la constipation absolue, le pouls à 90, la température à 37°. Les phénomènes d'étranglement apparurent presque aussitôt après la réduction. M. Périer se décide à pratiquer la laparotomie sur la ligne médiane. L'opération est faite le 14 au soir, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Arrivé sur les parties malades, il place deux pinces à pression continue sur les limites de ces parties, excise toute l'anse malade et pratique ensuite l'entérorrhaphie. Le malade a succombé trente-deux heures après l'opération. L'examen des pièces montre que la suture intestinale avait très-bien tenu, que la réunion était déjà obtenue et que plus rien ne s'opposait au cours des matières.

M. Trélat a pratiqué trois fois la suture intestinale après section ou résection de l'intestin. La suture de Gely, qui se fait à l'aide d'un fil muni de deux aiguilles, est très-bonne au point de vue de l'occlusion des surfaces rapprochées; mais, si l'opérateur ne tire pas assez le fil, il n'obtient pas un rapprochement suffisant; s'il le tire trop, il en résulte un rétrécissement du calibre de l'intestin. C'est pourquoi M. Trélat préfère la suture à points séparés. Kocher (de Berne), qui, dans un cas, a réséqué 42 centimètres d'intestin, fait observer avec raison qu'à la suite de ces opérations on a souvent un rétrécissement du bout inférieur. Pour éviter cet inconvénient, il fait la dilatation de ce bout à l'aide d'un spéculum spécial. Dans ces sortes d'opérations, on est souvent embarrassé, après la résection de l'anse intestinale, de la partie du mésentère qui correspondait à cette anse. En rapprochant les deux bouts, on obtient une sorte de fronce mésentérique qui peut être le point de départ d'accidents ultérieurs. Il vaut peut-être mieux la réséquer, au moins en partie, que de la laisser.

M. Desprès a examiné la portion d'intestin réséquée par M. Périer. Ce n'est pas là, selon lui, de la gangrène. S'en rapportant au précepte de Velpeau, qui dit que, tant que l'intestin n'est pas perforé, il est encore mieux dans le ventre que partout ailleurs, il a réduit deux fois des anses intestinales analogues à celle que présente M. Périer, et s'en est bien trouvé. Il y a là, selon lui, des lésions inflammatoires étendues, mais non de la gangrène.

Autre point : il y a des malades qui, à la suite d'une hernie étranglée réduite ou opérée, continuent à présenter pendant un certain temps des phénomènes d'étranglements. La persistance de ces phénomènes, après la réduction ou l'opération, est due à une sorte de parésie de l'intestin. M. Desprès a vu quatre malades qui ont ainsi présenté ces phénomènes d'étranglement persistant et qui n'en ont pas moins bien guéri par la suite. Il est facile de reconnaître l'existence de cette parésie par l'émission de gaz qui se fait après la réduction ou l'opération. C'est ainsi que, dans l'observation de M. Périer, la suture a bien réussi, les gaz ont bien circulé, mais cette parésie intestinale s'est opposée au passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

M. Le Fort. Il était impossible de rentrer dans la cavité abdominale une portion d'intestin aussi malade; il y a, sur elle, des points manifestement gangrenés. Dans le cas de M. Périer, on peut se demander s'il n'eût pas été préférable de faire d'abord un anus artificiel, sauf à pratiquer ultérieurement la réunion, comme l'a fait M. Kœberlé.

M. Berger a eu recours, dans une opération de ce genre, à la suture de Lenberg (à points séparés), et a obtenu un rétrécissement très-notable du bout inférieur de la portion réunie. Il est vrai qu'il avait pris, dans la suture, la totalité de la paroi intestinale, tandis que Lenberg recommande de ne prendre que la séreuse et la tunique musculeuse, en respectant la muqueuse. Ce rétrécissement est tellement inhérent à la suture de Lenberg qu'il faut en tenir grand compte. Quant à cette portion du mésentère dont a parlé M. Trélat, M. Berger en a fait l'abrasion et a fait ensuite une série de points de suture.

M. Marc Sée, comme M. Trélat, donne la préférence à la suture de Lenberg sur celle de Gély. Mais, quand on emploie la première, il faut multiplier les points de suture. La partie restante du mésentère peut être embrassée dans un seul fil de catgut. Il est une autre précaution à prendre : la partie supérieure de l'intestin est toujours congestionnée dans ces cas; c'est pourquoi Kocher recommande d'en exciser plus que moins, puis de vider cette portion supérieure par des pressions douces et de chercher à diminuer sa dilatation par des injections astringentes.

M. Verneuil. M. Périer a fait lui-même la critique de son opération; il a laissé en communication avec la cavité abdominale un sac herniaire présentant quelques plaques de sphacèle et dont la sérosité est, on le sait, très-riche en bactéries. M. Verneuil se demande si, dans les cas de ce genre, la laparotomie est bien indiquée et s'il ne vaut pas mieux arriver sur la partie malade par la région herniaire elle-même. En un mot, M. Verneuil préfère, dans ces cas, l'anus contre nature à l'entérorrhaphie, celle-ci ayant jusqu'ici donné des résultats moins favorables.

M. Périer, s'il avait à refaire l'entérorrhaphie, préférerait recourir à la suture entrecoupée pour éviter le pincement qu'il a eu dans ce cas. Il a pris, cette fois, la précaution de ne prendre dans la suture que les tuniques séreuse et musculeuse. Quant aux avantages de l'anus artificiel sur l'entérorrhaphie dans ces cas, c'est encore une question à l'étude. M. Périer, en faisant, dans ce cas, la laparotomie, ne pensait pas être conduit à faire l'entérorrhaphie.

M. Desprès, en examinant cet intestin, ne l'a pas incisé sur les points les plus malades; il n'aurait pas douté de l'existence de la gangrène s'il avait incisé sur ces points.

Fracture de jambe non consolidée. — M. Verneuil présente un homme de soixante et un ans, alcoolique, qui est atteint d'une fracture des deux os de la jambe non consolidée et avec un chevauchement considérable des deux fragments, ce qui constitue une infirmité qui rend la marche impossible. Il consulte ses collègues sur la conduite à suivre en pareil cas. Faut-il intervenir ou non ?

M. Trélat trouve dans ce cas deux indications : un raccourcissement considérable et une mobilité des deux fragments non moins considérable. Devant l'impossibilité où se trouve cet homme de marcher, voici ce que propose M. Trélat : mise à nu des deux foyers de la fracture, destruction des adhérences, résection consécutive des extrémités des fragments, puis allongement du membre et fixation dans un appareil inamovible.

M. Labbé se demande si l'on ne pourrait pas, par des frottements répétés, mettre à nu la face antérieure du tibia et avoir recours aux chevilles en ivoire décalcifié, tandis que le pied serait immobilisé dans un appareil plâtré.

M. de Saint-Germain, dans un cas analogue, a obtenu d'excellents effets de l'électro-puncture à l'aide de courants continus.

La séance est levée.

Séance du 9 février 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Fractures non consolidées. — **M. Desprès**, à l'occasion du malade présenté dans la dernière séance par M. Verneuil, dit avoir rencontré deux cas analogues : dans le premier, il s'agissait d'un enfant atteint d'une fracture de jambe non consolidée datant de six mois ; dans le second, d'un homme de quarante-neuf ans, dont la fracture, non consolidée, datait également de plusieurs mois. Ces deux malades avaient quitté trop tôt leurs appareils. Ils ont bien guéri à l'aide d'appareils ouatés silicatés qui ont été laissés en place, pour le premier deux mois, pour le second quatre mois. Ils ont marché pendant assez longtemps encore avec leur appareil. M. Desprès ajoute que ces pseudarthroses de la jambe, consécutives à des fractures non consolidées, sont extrêmement rares.

M. Lannelongue ne les croit pas si rares. Il en a, pour sa part, rencontré trois exemples : deux chez l'enfant, un chez l'adulte. Dans le premier fait, il s'agit d'un enfant de quatre ans, ayant eu une fracture de jambe, dont la consolidation n'a pu être obtenue par l'immobilisation et dont la pseudarthrose consécutive a été guérie par des injections de teinture d'iode. Dans le second, il s'agit d'une jeune fille de dix ans atteinte d'une pseudarthrose ayant résisté pendant plus de dix mois à tous les traitements ; cette jeune fille n'a pu être guérie. Le troisième fait a trait à un homme de soixante ans qui avait eu une fracture comminutive des plus graves et qui a présenté consécutivement une pseudarthrose ayant résisté pendant plus de deux ans à tous les traitements. M. Broca, qui le soignait également, lui a fait faire par M. Mathieu un appareil qui lui permettait de marcher. Sa fracture a fini par se consolider. Ce fait prouve qu'il ne faut jamais désespérer de la guérison des pseudarthroses.

M. Desprès. Il ne faut pas confondre les fractures comminutives avec les fractures simples. Quand, après neuf ou dix mois, on n'a pas obtenu de consolidation, on n'est pas encore en droit d'admettre l'existence d'une pseudarthrose, le cal définitif ne s'établissant qu'après onze ou douze mois. On a affaire, dans ces cas, à des consolidations retardées, mais non à des pseudarthroses. Il faut simplement avoir recours à une contention suffisante.

M. Théophile Anger a pratiqué la suture osseuse chez un enfant qui lui a été amené sept mois après une fracture spontanée. Les divers appareils qui avaient été appliqués étaient restés sans résultat. Il s'agissait d'une fracture du tibia, au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Comme il n'y avait aucune trace d'inflammation, M. Anger résolut de faire la suture osseuse, après avoir réséqué les extrémités des deux fragments et les avoir taillées en bec de flûte. Les fils d'argent furent retirés après soixante jours ; un appareil plâtré fut appliqué. Cet enfant n'a pas guéri et se trouve aujourd'hui dans la même situation qu'avant l'opération. Il marche avec un appareil, mais il n'y a aucune trace de consolidation ni de tendance à la consolidation. Cet enfant est atteint de paralysie infantile ; il y a probablement chez lui une lésion des nerfs vaso-moteurs. M. Anger ne croit pas qu'il soit possible, dans ces cas, d'obtenir jamais un véritable cal.

RAPPORT

Paralysie du bras due à la compression des nerfs médian et cubital par une exostose de l'humérus. — **M. Verneuil** fait un rapport sur l'observation communiquée dans la dernière séance par M. Poulet (d'Orléans). M. Poulet consulte la Société sur la conduite à suivre dans le cas suivant : il s'agit d'un jeune homme qui porte sur l'humérus droit une exostose assez étendue qui a eu pour conséquence une paralysie complète du membre supérieur droit. N'y a-t-il pas lieu d'intervenir chirurgicalement pour rendre à ce membre ses qualités fonctionnelles ? M. Verneuil se prononce pour l'intervention, à condition que M. Poulet s'entoure de toutes les précautions de la chirurgie moderne. L'opération à pratiquer est l'ablation même de l'exostose.

M. Trélat se prononce également pour l'intervention, étant admis, bien entendu, que le diagnostic soit exact. Il a opéré, dans ces conditions, un enfant de neuf ans qui, à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, a eu une saillie du cal telle qu'elle comprimait le nerf radial et déterminait des douleurs très-vives et consécutivement la paralysie. Il y avait donc eu névrite et paralysie consécutive. M. Trélat trouva le nerf aplati et épaissi, mais simplement soulevé par le cal. Il enleva toutes les parties exubérantes, et le malade a parfaitement guéri.

M. Marc Sée. La paralysie, dans le cas de M. Poulet, portant à la fois sur les muscles innervés par le médian et ceux innervés par le cubital, on peut se demander comment une exostose a pu atteindre à la fois ces deux nerfs, et il est à craindre qu'une seule opération ne suffise pas pour parer à ces accidents.

M. Lannelongue a pratiqué cette opération sans succès sur un jeune homme de vingt ans qui avait une paralysie absolue des muscles innervés par le radial, paralysie évidemment déterminée par la présence d'un gros cal. En faisant la dissection, il vit que le nerf radial était interrompu dans son trajet sur une longueur de 1 centimètre et que le cal remplissait cette interruption. Il réséqua ce cal, fit la suture des deux bouts du nerf radial, sans le moindre succès. Le malade est actuellement dans le même état qu'avant l'opération.

M. Verneuil répond à M. Sée qu'une exostose large, située sur le bord interne de l'humérus, à 4 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, peut intéresser à la fois en avant le nerf médian et en arrière le nerf cubital.

Extirpation des angiomes pulsatiles. — **M. Gustave Richelot** fait une communication sur ce sujet. (Comm. MM. Delens, Sée et Terrillon.)

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira, le 1er juillet 1881, à l'École de médecine et de pharmacie militaires, pour deux emplois de professeur agrégé en chirurgie. En conformité de la décision ministérielle récente du 4 février 1881, les médecins-majors sont seuls admis à concourir.

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit, conformément au programme approuvé le 6 avril 1878 et inséré au *Journal militaire officiel* (année 1878, partie supplémentaire, n° 20, p. 280) ; elles auront lieu d'après le mode d'exécution fixé par ledit programme :

1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée particulièrement des lésions observées aux armées ;

2° Préparation d'une région anatomique. — Description de cette région. — Indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte ;

3° Examen clinique de deux malades blessés, atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. Un de ces malades sera choisi parmi ceux atteints d'une maladie des yeux, des oreilles ou du larynx. — Leçon sur ces deux cas ;

4° Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements, applications de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

Les officiers de santé qui désireront prendre part à ce concours adresseront au ministre de la guerre une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise au ministre, par la voie hiérarchique, avant le 1er juin prochain, terme de rigueur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 février 1881, M. Bertrand, docteur ès sciences, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lille.

— Le corps de l'internat des hôpitaux de Paris vient de faire une nouvelle perte : M. Henri d'Olier, fils de M. le docteur d'Olier (d'Orléans), vient de succomber, à l'âge de vingt-quatre ans, aux atteintes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne en ce moment, et dont il avait contracté le germe dans le service de M. le docteur Hallopeau, à l'hôpital Saint-Antoine.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Colson, médecin en chef des hospices de Beauvais; de M. le docteur Saint-Laurent, ancien interne en médecine et en pharmacie des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de quarante-huit ans à Acy-en-Moultier (Seine-et-Oise), et de M. le docteur Fichot, décédé à Brazey-en-Plaine, dans sa soixante-treizième année.

— Il y a maintenant six journaux de médecine au Japon. Leurs colonnes sont en grande partie remplies de traductions d'articles de la presse médicale européenne et américaine; car jusqu'à présent on n'a encore fait que peu de travaux originaux. Ceux qui sont le mieux rédigés et qui ont le plus fort tirage sont le *I-ji-Rhimbun* (hebdom.) et le *I-ji-Shinshi* (mensuel) publiés à Tokio. (*Gaz. hebd.*)

— Une place de médecin est vacante à Brazey-en-Plaine (Côte-d'Or) par suite du décès de M. le docteur Fichot.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 14 février 1881, à trois heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audiences de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Suite de la discussion sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone, M. de Beauvais. — II. Sur l'empoisonnement par les vapeurs de charbon; communication de MM. Magnan et Barthélemy. — III. Communications diverses.

— M. le docteur Gouguenheim ouvrira, le lundi 14 février 1881, à l'hôpital de Lourcine, un cours clinique de laryngologie et de syphiligraphie, à neuf heures un quart du matin, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heures. — Lundi, cours de laryngologie et traitement externe. — Jeudi, cours de syphiligraphie et traitement externe.

MM. les étudiants, pour assister à ces cours, recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Les campagnes d'Ambroise Paré, médecin de Charles IX, par Caradec. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10758.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Papillome du larynx. — II. Action du froid sur les plaies chirurgicales. — III. Amputation de la cuisse.

I. Nous venons de faire un examen laryngoscopique des plus intéressants avec notre savant confrère, M. le docteur Krishaber.

Il s'agit d'une jeune enfant, d'une petite fille, qui présentait depuis plus d'un an des phénomènes de suffocation tels que M. Duret, prosecteur de la Faculté, a jugé à propos, devant l'imminence d'un danger immédiat, soupçonnant quelque affection chronique du larynx, de pratiquer la trachéotomie.

L'opération avait parfaitement réussi, aucun accident n'était survenu; au bout d'une semaine, M. Duret essaya d'enlever la canule, mais cette ablation ne put être supportée et de nouvelles menaces de suffocation arrivèrent bientôt. Soupçonnant alors un rétrécissement du larynx, il introduisit par la bouche, dans cet organe, des bougies dilatatrices; celles-ci passèrent facilement, mais elles ne dilatèrent absolument rien, elles ne produisirent aucune amélioration dans l'état de la petite malade.

C'est alors que, sur la demande de notre confrère, M. Duret, je reçus cette enfant dans nos salles pour l'opérer au moment voulu en pénétrant directement dans le larynx, pour détruire l'obstacle au passage de l'air. Mais auparavant je résolus de mettre l'enfant en observation.

Je commençai par renouveler à plusieurs reprises les tentatives d'enlèvement de la canule trachéale, en ayant soin de faire surveiller rigoureusement l'enfant afin d'éviter tous accidents d'une suffocation qui pouvait être mortelle. Mais j'appris un matin que, malgré la permanence de la canule dans la trachée, l'enfant avait été prise tout à coup d'accès de suffocation. J'en fus tout d'abord extrêmement surpris; mais, en cherchant avec soin la cause de cet accident, je découvris, à travers l'ouverture de la canule, la présence d'une végétation rougeâtre qui partait de la paroi postérieure de la trachée, pour venir s'engager dans la fenêtre de la canule, et parvenir presque jusqu'au pavillon de l'instrument. De là les derniers accès de suffocation. J'ôtai avec soin l'appareil, et je vis que cette végétation n'était autre qu'un gros polype, du volume d'un manche de porte-plume et long de huit à dix millimètres.

Je me proposais d'endormir l'enfant et de la débarrasser de cette petite tumeur, lorsque quelques manœuvres de la canule la sectionnèrent nettement comme une petite guillotine. Je remplaçai l'instrument fenêtré par une canule pleine, et, dès lors, celle-ci restant en place, tous accès de suffocation disparurent.

C'est alors que, pour savoir à quoi m'en tenir sur la cause qui ne permettait pas l'enlèvement de la canule sans que les accès de suffocation revinssent à des intervalles plus ou moins rapprochés, je procédai à des tentatives d'ablation de l'instrument, tout en restant prêt à le réintroduire dans la trachée à la moindre menace d'asphyxie. La première fois, l'enfant put respirer convenablement, pendant près de trois quarts d'heure. Une seconde fois, elle put rester deux heures, mais au bout de ce temps la respiration s'embarrassait assez rapidement, en même temps que, fait intéressant à noter, la plaie du cou et de la trachée se rétrécissait à vue d'œil (l'expression n'a rien d'exagéré), tant et si bien que nous éprouvâmes quelques difficultés à remettre notre canule en place.

Nul doute donc pour nous qu'il ne s'agît d'un obstacle laryngé, mais de quelle nature pouvait-il être? en quel point du larynx siégeait-il? Avions-nous affaire à une laryngite chronique ou à une maladie des cartilages? La chose n'était guère probable: la petite fille était d'une bonne constitution, sans aucune apparence scrofuleuse, et sans aucun antécédent héréditaire. Je songeai donc au développement de quelque néoplasme laryngien, tel qu'un polype qui n'est pas chose rare, mais qui, en tous cas, est plus commun chez l'enfant que chez l'adulte.

Grâce à l'examen laryngoscopique pratiqué par M. Krishaber, l'enfant ayant été préalablement endormi, nous avons pu voir notre diagnostic entièrement confirmé par la présence dans le larynx d'une végétation pâle, peu vasculaire, qui obstruait presque complètement l'intervalle glottique. Cette végétation siège sur la corde vocale gauche qu'elle envahit dans sa presque-totalité, et lui est adhérente par un large pédicule; elle constitue ce que l'on appelle un papillome de la corde vocale.

Cette production néoplasique nécessitera une opération,

soit l'extirpation, soit plus probablement le broiement par les voies naturelles.

En résumé, lorsque chez de jeunes enfants bien constitués on voit survenir lentement des troubles dans la respiration, sans qu'ils puissent s'expliquer par une altération chronique des autres muqueuses, vous devez soupçonner l'existence de quelque obstacle laryngien, et, si la lésion, par les accidents qu'elle détermine, vous fait craindre quelque suffocation mortelle, avant de pouvoir en pratiquer l'ablation, vous ferez la trachéotomie.

L'examen du larynx par le laryngoscope après anesthésie de l'enfant, anesthésie qui ne présente dans ces conditions aucun danger, vous fournira alors les indications thérapeutiques.

II. J'ai maintenant à noter un petit fait, mais d'une certaine importance, et sur lequel j'appelle toute votre attention : je veux parler du danger de l'exposition au froid, dans la saison d'hiver, des plaies qui jusque-là sont dans le meilleur état et des complications sérieuses, fatales même, qui peuvent s'ensuivre.

C'est ainsi qu'ayant fait monter à l'amphithéâtre, pour vous montrer les résultats d'une désarticulation de l'épaule, un malade dont la plaie chirurgicale était dans les meilleures conditions, l'action du froid a amené chez lui des accidents assez graves, mais heureusement enrayés à l'heure actuelle.

C'est ainsi, également, qu'un pauvre homme dont l'avant-bras broyé se détergeait convenablement sous l'influence des bains antiseptiques, ayant eu son membre exposé au froid à la sortie du bain, eut une hémorrhagie des plus graves; le lendemain, la température s'élevait à 39 degrés et les accidents devenaient tels qu'ils rendaient bientôt l'amputation nécessaire.

Enfin, mercredi dernier, je vous montrais un commencement de régénération épidermique d'un large ulcère de la jambe, en bonne voie de guérison; malheureusement la plaie resta pendant vingt minutes environ exposée à l'air froid. Aussi, dès le lendemain soir, le malade était-il pris de malaises généraux, et samedi nous constations une lymphangite. Elle ne nous inspire heureusement aujourd'hui aucune crainte, et cet homme, je l'espère, sera prochainement rétabli.

L'impression du froid sur les plaies granuleuses peut donc être, vous le voyez, la cause d'accidents graves.

III. Je veux vous dire aussi quelques mots du malade que nous avons amputé la semaine dernière in extremis, à la suite de brûlures profondes, et qui, depuis lors, a pu être soutenu plus longtemps que nous ne pouvions l'espérer, mais qui néanmoins, bien probablement, va succomber. J'en absous l'opération, qui ne lui a été en rien nuisible, mais qui seule pouvait nous offrir quelque chance de salut, s'il en était encore. Cet homme va mourir comme s'il n'eût pas été opéré, s'éteignant peu à peu. Il a contre lui tant de choses ! Ce sont d'abord, en outre de la suppuration de sa plaie actuellement d'un gris blafard, l'état de ses viscères, une affection du foie compliquée d'une diarrhée incoercible, puis de larges eschares au sacrum, des athéromes artériels tellement prononcés que, lorsque nous l'avons opéré, nous avons trouvé l'artère fémorale métamorphosée, pour ainsi dire, en un tube rigide qui en a rendu la ligature difficile, même par une constriction énergique. Enfin il présente encore des altérations de l'aorte, et probablement aussi une affection du cœur, malgré l'absence de tout bruit de souffle. Nous savons de plus que l'état athéromateux des artères est toujours une chose grave, à cause de l'artérite qui peut s'ensuivre, remontant de la plaie d'amputation jusqu'à l'organe cardiaque.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Leçons sur les hallucinations et les illusions (1).

VI

Hallucinations viscérales, dites hypochondriaques.

Les hallucinations, qui dérivent d'un trouble survenu dans la sensibilité viscérale, et qui constituent les formes variées de l'hypochondrie, sollicitent tantôt des explosions de douleurs très-vives, des explications à perte de vue sur leurs origines et leur manière d'être, tantôt amènent une sorte d'abattement profond qui absorbe toute l'attention du malade qui se concentre alors à écouter le cri de ses viscères endoloris.

Ces formes délirantes, dites hypochondriaques, sont pareillement intermittentes dans les premiers temps et deviennent continues à la longue.

Les malades ont le gosier bouché, ils n'ont plus de dents; leur estomac est oblitéré, retourné; leurs nerfs sont rétrécis; ils n'ont plus d'intestins; il leur est impossible d'aller à la selle.

Un ancien halluciné lucide avait pendant la nuit des sensations subjectives du côté de l'anus, entretenues probablement par des hémorrhoïdes internes. Il se barricadait soigneusement tous les soirs, dans sa chambre, pour éviter les tentatives de sodomie dont il se disait incessamment être l'objet pendant la nuit.

Ils racontent encore qu'on les a empoisonnés; quelques-uns conservent leurs déjections, ou bien ils vont à la selle dans un endroit déterminé, pour pouvoir les examiner à leur aise. Un certain nombre accusent la présence de vers intestinaux qui leur remonteraient dans les oreilles et jusque dans les yeux.

Ces troubles psychiques hypochondriaques si caractéristiques, véritables hallucinations viscérales qui, la plupart du temps, émergent du canal gastro-intestinal, sont rarement provoqués, au contraire, par des troubles sensitifs irradiant des appareils intra-thoraciques.

On rencontre, en effet, quelquefois des malades qui accusent des anxiétés cardiaques et qui disent ne pouvoir respirer. Ils restent, en effet, quelquefois une, deux minutes sans faire aucune inspiration; puis, à un moment donné, ils recommencent à inspirer suivant leur mode habituel; mais, en général, les hallucinations viscérales, ayant leur point de départ dans un organe thoracique, sont rares.

Il est important de noter que, la plupart du temps, les hallucinations viscérales accompagnent plus ou moins franchement les hallucinations sensorielles, et que, lorsque ces deux causes de stimulation morbide sont associées, la situation du malade est notamment plus grave, au point de vue du pronostic, puisqu'il faut en induire une extension plus profonde de l'irritation morbifique qui occupe un plus grand nombre de territoires de l'écorce.

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 janvier 1881.

Tableau des hallucinés. — Comme on le voit, les processus hallucinatoires peuvent revêtir des modalités variées, en rapport avec les régions sensorielles d'émergence qui leur ont donné naissance. Mais, quelles que soient ces formes, l'individu frappé n'en est pas moins du coup placé en dehors des conditions normales du fonctionnement mental. Il est surexcité d'une façon morbide, il réagit par conséquent d'une façon morbide, et ses émotions s'élèvent peu à peu au niveau des impressions pénibles qu'il ressent. Mais là ne s'arrête pas le mal; l'individu sorti de lui-même, en proie à une surexcitation incessante qui fermente en lui, cesse de voir les choses telles qu'elles sont, cesse de les comprendre comme le commun des hommes. Il doute tout d'abord des voix qui l'invectivent, mais peu à peu ces voix s'imposent à son esprit, elles le subjuguent, elles lui disent qu'on va le déshonorer, qu'on va le tuer, qu'on va assassiner sa famille; il réagit alors suivant les lois naturelles de tout être vivant qui se croit attaqué et qui veut se défendre. Il marche avec un revolver armé, et la première personne qu'il rencontre, et qui offre quelque point de contact avec ses visions, devient bientôt son objectif et quelquefois sa première victime.

C'est ainsi qu'un grand nombre d'attentats sur les personnes, accomplis journellement sans motifs, sans explication plausible, sont le résultat fatal d'impulsions morbides, accomplies par des hallucinés méconnus et errant à travers la société.

Lorsque les hallucinés sont en quelque sorte à la période de verdeur de leur maladie et que chez eux les manifestations de la démence n'ont pas encore donné à leurs conceptions ni à leur manière d'être un caractère uniforme, ils se divisent généralement en deux groupes : les uns loquaces et expansifs, les autres taciturnes et concentrés.

Chez les premiers les réactions de l'intelligence sont vives et actives, ils parlent avec énergie des impressions subjectives dont ils sont l'objet. Leur regard est animé et les accents de leurs émotions sont des plus naturels. Leurs paroles coulent avec abondance, mais ils ne prêtent aucune attention aux arguments contradictoires qu'on leur présente. Ils répètent les mêmes phrases stéréotypées, et ne tiennent compte nullement de ce qu'on leur dit. Ils ne peuvent rester en place, ils vont, ils viennent de tous les côtés, ils se lèvent la nuit, ils sortent, et, en même temps, on les rencontre dans les rues, comme des individus affairés qui se parlent à eux-mêmes et qui sont absorbés par des préoccupations profondes. Chez eux il y a un certain besoin d'expansion qui doit se dépenser. Il faut qu'ils parlent, qu'ils se plaignent, qu'ils marchent, et qu'au besoin ils aillent présenter leurs plaintes auprès des autorités contre la persécution dont ils sont l'objet.

Chez les autres le tableau est tout différent. Les hallucinés taciturnes ont une attitude passive; ils ne vont pas au-devant de vous, ils vous fuient; quand on les interpelle, ils vous regardent fixement, sans répondre; ils paraissent ahuris, gênés par votre présence, et, si on cherche à obtenir quelque réponse avec insistance, ils font effort pour se dégager et esquiver l'examen sans parler.

Si l'on parvient, soit à obtenir quelque réponse évasive à force d'insistance, soit à les surprendre dans les habitudes de leur vie, on reconnaît qu'ils marchent comme des gens qui sont absorbés par des idées fixes, qu'ils se parlent à eux-mêmes, qu'ils s'arrêtent tout d'un coup, qu'ils font des gestes bizarres, qu'ils interpellent les arbres et les buissons, et qu'en un mot les impressions du monde extérieur ne produisent chez eux qu'un minime ébranlement en raison des incitations subjectives qui parlent chez eux avec une grande intensité et seules tiennent leur attention en éveil.

Il est probable que ce type d'hallucinés correspond à un état organique plus accentué et plus complet que le type des aliénés loquaces. On pourrait peut-être supposer que, chez les individus ainsi frappés et qui sont si nettement isolés du conflit des choses extérieures, l'envahissement de deux tubes cérébraux s'est fait simultanément et a marché d'une façon parallèle (1).

Phases psychiques des processus hallucinatoires (2e *période*). — Les caractères symptomatologiques propres de la phase psychique des processus hallucinatoires sont pratiquement assez difficiles à définir au point de vue de leur début.

Il est, en effet, très-difficile de dire, un malade quelconque étant donné, à quelle phase il est arrivé; il faut l'avoir suivi et étudié pendant longtemps pour être à même de se prononcer avec connaissance de cause. D'une manière générale, la phase psychique est caractérisée par le moment où les incitations sensorielles du début paraissent s'être amoindries pour avoir fait place à des conceptions appropriées, plus ou moins vaguement reliées à leur souche originelle. Ainsi, par le fait même de la maladie, au bout d'un temps variable, au bout de trois ou quatre mois, la plupart des hallucinés perdent le souvenir des incitations sensorielles qui les tourmentaient au début pour revêtir une nouvelle manière d'être, suite de la précédente dont elle n'est que le développement logique; c'est la phase psychique proprement dite qui se caractérise alors.

M. B..., halluciné, est actuellement en démence. Il y a quatorze ans, il entendait des voix qui le menaçaient, il disait qu'on lui envoyait des décharges électriques, et, à chaque bouffée hallucinatoire, une période d'excitation survenait; peu à peu, M. B... racontait que les voix qui retentissaient à ses oreilles changeaient de timbre, que les personnes qui le poursuivaient n'étaient plus les mêmes, et, finalement, au bout de deux ans d'isolement et de tranquillité, il avait oublié ses anciennes conceptions, ainsi que ses anciennes incitations sensorielles qui insensiblement avaient été remplacées par des conceptions hypochondriaques. Le processus irritatif avait insensiblement rayonné sur d'autres régions.

M. R..., au début d'un processus hallucinatoire très-intense, se voyait poursuivi par un de ses voisins qui l'épiait sans cesse et qui voulait lui faire du mal. Six mois après, il avait complètement oublié l'impulsion hallucinatoire première; ce n'était plus son voisin qui l'invectivait, il n'en parlait plus; mais c'était sa femme, ses enfants qui venaient lui rendre des visites imaginaires et avec lesquels il s'entretenait.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les modifications anatomiques que présentent les os dans l'ataxie locomotrice.

Par M. le docteur Raphaël Blanchard, préparateur du cours de physiologie à la Sorbonne.

On sait, grâce aux recherches de M. P. Regnard, les modifications chimiques subies par le tissu osseux dans l'ataxie locomotrice;

(1) Certains hallucinés taciturnes finissent par devenir complètement silencieux et par tomber dans un mutisme complet qui peut durer des semaines, des mois et des années.

Brière de Boismont, *Cause morale, démence, longévité remarquable, mutisme, retour à la raison après cinquante-deux ans d'aliénation, mort.* *Ann. méd.-psych.*, 1850, 531.

cet observateur a montré que la proportion des phosphates était considérablement diminuée, et celle des matières grasses considérablement augmentée, la quantité des carbonates demeurant à peu près normale.

Il restait à étudier les modifications de structure subies par l'os dans cette affection. C'est ce que j'ai pu faire sur trois fémurs provenant d'hommes morts à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. le professeur Debove, et parvenus à une période avancée de l'ataxie.

Si on examine une coupe transversale pratiquée, sur un os non décalcifié, à l'aide des procédés ordinaires, on constate au premier abord des lésions qui sont assez analogues à celles qu'on a décrites dans l'ostéite raréfiante : les canaux de Havers sont considérablement dilatés; il y a donc résorption du tissu osseux au pourtour de ces canaux. Cette raréfaction de l'os ne marche pas toujours avec une égale rapidité sur toute la circonférence d'un même canal, mais il arrive au contraire fréquemment que l'érosion progresse plus vite en un certain point; si, dans le système de Havers voisin, le canal est le siège d'un processus analogue, il peut se faire que les deux canaux se rencontrent, et alors on les voit communiquer l'un avec l'autre, non point par l'intermédiaire d'une anastomose normale, mais par une lacune pathologiquement creusée au sein du tissu osseux.

Le processus de résorption de la substance osseuse est d'autant plus actif que les canaux qui en sont le siège sont eux-mêmes plus rapprochés du canal médullaire central. Les canaux de Havers les plus élargis se montrent donc au voisinage immédiat du canal médullaire : en ce point, ils peuvent atteindre jusqu'à 500 μ de diamètre; ce ne sont plus alors, à proprement parler, des canaux de Havers, en ce sens que les couches concentriques de tissu osseux, qui composaient primitivement leur système, ont complètement disparu par résorption, et on n'a plus affaire qu'à une sorte de vaste lacune creusée au milieu des systèmes de Havers environnants et parfois séparée de la cavité centrale de l'os par une lamelle de substance osseuse extrêmement mince. On conçoit que, le travail de résorption portant sur cette lamelle, celle-ci disparaisse bientôt, et alors la cavité centrale, venant à communiquer largement avec la lacune, se trouve élargie d'autant. C'est par ce processus que s'explique le travail d'amincissement progressif des os longs dans l'ataxie locomotrice.

La résorption, avons-nous dit, est d'autant plus accentuée qu'elle porte sur des systèmes de Havers plus rapprochés du centre de l'os. On trouve tous les intermédiaires entre l'état normal et l'extrême dilatation des canaux de Havers que nous avons signalée au voisinage même du canal central de l'os. Si, par exemple, on examine une coupe transversale vers le milieu de son épaisseur, on rencontrera des canaux de Havers de dimensions fort variables, mais dont la plupart présenteront un diamètre oscillant entre 100 et 250 μ; dans les cas de ce genre, les systèmes de Havers ne sont plus représentés que par deux ou trois lamelles concentriques, plus ou moins régulièrement érodées. Ces canaux présentent un diamètre notablement plus grand qu'à l'état normal; on voit, en effet, que leur diamètre normal est de 30 à 60 μ.

Dans les os d'ataxique examinés à l'état frais, on voit que tous ces canaux élargis sont remplis de graisse. C'est là ce qui explique l'observation faite par M. Regnard d'une quantité considérable de graisse au cours de ses analyses chimiques.

On sait que l'os normal et non décalcifié ne se colore pas si on le plonge, même pendant plusieurs heures, dans le picrocarminate d'ammoniaque ou dans tout autre réactif colorant. Or, si on fait subir à un os d'ataxique la même préparation, on constate que les systèmes de Havers sur lesquels porte la lésion ont pris une coloration rouge plus ou moins intense, le reste de la coupe demeurant incolore. Comme on le sait, l'os décalcifié présente seul ce caractère de fixer les matières colorantes. Dans le cas spécial qui nous occupe, c'est donc que les matières organiques ont diminué dans les systèmes de Havers qui présentent ce caractère. Cette observation est entièrement d'accord avec la diminution, notée par M. Regnard, de la quantité proportionnelle des phosphates.

A côté de ces systèmes dont le canal est élargi, on en observe d'autres, dont le canal se présente avec l'apparence normale, mais qui fixent cependant les réactifs colorants. On peut dire que, dans ce cas, on a affaire à des systèmes de Havers que vient d'atteindre la lésion, et on peut prévoir que les canaux placés au centre de ce système n'auraient pas tardé à s'élargir, par le fait de la résorption des lamelles les plus proches du centre.

Cette observation montre enfin que la lésion débute par une disparition des sels calcaires, et que l'érosion du système de Havers est un phénomène secondaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 janvier 1881. — Présidence de M. P. Bert.

COMMUNICATIONS.

Sulfophénate de soude. — M. RABUTEAU. Le sulfophénate de soude, injecté à la dose de 5 à 10 grammes dans les veines d'un chien, produit la constipation; la même dose, introduite par l'estomac, est purgative. Ce sel est éliminé presque en totalité par les urines.

Élongation du nerf sciatique. — M. BROWN-SÉQUARD a pratiqué cette opération sur des animaux sains et sur d'autres ayant eu une hémisection latérale de la moelle. Chez ces derniers, l'anesthésie du membre postérieur du côté opposé à l'hémisection de la moelle a disparu après l'élongation du nerf sciatique. Chez un certain nombre même, l'anesthésie a été remplacée par de l'hyperesthésie. Le mouvement volontaire est notablement affecté dans le membre où se trouve le nerf soumis à l'élongation; il y a même eu, chez plusieurs cobayes, une paralysie presque complète. Chez les animaux dont la moelle n'avait pas été lésée, M. Brown-Séquard a trouvé que l'élongation du sciatique produisait également de l'hyperesthésie, mais à un degré moindre que chez les animaux préalablement soumis à l'hémisection de la moelle, et que, contrairement à ce qui se passe chez ces derniers, cette élongation ne cause pas, chez les animaux sains, de paralysie marquée.

M. LABORDE, après avoir coupé la moelle à un cochon d'Inde, a allongé l'un des nerfs sciatiques; en pinçant la patte du côté opposé, on obtient des convulsions épileptoïdes. Sur un animal sain, cette élongation amène une perte de sensibilité à peu près complète dans le membre correspondant. Les mouvements sont conservés dans les deux membres. M. Laborde en conclut que l'élongation des nerfs amène des modifications qui empêchent le passage du courant sensitif et ne s'opposent pas au passage du courant moteur.

Inoculation de la rage de l'homme au lapin. — M. DOLÉRIS a inoculé à des lapins des liquides et des tissus provenant d'un enfant mort de la rage. Les lapins inoculés avec la salive sont morts en quelques heures; ceux qui ont été inoculés avec du sang n'ont rien eu. Des lapins inoculés avec la salive des premiers sont également morts; d'autres, ayant reçu la salive de ces derniers, sont morts encore plus rapidement. L'inoculation de la salive prise sur l'enfant trente-six heures après la mort n'a donné aucun résultat. L'inoculation de fragments de glandes salivaires a tué un lapin sur cinq. Enfin d'autres lapins auxquels on a inoculé un morceau de bulbe et l'origine d'un nerf trijumeau sont morts avec les sympômes de la septicémie. M. Doléris, en présence des faits observés sur les animaux qu'il a inoculés, pense qu'ils sont morts d'une septicémie particulière, mais non de la rage.

M. PAUL BERT. On ne peut se prononcer dans les inoculations de rage qu'après avoir expérimenté sur le chien, chez lequel les symptômes de la rage sont bien connus.

Vaso-dilatateurs sympathiques de l'oreille; analyse du réflexe de Snellen. — MM. DASTRE et MORAT font une communication sur ce sujet. (Voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 10 février 1881.)

Séance du 5 février 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Modifications anatomiques que présentent les os dans l'ataxie locomotrice. — M. Blanchard fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Affection épileptiforme des chiens déterminée par une variété d'acariens. — M. Mégnin signale l'existence d'une affection épileptiforme et contagieuse qui décime depuis plusieurs années la meute d'un riche propriétaire des environs du Havre. Ayant eu à sa disposition un des chiens malades pour l'étudier, il a reconnu que ces accès épileptiformes étaient dus à une espèce spéciale d'acariens psoriques qu'il a déjà décrite dans son traité *des Parasites* sous le nom de *Chorioptes ecaudatus* et qu'il avait déjà rencontrée exclusivement dans le conduit auditif de certains carnassiers, comme le chien, le chat et le furet; sur le chat seulement, il avait constaté de véritables accès vertigineux causés par la présence de ces parasites. Leur destruction, chez le chien en observation, par des injections d'une solution aqueuse au vingtième de sulfure de potasse, a fait cesser immédiatement les accès épileptiformes, et il ne doute pas que le même moyen ne produise le même résultat chez tous les chiens qui composent la meute.

M. Mégnin montre aussi les deux oreilles d'un lapin mort d'une affection analogue à celle dont il vient d'être parlé chez le chien : c'est aussi une affection ulcéreuse du conduit auditif causée par un acarien psorique, mais d'une espèce différente, le *Psoroptes longirostris* (1). On peut guérir les lapins qui en sont affectés par le même moyen indiqué plus haut, c'est-à-dire par les injections d'une solution de sulfure de potasse.

Enfin M. Mégnin fait encore passer sous les yeux des membres de la Société, comme spécimen de lésion remarquable produite aussi par un acarien psorique, celui-ci, particulier aux oiseaux, le *Sarcoptes mutans* (Ch. Robin), — une patte d'un coq Houdan qui est couverte de gros tubercules mamelonnés, blanchâtres, de manière à rendre ce membre monstrueux; ces tubercules sont constitués exclusivement par des stratifications épidermiques, et c'est sous les couches profondes, en contact avec le chorion, que l'on trouve les femelles de sarcoptes occupées à pondre et enchatonnées comme de petites perles microscopiques, car elles sont immobiles et ne tracent pas de sillons.

(1) Voyez aussi le traité en question, *les Parasites*, où ce deuxième acarien est décrit et figuré aussi bien que celui dont il est question plus bas.

VARIÉTÉS

L'Hôtel-Dieu de Paris au XIVe siècle.

Les curieux documents que nous publions ci-dessous, touchant l'administration intérieure de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1368 et 1369 et l'histoire de la chirurgie parisienne à la même époque, ont été trouvés au dépôt des Archives nationales, dans le *Registre du chapitre de Notre-Dame*, par M. Siméon Luce et communiqués, accompagnés d'une notice des plus intéressantes de l'auteur de cette découverte, à la Société de l'histoire de Paris et de l'Ile-de-France.

Le premier de ces documents serait très-probablement, d'après M. Luce, dont nous résumons le travail, l'œuvre d'un conseiller au Parlement, nommé maître Pierre Courrat, qui fut choisi à diverses reprises par la sœur Philippe du Boys, prieure de l'Hôtel-Dieu, pour faire valoir ses droits et présenter ses réclamations devant le chapitre de Notre-Dame de Paris.

Il a trait à un différend survenu entre la supérieure des religieuses de l'Hôtel-Dieu et le directeur de l'hôpital, maître Étienne Fouchier, à la suite d'une plainte portée par l'une de ces religieuses, Eustachie de Provins, sur les refus maintes fois opposés par la prieure à ses demandes de sortie.

Le maître de l'hôpital prit parti pour la jeune sœur, tandis que le chancelier de l'église de Paris soutint la cause de Philippe du Boys, déclarant que les religieuses attachées à l'Hôtel-Dieu ne relevaient que d'elle seule. L'affaire fut portée devant le chapitre de Notre-Dame, investi de temps immémorial d'une sorte de protectorat ainsi que du droit de haute surveillance sur l'Hôtel-Dieu. Deux chanoines, maîtres Regnault de Noyon et Thomas le Tourneur, furent délégués par leurs collègues afin de procéder à une enquête au sujet dudit conflit. C'est alors que fut rédigée la requête, dont nous donnons ci-dessous le texte, intéressante surtout au point de vue des renseignements qu'elle nous fournit sur l'administration intérieure de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1368 et sur le mouvement de la mortalité qui avait atteint de telles proportions que, dans l'espace de trois ans, Philippe du Boys déclarait avoir enseveli au moins 22,500 morts.

C'est à la même époque, ajoute M. Siméon Luce, depuis le 1er août 1368 jusqu'au 25 juillet 1369, qu'un autre hôpital de Paris, celui de Saint-Jacques, avait donné asile à 16,690 pèlerins allant au Mont-Saint-Michel ou à d'autres sanctuaires et en revenant.

Nous remarquons encore dans ce document que le trésor royal, de même que le receveur de Paris, était loin de remplir ses engagements budgétaires, et qu'en 1368 le premier n'avait rien payé depuis neuf ans et le second devait aussi trois cents livres d'arrérages.

Quant au différend, il finit par attirer l'attention du prévôt de Paris, qui évoqua l'affaire devant son tribunal du Châtelet. Le chapitre de Notre-Dame ne fut pas plus tôt informé de cette instance qu'il se plaignit au roi de ce qu'il considérait comme une atteinte portée à sa juridiction. Charles V fit droit aux réclamations des chanoines et enjoignit à Hugues Aubriot, par un mandement en date du 13 novembre 1369, de se dessaisir du procès que les examinateurs au Châtelet avaient commencé à instruire.

Le chapitre confia alors à une commission spéciale le soin de procéder à une enquête approfondie sur les personnes et les choses de l'Hôtel-Dieu. Cette commission était composée de cinq chanoines : Jean le Coq, Louis Ysard, Nicolas de Veres, Bertrand de Chanac et Pierre de Pacy (1). Elle fit son rapport le 9 janvier 1370; les avis furent partagés sur les mesures qu'il convenait de prendre. Toutefois la révocation du maître et de la prieure, dont l'animosité mutuelle avait provoqué tous ces troubles, finit par être décidée à la majorité des voix (2). Marguerite la Pinelle, auparavant prieure de l'Hôtel-Dieu de Compiègne, fut instituée prieure de l'Hôtel-Dieu de Paris aux lieu et place de Philippe du Boys. Frère Jean Charron fut appelé à remplacer, dans la direction de l'Hôtel-Dieu, Étienne Fouchier (3).

Le second document n'est autre qu'un procès-verbal de coups et blessures rédigé à la date du 25 mai 1369 par un chirurgien juré du chapitre de Notre-Dame de Paris.

(1) *Arch. nat.* L. L. 210, folios 360 et 361.
(2) *Ibid.*, folios 395 et 396.
(3) *Ibid.*, folio 407.

I

1368, mercredi 13 décembre.

Requête présentée par sœur Philippe du Bois, prieure de l'Hôtel-Dieu de Paris, aux doyen et chapitre de Notre-Dame, tendant à ce que, contrairement aux prétentions d'Étienne Fouchier, maître dudit Hôtel-Dieu, appuyées par maîtres Regnault de Noyon et Thomas le Tourneur, chanoines et commissaires délégués par ledit chapitre, elle seule, à l'exclusion dudit Étienne Fouchier, puisse accorder des permissions de sortie aux sœurs dudit Hôtel-Dieu.

A mes rèverens seigneurs le doyen et le chapitre de Nostre-Dame de Paris

Expose humblement suer Philippe du Boys, humble prieuse de la maison Dieu de Paris, que, comme certains commissaires aient esté ordenés par vous, mes dessus diz seigneurs, pour veoir et savoir l'estat du dit hostel, c'est assavoir maistre Regnault de Noyon et maistre Thomas le Tourneur, et monseigneur Estienne Fouchier, maistre de la dite maison, ait donné à entendre aus diz commissaires que le povoir de donner les congiés et licences aus suers du dit hostel de aler hors et issir du dit hostel li appartient et sans le congié de la dite prieuse et se efforce et de fait que les diz commissaires ostent à la dite prieuse la puissance de donner les diz congiez aus dites suers et de là appliquer son office, combien que la dite complaignant, qui est le chief des dites seurs soubz vous, mes dessus diz seigneurs, et ses predecesseurs, prieuses du dit hostel, aient tous jours esté en possession en ansi et acoustumé de donner les diz congiés et licences aus dites seurs comme chief d'eulx, et est un des drois de son dit office l'obeissance que li font les dites seurs en iceulx congiés et licences prandre d'aler hors, et est assez raisonnable, car elle qui congnoist les dites seurs et la conversacion d'eulx et qui à cause de son dit office a conversacion avecques eulx et la cure des malades et de la chambre du linge et des autres offices du dit hostel, c'est asavoir de la lavenderie, de la leciverie, des acouchiées, des grief malades et de tous les autres malades du dit hostel, scet, doit et puet miex savoir les causes que les dites seurs ont à demander licence et congié d'aler hors du dit hostel pour la necessité des malades que le dit maistre ne fait, lequel n'a ne ne doit avoir telle conversacion avec eulx et lequel n'a pas telle cure d'eulx ne des malades ne du fait du dit linge ne des autres offices devant dites, comme a la dite prieuse. Et yceulx commissaires, non advertans et non informez deuement de ces choses, veulent oster à la dite complaignant, à la requeste du dit maistre, le dit povoir ou grant prejudice de l'office de la dite prieuse et aussi ou grant peril du gouvernement du dit hostel et des offices dessus dites, de l'ame de elle et ou grant esclandre de la religion et hostel, se sur ce n'est par vous, mes dis seigneurs, pourveu de remede convenable. Item, comme l'office de la dite prieuse soit distinguée, segregée et séparée de l'office du dit mestre et de sa mestrie, tant de rentes, receptes, mises et de toutes autres choses, et ait la dite prieuse ses seaulz, aussi comme le dit maistre, appart pour donner quittances et toutes autres lettres qu'il appartient à faire à cause de l'office de la dite prieuse ; et à cause duquel office n'ait que IIII[c] livres de rente ou environ pour querir III[m] et V[c] dras linges que elle a en despense tous les jours, tant pour les sains comme pour les malades, et sanz compter le linge que elle quiert tous les jours ou dit hostel pour les frères et suers et pucelles et vallés servans ou dit hostel et pour les XVIII clers, de quoy chascun lit des malades a VI couvertures, et de quoy les bureaux que on souloit avoir pour XVII sous la piece coustent maintenant VIII francs, et sans compter le linge à ensevelir les cors chascun jour des quiex la dite prieuse a fait ensevelir XXII[m] et V[c] en trois ans, et l'aune de toille que ses predecesseurs prieuses souloient avoir pour X deniers couste maintenant XL deniers ou environ. Et aussi des dites IIII[c] livres de rentes elle emprent sur le trésor du roy XX livres tournois, tout on lui doit de IX ans. Et aussi le receveur de Paris et ses predecesseurs receveurs, sur qui elle prent, li doivent d'arreraiges III[c] livres ou environ. Et se on fait aucunes oumosnes ou lais au dit hostel Dieu, elle n'i prent rienz pour son dit office, se exprès n'estoit dit. Et la dite prieuse ait gouverné le dit office bien et deuement, si comme il peut apparoir par ses comptes, et senz reprise. Et auquel office on souloit laissier les dras couvertoirs, tant de la dite ville de Paris comme de plat pais, dont il n'est mez riens, ou aussi comme pou. Le dit maistre voult, et les dis commissaires à l'instigacion du dit maistre, que la dite prieuse soit contrainte, à cause du dit office de prieuse, faire aide au dit maistre et à son dit office, ce qui onques ne fu fait ne veu ne acoustumé ou dit hostel. Si seroit le dit office perdu et les pouvres ne pourroient estre ordenés ne receuz ne gouvernés, qui osteroit rienz du dit office, car il n'y a riens qui n'y soit necessaires et encore plus, et seroit contre la fundation de l'office de la dite prieuse, et aussi seroit contre l'entencion des fundeurs et de ceulz qui donnent ou laissent pour son dit office distinctement. Et supposé qu'il y eust aucuns biens qui de present ne fussent necessaires au dit office de la prieuse, sy n'en doit l'en despouillier le dit office, car, se mortalité venoit ou autre charge de malades, l'ospitalité cesseroit qui fu le fondement du dit hostel, consideré que au jour d'ui petites aumosnes sont faites, avecques les autres raisons que vostre bonne discrecion supleera, et aussi la dite prieuse n'est pas acoustumé. Et en puet venir grande esclande et inconvenient comme aucune foys est devenu d'une suer qui garda jadis un maistre, laquelle fu grosse. Sy vous supplie humblement la dite prieuse, mes très chiers seigneurs, que sur les choses dessus dites, et consideré la povreté et necessité de son dit office, vous veilliés pourveoir de remède convenable et li garder les droits du dit office et que ses predecesseurs prieuses ont eu, et que esclandre n'en nesse par dissencion ou dit hostel ne l'ospitalité des povres destruite, car autrement elle le seroit : se seroit grant peché (1).

II

1369, 25 mai.

Procès-verbal de coups et blessures dressé par maître Raymond du Nocle, chirurgien juré du chapitre de Notre-Dame de Paris, assisté de Robert de Langres, de Pierre de Pise et de Geffroi du Costil, maîtres licenciés en l'art de chirurgie (2).

A honorables et discretes personnes mes très chiers seigneurs mes seigneurs doyen et chapitre de Nostre Dame de Paris, je Raymon du Nocle, vostre surgien, jure honneur et reverence ovecques toutes obeissances. Mes très chiers seigneurs, plaise vous assavoir que, du commandement de honorable homme et discret monseigneur le chantre, je me sui transporté en la ville de Saint Marcel en l'ostel et domicile de Pierre Cooste, appellez avecques moy honourable homme et sage Robert de Lengres, Piere de Pise et Gieffroy du Costil, tous maistres licenciés en l'art de surgie. Et là avons veu et visité diligemment, touz ensemble et chascun par soy, le dit Piere Cooste d'une navreure qu'il a sur le costé, sur la partie senestre, sur un ost que on appelle en l'art de surgie couronnal. Item, d'une autre navreure qu'il a sur la premiere jointe du doit d'emprès le petit doit de la main destre, que on appelle en l'art de surgie medicus. Item, d'un coup orbe qu'il a sur la hanche senestre. Item, nous dessus diz avons veu et diligemment visité touz ensemble Jehenne, femme du dit Piere Cooste, d'un coup orbe que elle a sur la claie de la main senestre, et en celle main mesme d'une navreure sur le doit que on appelle en l'art de surgie medicus, sur la tierce jointure d'emprès la claie de la main pardehors. Item, avons veu tous ensemble et ou domicille dessus dit Pierre Lambert, varlet et nepveu du dit Pierre Cooste, d'une navreure qu'il a sur le pouce de la main destre, environ la tierce jointure du dit pouce, par devers la jointure de la

(1) Arch. nat., sect. hist., *Registre du chapitre de Notre-Dame,* coté L. L. 210, folios 243 et 244.

(2) Arch. nat., L. L. 210, folio 309.

dite main. Item, d'une autre navreure qu'il a ou bras senestre, au dessus de la jointure du coute, sur la partie de hors. Item, d'un coup orbe sur les coostes, sur la partie derriere, au dessoubz de l'espaule, entre les espoudillez du dos et la poittrine. Lesquelles navrées et coups orbes dessus dis, nos très chiers seigneurs, nous vous rapportons tous ensemble et chascun par soy que ilz sont curables et sanables selonc l'art et science de cirurgie, mais sera bien un long temps avant qu'il soient en aussi bonne vertu comme il estoient paravant. Et pour ce, nos très chiers seigneurs, nous dessus diz, tous ensemble et chascun par soy, vous en rapportons le peril hors de mort et de mehaing, prisonnier pour la ponpeçon des navrées et coups orbes dessus diz en vos prisons de chapitre Guillaume Guerart, cler, vostre franc sergent. Et ce vous certiffions nous tous ensemble, nos très chiers seigneurs, avoir fait et le tesmoignons souz nos seaulz dont nous usons en nos offices. Ce fu fait le xxv[e] jour de may l'an mil CCCLX et neuf.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 février 1881, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Grovallet, à Saint-Brieuc; Roch-Laurent, à Alais; Demeaux, à Cahors; Batbedat, à Bayonne; Foville, Dubrisay, O. Saint-Vel, Frémy et Leboucher, à Paris; Gibert, au Havre; Blanchard, à Maffliers; Regnoul, à Villeneuve-la-Guyard.

— MM. Bonnet, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Nancy, et Testart, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, sont nommés officiers de l'instruction publique.

— MM. de Vallon, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Lille, et Lesieur, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, sont nommés officiers d'Académie.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Grandguillot, médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Ouest, décédé à Craon (Mayenne) à l'âge de trente-huit ans.

— Sont nommés membres de la commission des voyages et missions scientifiques et littéraires, MM. les docteurs Milne-Edwards (de l'Institut); Paul Bert, député; Chatin (de l'Institut); Hamy; Liouville (Henry), député; de Quatrefages (de l'Institut), Topinard (de la Société d'anthropologie).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Deux concours publics, le premier pour deux places de prosecteur, le second pour huit places d'aide d'anatomie, s'ouvriront, le lundi 21 mars 1881, à midi, dans une des salles de la Faculté. Seront admis à concourir : 1° pour les deux places de prosecteur, les aides d'anatomie titulaires seulement; 2° pour les huit places d'aide d'anatomie, tous les élèves en médecine de la Faculté de Paris, sans exception.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1[er] octobre octobre 1881; leur temps d'exercice expirera le 1[er] octobre 1885; les aides d'anatomie qui seront nommés entreront également en fonctions le 1[er] octobre 1881, mais leur temps d'exercice expirera une année plus tôt, le 1[er] octobre 1884.

Les candidats à ces deux concours peuvent s'inscrire au secrétariat de la Faculté du mardi 15 février au jeudi 10 mars 1881, tous les jours de une heure à quatre heures.

Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique, exposé de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, par A. NOTHNAGEL et M.-J. ROSSBACH, ouvrage traduit et annoté par le docteur J. ALQUIE, précédé d'une introduction par Ch. BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8[e] de XXXII, 860 pages. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La folie à deux ou folie simultanée, avec observation recueillies à la clinique de pathologie mentale (asile Sainte-Anne), par le docteur Emmanuel RÉGIS. In-8° de 94 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10770.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur doit être satisfait, l'ordre du jour de l'Académie a été exclusivement absorbé par les maladies parasitaires et les infiniment petits. Après les microbes *aérobies* trouvés dans la salive rabique, les microbes *anaérobies* de la septicémie, les bactéridies du charbon et de la pustule maligne, sont venues enfin les trichines, êtres d'ordre plus élevé, déjà sexués, se mouvant eux-mêmes, mais encore microscopiques et d'une fécondité sans bornes.

On s'est dernièrement ému, dans le public et dans le monde médical, de la découverte de trichines dans la chair de porc importée d'Amérique. M. Laboulbène, à cette occasion, vient de rappeler que la trichine avait déjà sévi en France, et d'inviter l'Académie à provoquer des mesures sanitaires contre ce danger imminent. La discussion qui s'est élevée à ce propos n'est point terminée, et nous avons encore à attendre avant de savoir si elle conduira à quelque résultat pratique.

Du reste, à ce qu'a raconté M. Bouley, le gouvernement n'est pas sans se préoccuper de cette grave question d'hygiène; on en a confié la solution à des commissions qui l'étudient avec un zèle infatigable. MM. Hillairet, Leblanc, Larrey ont ajouté qu'à Paris du moins on a dès à présent établi en principe l'inspection générale de toutes les viandes de porc, surtout de provenance américaine. Les nouveaux inspecteurs subissent des examens sur l'usage des microscopes, et, à ce que raconte M. Leblanc, les échantillons de viande trichinée abondent assez à Paris pour que chacun des candidats puisse faire montre de son savoir.

Or, et c'est un point sur lequel M. Chatin a insisté vivement à son tour, la quantité de viande de porc que l'Amérique nous envoie et qui entre en France dans l'alimentation publique va s'accroissant chaque année dans une proportion extrêmement rapide, et en trois ans elle se serait accrue de plus d'un quart. Actuellement, suivant M. Chatin, le chiffre atteindrait pour une seule année plus de 40 millions de kilogrammes, et, suivant M. Leblanc, si l'on en déduisait ce qui ne fait que traverser la France, ce chiffre dépasserait encore 34 millions de kilogrammes. Eh bien, une seule côtelette d'animal trichiné renfermerait, suivant le calcul de M. Chatin, plusieurs centaines de mille trichines, chaque couple de trichines, dans sa courte période d'activité sexuelle, donnerait naissance environ à 42 millions de petits. Quelle statistique effrayante! Quelques centaines de milliards de ces terribles animaux pour un déjeuner fort modeste.

Il est vrai que l'on peut éviter ce danger par une cuisson poussée fort loin; tout le monde est d'accord sur ce point, mais la divergence commence lorsqu'il s'agit de formuler une recommandation pratique. M. Laboulbène se borne à dire que la température centrale doit atteindre 75 degrés. MM. Colin, Depaul et Marotte voudraient que l'on en vînt à ce que ces indications fussent plus faciles à saisir dans les ménages, par les cuisinières. Quand la séance a été levée, la discussion portait sur ce point.

Incidemment, M. Jules Guérin avait soulevé la question de savoir d'où venait la trichinose des rats, s'il était prouvé que les rats donnaient la trichinose aux porcs. M. Colin a soutenu que la trichinose était toujours une maladie d'échange, que l'origine des trichines devait remonter sans doute à l'origine du monde, que de tout temps il y avait eu des rats, des porcs et des hommes trichinés, les rats contractant la trichinose en mangeant les chairs et les déjections des hommes et des porcs, les porcs en dévorant les rats, et les hommes en mangeant les porcs. M. Leroy de Méricourt ne s'est pas montré satisfait de cette théorie; il croit qu'on trouvera des trichines, soit sous leur forme bien connue, soit sous une autre forme, mais susceptibles de métamorphoses, dans le corps de petits insectes, qui la communiqueraient aux rats. Il admet du reste que la trichinose passe souvent inaperçue chez l'homme, et c'est là qu'il cherche l'explication de l'épidémie d'acrodynie qui a sévi violemment à Paris, il y a une cinquantaine d'années.

Les difficultés de diagnostic entre la trichinose et d'autres affections ont également motivé quelques réflexions de M. Bouillaud; le savant professeur craindrait que l'attrait du nouveau ne conduisît à admettre la trichinose quand il s'agirait simplement de fièvre typhoïde. M. Collin croit au contraire qu'on a pris bien souvent pour fièvre typhoïde des cas certains de trichinose.

Il est bien probable, en effet, que la trichinose existe en France depuis plus longtemps qu'on ne le croit; les empoisonnements par la chair de porc ont été souvent signalés, alors qu'on ignorait le nom de cette maladie; nous nous rappelons, pour notre part, que dès l'année 1852, étant allé un jour au cours de Payen au Conservatoire des arts et métiers, nous lui avons entendu développer pendant

toute une soirée, devant une foule d'ouvriers, les dangers de l'alimentation par la chair de porc; il citait des cas très-nombreux et parfaitement authentiques, quelques-uns tout à fait récents, de personnes empoisonnées, prises d'accidents intestinaux et succombant en quelques jours, à la suite d'un repas fait à la chair de porc. Nous arrivions alors à Paris comme étudiant, et nos souvenirs sont d'autant plus précis que nous avions été très-frappé des faits rapportés par M. Payen et du remarquable talent de ce professeur, si populaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Méningite cérébro-spinale épidémique.

I

Après vous avoir exposé l'histoire des grandes pandémies, celle des typhus anciens et modernes, de la fièvre typhoïde et de la fièvre récurrente, je suis amené à l'étude historique de la méningite cérébro-spinale épidémique, qui se rattache étroitement à ces dernières maladies.

La synonymie de cette affection est longue; tout au début, elle fut décrite sous les noms de *fièvre avec inflammation sourde du cerveau, typhus syncopal, typhus tétanique, purpura acuta epidemica*; en Angleterre, *spotted fever* (fièvre tachetée). Elle a été aussi appelée *typhus cérébro-spinal*, mais on la connaît généralement sous le nom de *méningite cérébro-spinale épidémique*.

Je vous donne la définition suivante : maladie aiguë, zymotique, infectieuse, contagieuse et revêtant facilement le caractère épidémique, caractérisée par une infection du sang et des troubles variés de l'appareil nerveux cérébro-spinal, montrant à l'anatomo-pathologiste la suppuration des méninges cérébro-rachidiennes et diverses autres altérations dans plusieurs organes, mais qui sont inconstantes.

C'est à Forestus, en 1545, qu'il faut remonter pour trouver une description se rapportant vaguement à la méningite cérébro-spinale épidémique, sous le nom de trousse-galant; un peu plus tard, Pasquier, Saalman, semblent y avoir fait allusion; mais tout ce que ces auteurs ont écrit à ce sujet est si confus qu'on ne peut en avoir qu'une simple présomption.

Un auteur remarquable par la sagacité de ses observations et la sévérité de son jugement, Marteau de Grandvilliers, a fait dans le *Journal général de médecine* (t. VIII) la description des fièvres malignes avec inflammation sourde du cerveau. Plus tard encore, sous le nom de fièvre cérébro-spinale ataxique, Vieusseux a décrit dans le journal de médecine de Corvisart, Leroux et Boyer (t. XI), sans aucun doute, la maladie dont nous nous occupons.

Beaucoup d'auteurs ne font remonter la description de cette affection qu'à l'épidémie de 1837 dans le département des Landes, où elle fut observée par Lamothe et Lespès. Cependant, en Amérique, cela ne me paraît faire aucun doute, elle a été décrite en 1849 dans la Nouvelle-Angleterre sous le nom de *spotted fever*, par Bard (Rhode-Island), par Williamson (Caroline du Nord).

Nous la trouvons également signalée en 1806 (Vermont, — Gallup, — Massachussets, — Welsch, Jackson, Varren). En 1812-1813, elle fait des victimes à Philadelphie, à New-Jersey, à Boston, où Guerhard l'a décrite; en 1816, à New-York, au Canada, à Québec; en 1823, elle est à Middleton; en 1828, elle ravage l'Ohio. De plus, pendant les années 1806 et 1807, Hufeland observe une épidémie de méningite cérébro-spinale sur les troupes prussiennes; elle se montre à Mayence pendant les années 1813 et 1814. Puis Comte la signale à Grenoble (1814) et Pratbernon, à Vesoul (1822).

A partir de cette époque, la méningite cérébro-spinale épidémique se disperse un peu partout en commençant par la France, et nous pouvons diviser ces dernières épidémies en trois périodes: une première période, française, de 1837 à 1854; une deuxième période, étrangère, de 1854 à 1866; une troisième période, de 1866 à nos jours.

Première période. — En 1837, le département des Landes est ravagé par la méningite cérébro-spinale épidémique, qui se montre près de Bayonne, à Dax, où elle a été parfaitement décrite. De Bayonne, l'épidémie s'étend vers l'est; les villes d'Auch, Foix, Narbonne, sont successivement envahies. D'autre part, vers le mois de décembre 1837, elle éclate à Bordeaux, à la Rochelle, à Rochefort, et enfin, la même année, elle apparaît à l'est et au sud, en particulier à Toulon. N'oublions pas que c'est cette année-là qu'eut lieu l'expédition de Constantine: le 26e régiment de ligne, qui était en garnison à Perpignan, et le 62e régiment de ligne, à Montpellier, où la maladie existait, partent pour l'Algérie et y transportent la méningite cérébro-spinale épidémique, qui ravage Constantine et s'étend à Sétif et à Batna, ainsi qu'à toute la colonie. Au camp de Douera, elle frappe mortellement seize hommes sur dix-sept du 17e léger, régiment qui avait fait le siège de Constantine.

En 1839, une nouvelle épidémie éclate à Nîmes et à Avignon, où elle règne pendant deux hivers consécutifs; puis, en 1840, Perpignan, Grenoble, Lyon, Pont-Saint-Esprit (Gard), sont également atteints. C'est de Lyon, en 1841, qu'un bataillon transporta la maladie à Marseille. Aigues-Mortes est cruellement ravagée; parmi la population civile, sur cent soixante malades atteints, cent vingt furent frappés mortellement.

En même temps, l'épidémie se déclarait au bagne de Rochefort, par importation venant de Bayonne. Puis le même régiment de Bayonne transporte la maladie à Chartres et à Versailles, aux portes de Paris. C'est alors que nous voyons l'ouest de la France ravagé par cette maladie; Saint-Cloud, Rambouillet, Le Mans, Château-Gontier, Joigny, Caen, Blois, Cherbourg, Nantes, Orléans, Tours, Périgueux, Tulle, Nantes sont atteints, puis, se dirigeant vers l'est, Metz, Strasbourg, Nancy, Colmar, Toul, payent aussi leur tribut à la méningite cérébro-spinale épidémique.

De 1843 à 1844, la maladie semble complètement disparaître, quand, en 1845, elle fait de nouveau son apparition et se trouve transportée à Constantine par un changement de garnison. Elle existe à Alger (1846-1847).

En 1845-46-47, Avignon, Lyon, Orléans, Metz, Paris, sont encore atteints, et, en 1851, Bourges et Toulon la voient dans leurs murs.

Si maintenant nous considérons la marche de ces épidémies, nous voyons que la partie centrale de la France a été épargnée, tandis que le nord, le sud, l'est et l'ouest en ont supporté les ravages.

Deuxième période. — De 1854 à 1866, la méningite cérébro-spinale épidémique sembla disparaître en France; dans le nord, au contraire, elle fit des ravages considérables. Citons aussi que, pendant les dernières épidémies françaises de 1851-52, l'Espagne fut prise à son tour: c'est de là que les

irradiations se dirigèrent vers l'Italie, le Danemark et les provinces du nord; c'est alors qu'eut lieu l'invasion si remarquable de la Suède.

Le sud de la Suède est envahi : Calmar est atteint, puis l'épidémie, partant de Blekinge, remonte encore plus vers le nord, frappe, en mars, trois mille personnes et fait huit cents victimes.

Une décroissance notable se fait sentir en été, mais avec l'hiver la maladie reprend sa marche ascendante en Ostergottland. Les militaires, qui semblaient frappés de préférence au début, ne sont plus seuls atteints : la population civile est cruellement éprouvée, surtout les enfants et les adolescents. La maladie frappa 458 communes.

Après la Suède, la Norwège est ravagée à son tour en 1859. A Optal, sur 29 malades, 14 meurent; l'épidémie sévit jusqu'en 1860 et diminue peu à peu d'intensité.

Enfin en Allemagne la maladie fit son apparition et régna pendant quelques années à Berlin, Stettin et Rastadt, puis à Bromberg; en un mot, au nord, à l'est et à l'ouest, autour de Berlin.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Traumatisme du cou-de-pied.

Un homme de soixante dix-sept ans, tombé dans la rue, nous est entré à l'hôpital après être resté trois jours chez lui, pour un traumatisme du pied et de la jambe. Il ne lui avait encore été fait que des applications d'eau froide.

A son arrivée, le pied était assez fortement dévié, la pointe en dehors, le bord externe relevé, le cou-de-pied tuméfié à sa partie externe, gonflement qui s'arrêtait brusquement au-dessus de la malléole externe. La partie interne du pied était déformée; la malléole, au lieu d'être effacée normalement, formait au contraire une saillie notable sous la peau. Une ecchymose existait des deux côtés, mais elle ne siégeait pas au même niveau, elle était plus prononcée à la face externe du pied, au niveau et au-dessus de la malléole externe, tandis qu'à la face interne elle s'étendait de la malléole interne à la plante du pied.

L'exploration de la malléole externe n'était pas très-douloureuse, mais, à son sommet et un peu au-dessus de sa base, il existait deux points très-nettement douloureux à la pression. L'exploration de la malléole interne n'était pas sensible, si ce n'est à son sommet.

Les mouvements du pied sont gênés, douloureux, et cet homme, après l'accident, n'avait pu ni marcher ni même se relever.

Si l'on saisit d'une main le pied tandis que l'autre maintient la jambe, on constate dans l'articulation des mouvements de latéralité considérables, et tels que l'astragale se rapproche ou s'écarte alternativement d'une façon notable. Dans ces mouvements, la malléole externe se plie en dehors et le sommet de la flexion se trouve un peu au-dessus de la base, d'où nous pouvons conclure à une fracture oblique du péroné, au niveau du col de la malléole avec déchirure du ligament latéral interne de l'articulation sans fracture du tibia.

Cette lésion, en apparence bénigne, ne doit cependant pas être abandonnée à elle-même, et elle est d'autant plus sérieuse qu'elle s'accompagne de déchirures ligamenteuses. Négligée ou mal soignée, la fracture se consoliderait en formant un angle obtus, ouvert en dehors, et en maintenant l'astragale éloignée d'un demi-centimètre, au moins de la malléole interne. Cette déformation au repos pourrait être sans inconvénient; mais, dès que le malade voudrait marcher, le pied aurait une tendance de plus en plus marquée à se porter en dehors, la claudication serait inévitable, et quelquefois même la marche serait impossible sans attelles métalliques maintenant le pied. Le pronostic d'une affection bénigne, si elle est convenablement soignée, peut donc devenir sérieux au point de vue de la marche.

Le traitement en est des plus simples. Il existe deux grandes variétés de traumatisme du cou-de-pied : la première caractérisée par l'abduction et la rotation du pied en dehors, la seconde par l'adduction et la rotation du pied en dedans. C'est dans la première que l'appareil inventé par Dupuytren, qui avait très-bien étudié ces affections, est excellent surtout lorsque la lésion se complique de déchirure de ligament interne. On applique à la face interne de la jambe un long coussin presque cylindrique, large de trois centimètres environ et plié en deux à son extrémité inférieure, afin de présenter au niveau de la malléole une épaisseur plus grande. Contre ce coussin on place une attelle, qui d'une part remonte au-dessus du genou, tandis que d'autre part elle doit descendre jusqu'à 10 centimètres au-dessous de la plante du pied. Enfin on maintient le tout au moyen d'une bande roulée. Une seconde bande en huit de chiffre autour du cou-de-pied est placée de façon à se croiser sur le bord externe et la surface externe du pied.

Cet appareil a pour but de ramener dans l'adduction et la rotation forcées en dedans et de réappliquer l'astragale contre la malléole interne dont elle tend à s'écarter.

Tel est l'appareil que j'applique aussitôt après l'accident, pour le remplacer au bout de quatre ou cinq jours par un appareil plâtré. Celui-ci demande à être surveillé avec soin à cause des défectuosités qu'il peut présenter, et qui, si elles persistaient, empêcheraient d'atteindre le but que l'on se propose.

La consolidation est assez longue à se faire, et le membre doit être maintenu dans l'immobilité absolue pendant quarante jours au moins, quand la lésion se complique de déchirure du ligament latéral interne; mais, si la fracture du péroné est simple, la durée de l'immobilisation sera un peu moindre.

Sans vous décrire anatomiquement l'articulation tibio-tarsienne, je me bornerai à vous faire remarquer la brièveté du ligament latéral interne et son épaisseur considérable qui n'est pas moindre de 5 à 6 millimètres. Dans le mouvement d'abduction simple avec rotation en dehors s'arrêtant au premier degré, la tension forcée du ligament latéral interne et le rapprochement exagéré des os produisent l'entorse. Mais, si les mouvements sont portés plus loin, le péroné se fracture, l'astragale entraînée vient s'appuyer contre la malléole externe, la pointe du pied est portée en dehors et il y a fracture par divulsion au niveau du col de la malléole compliquée d'un peu d'entorse : c'est là ce qui constitue le traumatisme du second degré.

Enfin un traumatisme plus violent encore caractérise le troisième degré; c'est alors que se produit la déchirure du ligament latéral interne, le pied est presque luxé sur la jambe, la peau est fortement tendue par la malléole interne. Au point de vue du pronostic il est très-important de distinguer la fracture par divulsion sans arrachement du ligament de celle qui se complique de la déchirure ligamenteuse.

Outre ces trois degrés que nous venons de vous indiquer, il peut encore exister d'autres variétés. C'est ainsi que quelquefois on constatera la déchirure seule du ligament latéral interne sans fracture du péroné. Quelques auteurs même ont prétendu, s'appuyant sur ce fait, que la déchirure précédait toujours la fracture ; mais l'anatomie pathologique démontre nettement que cette opinion est erronée. D'autres fois il se produit une fracture par arrachement du sommet de la malléole interne, tandis que le ligament résiste à la distension dont il a été l'objet. Dans d'autres cas encore il n'y a ni déchirure ni arrachement de la malléole, et la fracture se produit au niveau de l'épiphyse ; mais le mécanisme est toujours le même, par des mouvements combinés et forcés d'abduction et de rotation en dehors.

Dans les cas où le traumatisme a été considérable, la peau violemment distendue peut se modifier, ou bien encore se rompre, l'articulation peut être ouverte, le tibia peut perforer la peau, et le pied enfin peut être porté complètement en dehors.

Ce quatrième et dernier degré dans les traumatismes du cou-de-pied est très-grave, surtout si dès le début on n'a pas appliqué les méthodes actuelles du pansement antiseptique qui permet d'éviter certains accidents, et facilite la cicatrisation de la plaie sans complication.

Enfin je dois vous citer une dernière fracture du péroné, la fracture dite par diastase, qui ne se produit plus, comme les précédentes, par les deux mouvements combinés d'abduction et de rotation en dehors, mais bien par un simple mouvement d'abduction. Dans ces conditions les ligaments péronéo-tibiaux sont déchirés, le péroné se sépare du tibia, il y a diastase véritable, le péroné se tord légèrement sur lui-même et la fracture se produit à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen.

Telles sont les différentes variétés de fractures auxquelles les traumatismes du cou-de-pied peuvent donner lieu.

MALADIES CONTAGIEUSES ÉPIDÉMIQUES

MOYEN D'ARRÊTER LEUR PROPAGATION

Par M. le docteur LATAPIE.

1. J'appelle « maladies contagieuses épidémiques » des maladies d'une évolution régulière, à symptômes spéciaux, sévissant ordinairement sur un grand nombre d'individus à la fois, et qu'on distingue des endémies en ce qu'elles se transmettent, loin du lieu d'origine, d'un individu malade à un individu sain.

2. Je ne traiterai ici que des maladies à contagion médiate, c'est-à-dire se communiquant en dehors d'un contact direct : j'élimine donc les affections comme la gale, la syphilis, etc., qui exigent pour leur transmission un contact immédiat et plus ou moins prolongé. J'ai principalement en vue la variole, la rougeole, la scarlatine, la diphthérie, la peste, etc. C'est, du reste, à ces affections que, dans le langage vulgaire, on applique le nom générique d'épidémies.

3. Notre travail ayant pour objet l'étude générale de ces maladies, envisagées comme une classe ou une famille d'histoire naturelle, nous n'avons pas à nous occuper des traits particuliers qui les distinguent les unes des autres ; leur étiologie, leur marche, leur terminaison, seront laissées de côté. C'est seulement par les points qui leur sont communs, par les caractères qui se trouvent en chacune, que nous allons les étudier.

4. Le principal de ces caractères généraux se trouve dans leur propriété de se communiquer à distance, phénomène capital, qui nous sert de trait d'union entre des affections de nature diverse, mais sur lequel il me paraît nécessaire d'insister, parce qu'il est la cause effective des effroyables ravages de ces épidémies, la source réelle de leurs dangers. Il est toujours facile en effet de se préserver d'un mal qu'on ne prend que par un contact immédiat, il suffit d'être averti ; mais comment se prémunir contre un coup invisible, comment se garantir d'un péril que rien ne fait connaître ?

C'est le souvenir des malheurs passés, la crainte de ceux qui peuvent fondre sur nous à tout instant, qui ont inspiré cet essai.

5. Je ne m'attacherai pas à prouver ce fait de la contagion médiate, parce qu'il est aujourd'hui universellement admis, et je ne m'occupe que des maladies où il existe clairement. Mais ce fait seul implique à la fois et l'existence propre d'un principe morbide spécifique, ou contage, et le transport de ce contage de l'individu malade à l'individu contaminé. Il serait puéril, dans l'état actuel de la science, de croire à une influence mystérieuse et occulte, ou de nier l'existence du germe, parce qu'il n'est pas encore isolé.

6. Or, ces deux points bien établis, existence d'un germe spécial et passage de ce germe d'une personne à une autre, sans qu'il y ait de contact entre elles, on est forcé de convenir que ce transport a lieu nécessairement par l'intermédiaire de l'air, et dès lors nous pouvons chercher dans les lois connues de la physique la clé de ce phénomène impénétrable jusqu'ici.

7. La physiologie nous enseigne d'abord que l'absorption du contage, condition indispensable de son action, ne peut pas se faire par la surface cutanée ; l'absorption par la peau est nulle, ou du moins, lorsqu'elle a lieu, elle est toujours très-faible et nécessite des conditions particulières qu'on ne rencontre pas dans l'espèce.

Le contage pénètre donc dans l'économie par une muqueuse ; il ne peut s'introduire que par l'ouverture des muqueuses pulmonaire et digestive.

8. De cette particularité, nous pouvons déduire qu'au moment de l'absorption le contage se trouve dans l'air à peu près au niveau de notre tête, qu'il y flotte, c'est-à-dire que sa pesanteur spécifique ne s'éloigne pas beaucoup de celle de l'air. En effet, s'il était sensiblement plus lourd, il tomberait sur le sol et y resterait fixé ; plus léger, il s'élèverait assez haut pour être sans danger.

9. Dans un air absolument immobile, le contage se tiendrait à un niveau en rapport avec sa densité, comme tout corps plongé dans un fluide. Mais, on le sait, l'air n'est nulle part immobile, partout et toujours il se meut sous des influences multiples, seulement avec des vitesses bien différentes.

10. Lorsque ce mouvement n'atteint pas une vitesse de 50 centimètres par seconde, il est complètement insensible à nos organes, et cependant, bien au-dessous de ce chiffre, à une simple vitesse de 3 ou 4 centimètres par seconde, l'air, vu l'égalité de densité, entraîne avec lui les contages qui y sont suspendus. Ce courant, insaisissable pour nous, est pour eux ce qu'est le vent pour les graines végétales qu'il enlève et va semer au loin.

11. Les contages, une fois détachés de l'individu malade sous une impulsion quelconque et libre, flottent donc dans l'air en en suivant les mouvements ; ces mouvements, tantôt réguliers, tantôt irréguliers en vitesse et en direction, les accumulent en certains points ou les dispersent au contraire de tous côtés. Cela dépend des courants, et ainsi s'explique parfaitement cette bizarrerie apparente que, parmi les personnes exposées à la contagion, toutes ne sont pas frappées.

12. Il n'y a point là d'immunité inexplicable, mais simplement défaut d'absorption du poison. Nous le frôlons peut-être, nous passons à côté ; mais, s'il est en dehors de ce cône d'air aspiré que nous attirons dans la poitrine dix-huit fois par minute, s'il ne pénètre pas avec cet air, il est comme s'il n'existait pas.

13. Il est évident que le voisinage d'un malade sera toujours plus dangereux, les contages s'y trouvant plus accumulés dans un même volume d'air. Mais le danger peut exister à une certaine distance. S'il diminue avec l'éloignement, c'est que les contages se dispersent, que mille objets les arrêtent dans leur course et que la nature est probablement modifiée par les agents atmosphériques.

14. On ne saurait contester tous ces principes, qui reposent sur les lois les plus formelles de la physique. Mais, après avoir satisfait notre curiosité, ils vont nous fournir un moyen précieux de préservation, et c'est surtout pour cela que je les ai développés un peu longuement. Ce moyen, le voici :

15. Durant toute la période de contagion, on entoure le lit du malade d'un cadre, qu'on peut faire tout simplement avec quelques lattes recouvertes de papier collé. On forme ainsi une espèce de chambre close, en ménageant seulement à la droite du malade une fenêtre suffisante pour lui donner les soins nécessaires.

Au plafond de ce cadre, du côté opposé à la fenêtre, on fixe une lampe, dont le foyer aspirera l'air de cette petite alcôve. Il s'établit ainsi, par cet appel régulier, un courant continu d'air, allant toujours dans le même sens, de la fenêtre à la lampe, courant qui emportera avec lui, d'après ce que nous avons dit, les germes détachés du malade.

16. La lampe étant encastrée de façon que tout l'air aspiré passe sur la flamme, les contages soumis ainsi à une température de 500 à 600° vont se décomposer et se transformer en principes inoffensifs. Le feu, a dit Van Helmont, détruit toute semence.

17. Par ce moyen, les germes sont annihilés et ne peuvent en aucun cas se répandre dans l'atmosphère ; partant, plus de contagion possible. Il faut considérer cependant que dans certains cas les contages s'arrêteront sur les parois de l'alcôve, sur les pièces de la literie ; dans certaines affections, je citerai la fièvre jaune comme exemple, les contages peuvent se trouver dans les excrétions diverses que l'on emporte habituellement assez vite de la chambre du malade et qui peuvent constituer ailleurs des foyers d'infection.

Il importe donc, si l'on tient à une sécurité complète, que tous les objets qui touchent au malade soient désinfectés aussitôt qu'ils sont enlevés à l'action du courant déterminé par la lampe. Et, à mon avis, le meilleur procédé de désinfection est de plonger tous ces objets dans l'eau bouillante pendant au moins une heure.

18. A ces conditions, le résultat ne peut être douteux, et il se rencontre que ce procédé, le seul peut-être réellement efficace, est en même temps dans son application plus facile et plus simple que tout ce qu'on a conseillé jusqu'ici.

19. Sans remonter l'histoire, sans passer en revue tout ce qu'on a imaginé depuis Hippocrate, je veux analyser et scruter un peu le moyen qu'on prône de tous côtés maintenant, savoir, l'isolement.

L'isolement est-il praticable d'une manière générale ? Non, je ne crains pas de le dire, mille causes diverses, mille difficultés insurmontables l'empêcheront partout. Comment séparer une mère de son enfant, une sœur de son frère ? Où trouver les locaux et le personnel spécial nécessaires ?

20. Enfin, fût-il possible, son efficacité n'est que relative ; l'isolement ne détruit pas les germes, comme la combustion, il les éloigne seulement. Il diminue le danger de la contagion, mais il ne le détruit pas absolument.

21. L'isolement constituerait un progrès sérieux sans doute ; mais, outre qu'il ne peut être réalisé, il ne fournit pas une solution complète et satisfaisante du problème, comme celle que je soumets humblement à l'appréciation de mes confrères.

22. Et la question est de tous les jours ; à Paris, dans l'état normal, 60 à 70 personnes succombent toutes les semaines aux maladies contagieuses, ce qui donne dans l'année près de 4,000 victimes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de remerciement de M. Billot, récemment élu membre correspondant ; 2° une lettre de M. Oré (de Bordeaux), qui se porte candidat au titre de correspondant national.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LABBÉ dépose sur le bureau, au nom de M. Oré, un cerveau humain recouvert par galvanoplastie d'une couche mince de cuivre et une *Nouvelle note sur l'application de la galvanoplastie à la conservation des centres nerveux.*

DISCUSSION

Traitement de la pustule maligne. — M. TRÉLAT, à propos de la dernière communication de M. Verneuil, communique l'observation d'une jeune femme de chambre atteinte d'une pustule maligne de la région sterno-mastoïdienne, et qui, entrée à l'hôpital le huitième jour dans l'état le plus grave, fut parfaitement guérie par un traitement consistant en une cautérisation profonde de la partie escharifiée jusqu'à et y compris la région des pustules, et en une série d'injections sous-cutanées, de trente gouttes chaque, d'acide phénique dilué au centième. Le premier jour on avait pratiqué quatre injections de ce genre, le lendemain dix, le surlendemain vingt, et le quatrième jour quatre. On fit prendre alors à la malade une solution de 50 centigrammes d'acide phénique.

Cette guérison prouve qu'il n'est pas indispensable de recourir au traitement compliqué de M. Verneuil, et qu'on peut très-bien se passer des cautérisations en flèches dans la zone d'induration.

M. VERNEUIL répond que son traitement n'est pas aussi compliqué qu'on veut bien le dire. Les cautérisations en flèche n'ont pas d'inconvénients et elles sont efficaces. Elles ne laissent, pour ainsi dire, pas de traces. Déjà, aujourd'hui, au bout de de dix-huit jours, on voit à peine où elles ont siégé chez le petit malade dont l'observation a été lue à la séance de mardi dernier. M. Verneuil présente un dessin indiquant l'état de ce malade avant le traitement.

Il a fallu enlever, à l'aide du thermocautère, toute la surface mortifiée de la paupière. Eh bien ! il n'y aura pas même d'ectropion. Le résultat de cette méthode complexe est donc des plus satisfaisants, et la guérison aura été extrêmement rapide. Dès le lendemain, la fièvre tombait.

Quand on se borne aux injections seules, il s'en faut bien que l'on obtienne des résultats semblables. Le plus souvent on échoue.

M. DAVAINE dit que les injections sous-cutanées peuvent suffire quand elles sont bien faites, et qu'elles ont suffi dans plusieurs cas.

COMMUNICATION SUR LA TRICHINOSE

M. LABOULBÈNE lit un travail intitulé : *Relation de la première épidémie de trichinose observée en France.*

Il rappelle, dans tous ses détails, l'épidémie de Crespy-en-Valois, dans laquelle, sur vingt et un individus qui avaient mangé de la viande d'un porc trichiné, une jeune fille de quatorze ans a succombé après avoir présenté des accidents d'apparence typhique avec complication de broncho-pneumonie ; seize autres personnes ont été plus ou moins gravement malades (diarrhée, œdème, douleurs musculaires, etc.) ; quatorze seulement sont restées indemnes.

Ayant cherché la cause première de cette épidémie, il en est venu à la conviction que le porc en question avait été contaminé en mangeant un rat trichiné. Il rappelle à cette occasion que M. Vulpian et lui-même ont plus d'une fois constaté la présence de la trichinose chez les rats, et particulièrement ceux d'égout.

Après un assez long historique de la question, M. Laboulbène conclut en disant :

1° Il y a lieu de répéter que le moyen de rendre inoffensive la viande trichinée est une cuisson suffisante pour que la température de la partie centrale des gros morceaux ou quartiers atteigne 75 degrés centigrades.

2° De plus, contrairement à l'opinion de Delpech émise en 1866, il y a lieu de recommander à qui de droit d'organiser un système de mesures d'hygiène publique, principalement une inspection générale des viandes suspectes au moyen du microscope.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 février 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATIONS

Maladies régnantes. — M. BESNIER. Dans les trois derniers mois de l'année 1880 la mortalité générale des hôpitaux et hospices civils a été supérieure de plus d'un dixième à la mortalité moyenne de la même période des neuf années précédentes, mais inférieure au trimestre correspondant de 1879. Considérée dans l'année entière, la mortalité générale a été excessive.

Affections des voies respiratoires. — La bénignité de la première partie de cet hiver a coïncidé avec une diminution considérable du mouvement dans les hôpitaux pour les affections des voies respiratoires, comparé au mouvement de la même période de l'année précédente (hiver excessif). 947 pneumonies dans le dernier trimestre de 1879, 444 seulement dans le dernier trimestre de 1880.

Diphthérie. — Depuis 1877, époque à laquelle la mortalité par la diphthérie a atteint son maximum le plus élevé auquel elle soit jamais parvenue, il s'est produit un abaissement peu considérable, mais positif; toutefois l'année 1880 présente un excédent sur 1879 qui ne répond pas à ce que nous avions prévu. En 1877, 2,393 décès; en 1878, 1,995; en 1879, 1,977; en 1880, 2,033. La diphthérie, dont la mortalité est supérieure à celle d'aucune autre affection, est la maladie funeste par excellence. La mortalité par la diphthérie, avec ou sans croup, est toujours effroyable (plus de 65 pour 100 dans les hôpitaux) et montre que cette maladie n'a pas encore bénéficié du progrès de la thérapeutique et de l'hygiène. Il résulte des statistiques que la morbidité et la mortalité de la diphthérie sont plus grandes pour les garçons que pour les filles, pour les hommes que pour les femmes; il semblerait, au contraire, que les mères, en raison de la contagion, dussent être frappées davantage.

Fièvres éruptives. — Les statistiques relevées dans l'année 1880, relativement aux fièvres éruptives, continuent la démonstration des lois épidémiologiques propres à ces affections. La *rougeole* atteint son hypogée en hiver, se relève au printemps, arrive à son paroxysme en été pour décliner en automne.

La *variole*, après avoir subi une exacerbation intense pendant l'hiver, époque normale de paroxysme, a décliné durant l'été et s'est abaissée pendant le dernier trimestre au-dessous du niveau atteint l'année précédente. Toutefois le paroxysme a été intense et le chiffre total des décès par variole est considérable (2,130). Ce chiffre est notablement supérieur à celui des huit années précédentes. Ces écarts extraordinaires, ces oscillations brusques, qui n'appartiennent qu'à la variole, restent inexpliqués. Deux hypothèses sont en présence: ou bien les conditions locales, telluriques, favorables à la germination variolique s'accentuent ou s'affaiblissent; ou bien les germes varioliques disséminés ne sont pas toujours doués d'un même degré d'activité. Les statistiques montrent que le coefficient mortuaire s'accentue dans son élévation ou dans son abaissement, que la morbidité elle-même s'élève ou s'atténue et qu'il subit un affaissement brusque au déclin du paroxysme épidémique.

La *scarlatine*, en 1880, pour la première fois depuis un grand nombre d'années, a repris numériquement un rang de quelque importance dans la série des fièvres éruptives. C'est là un fait d'autant plus important que la léthalité de la scarlatine est bien supérieure à celle de la rougeole.

Fièvre typhoïde.— Malgré le degré extrême de son anomalie évolutionnelle, malgré les aberrations considérables de sa morbidité, la fièvre typhoïde a conservé la marque saisonnière dans son coefficient mortuaire.

Affections puerpérales. — Une épidémie de fièvres puerpérales à Lariboisière a permis à M. Siredey de constater que depuis l'évacuation et la désinfection des femmes en couches l'état sanitaire s'est instantanément modifié de la manière la plus heureuse et que la morbidité y a diminué d'une façon considérable, puisque, au lieu de 1 malade sur 6 accouchées, comme cela existait depuis dix-huit mois, il ne s'en trouve plus que 4 pour 100 dans les trois mois qui ont suivi la réouverture du service.

Recherches sur la cantharidine. — M. CORNIL. Si l'on injecte sous la peau ou dans l'estomac d'un animal de la cantharidine, presque immédiatement se produit un empoisonnement général qui se traduit par de la néphrite, de la congestion pulmonaire, bronchique et laryngienne, de l'entérite. M. Cornil décrit les lésions macroscopiques et microscopiques que l'on constate du côté des reins, des poumons, des bronches, de la trachée et de l'intestin.

Scrofule et tuberculose. — M. KRINER. La clientèle militaire se composant de jeunes gens passés au crible de la révision, on a peu d'occasions de constater chez eux des accidents graves de scrofule. Quelques-uns succombent à la tuberculisation. L'étude de M. Kriner porte sur trois ordres de recherches: les lésions anatomiques, les symptômes et les causes.

Si l'on examine ce qui se passe dans une tumeur blanche, on constate trois phases distinctes de la marche de cette affection dans l'os par exemple: dans une première phase, on constate la disparition des trabécules, la formation de séquestre, la constitution d'une caverne; dans la seconde phase, on voit se former des granulations, les unes petites, molles et rosées, ce sont des bourgeons de bonne nature; d'autres plus grosses et plus pâles, ce sont des fongosités; puis apparaissent des points opaques (follicules de Koster) et la dégénération tuberculeuse. Dans la troisième phase, c'est la cicatrisation ou la réparation. Si l'on compare ce processus à celui des tubercules pulmonaires, on constate entre eux une analogie complète. Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a donc identité absolue entre les deux ordres de faits.

Au point de vue clinique, M. Kriner s'attache à démontrer, par une série d'arguments empruntés à la clinique militaire, que l'analogie n'est pas moins complète ni moins évidente.

Enfin, au point de vue des causes, il y a la prédisposition héréditaire, les influences de milieu, le climat, etc., et surtout, et c'est là, suivant M. Kriner, la cause la plus importante, la contamination. Si cette opinion n'a pas encore réuni tous les suffrages, il n'est pas douteux, selon lui, qu'elle n'y arrive dans un temps plus ou moins prochain. M. Kriner a cherché, par un grand nombre d'expériences sur les cobayes, à résoudre cette question: l'inoculation du tubercule peut-elle donner la scrofule, et, réciproquement, l'inoculation de produits de nature scrofuleuse peut-elle donner la tuberculose? Nous n'avons pas obtenu, dit M. Kriner, chez le cobaye d'affection scrofuleuse. Mais tous les animaux inoculés ont succombé dans l'espace de quatre mois avec des phénomènes de généralisation. Après l'injection de matière tuberculeuse dans le péritoine, celui-ci, dès le quatrième jour, se recouvre de taches opalines; puis se forment des nodules; les ganglions du mésentère se prennent, puis la plèvre et les ganglions du médiastin; bientôt après la généralisation est complète, et l'on a devant soi l'image de la tuberculisation miliaire aiguë. Qu'il s'agisse de tubercules, de matières provenant d'une tumeur blanche, d'un abcès tuberculeux ou d'un lupus tuberculeux, l'inoculation de ces diverses substances donne toujours lieu à des phénomènes de généralisation.

Après une série d'arguments et de faits empruntés à ses recherches anatomiques, cliniques ou expérimentales, M. Kriner arrive à cette conclusion générale entre la tuberculisation pulmonaire et la tuberculisation osseuse, par exemple, entre certaines manifestations de la scrofule et la tuberculose.

Abcès périnéphrétiques. — M. RENDU présente deux malades qui ont été atteints d'abcès périnéphrétiques et chez lesquels la guérison a été promptement obtenue par l'ouverture et les pansements phéniqués.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 février 1881, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Aude.

Au grade de médecin principal : M. Friocourt.

— M. le docteur Dechambre vient d'offrir à la bibliothèque de Sens, sa ville natale, un exemplaire du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* avec la note manuscrite suivante :

« J'offre cet ouvrage à la ville de Sens, comme un témoignage de reconnaissance pour l'instruction que j'ai reçue gratuitement dans son collège, et comme un hommage à la mémoire de mon père, dont un acte de dévouement accompli en 1814, au prix de sa vie, et mentionné sur les registres de la municipalité, m'a valu cette précieuse faveur. »

— Un concours pour la chaire de pathologie chirurgicale, manuel opératoire, ferrure et clinique vacante à l'école vétérinaire de Lyon, s'ouvrira le 30 mai 1880 devant ladite école.

— Une position médicale est à prendre à Vellexon (Haute-Saône).

Contribution à l'étude de la maladie d'Addison, par le docteur Poirier. In-4° avec deux planches en chromolithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Société des sciences médicales de Gannat, compte-rendu des travaux de l'année 1879-1880, 34e année. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10791.

N° 21. — SAMEDI 19 FÉVRIER 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 19 FÉVRIER 1881. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La syphilis dans le mariage ; traitement.

Tout ce qui a été dit dans les deux précédentes Revues sur la syphilis dans le mariage devait conduire nécessairement à la question du traitement. C'en est à la fois la sanction et la conclusion naturelle.

Le traitement de la syphilis, considéré au point de vue du mariage, d'un mariage projeté ou prévu ou d'un mariage accompli, ne saurait être différent au fond de ce qu'il doit être dans les conditions communes ; il est subordonné aux mêmes indications basées sur l'âge de la maladie, sur le degré d'évolution où elle est arrivée, sur le degré d'intensité des accidents par lesquels elle se manifeste, etc. Tout syphilitique, qu'il soit célibataire, marié ou mariable, a droit aux mêmes soins et aux mêmes garanties de guérison. Cependant, si nous le considérons ici à ce point de vue spécial, c'est que des conditions inhérentes au mariage naissent des circonstances qui obligent à certaines précautions, à certains ménagements particuliers ; c'est qu'il importe ici, bien plus encore que dans les circonstances communes, non-seulement de combattre avec efficacité les phénomènes morbides actuels, mais encore de prévenir les conséquences funestes que pourrait avoir dans l'avenir, pour un ménage, une syphilis incomplètement ou mal traitée.

C'est donc, à la fois, un traitement approprié à l'état particulier du malade et un traitement suffisant, c'est-à-dire suffisamment actif et suffisamment prolongé pour le garantir contre les retours agressifs et les dangers de contamination, qu'il s'agit d'instituer.

Que faut-il entendre par un traitement approprié et par un traitement suffisant ? C'est ce que nous allons examiner.

Traitement approprié ; traitement spécifique.

Ce n'est pas ici le lieu ni le moment de renouveler la querelle entre mercurialistes et antimercurialistes, qui a eu un de ses derniers et de ses plus retentissants échos dans la discussion de la Société de chirurgie, en 1867. Il nous suffirait, au besoin, de rappeler ici l'appréciation qu'en fit à cette époque Montanier dans les colonnes de ce journal et les conclusions très-sages formulées à cette occasion par notre regretté collaborateur. Elle peut être résumée en quelques mots. Bien que nous ne sachions pas le premier mot sur la manière dont agit le mercure dans l'économie, bien que, lorsque après son administration les phénomènes syphilitiques ont disparu ou ont été notablement amendés, nous soyons dans l'impossibilité de démontrer d'une manière certaine que c'est réellement le mercure qui a produit cet effet, l'expérience est là, expérience empirique, mais expérience séculaire, appuyée d'un témoignage presque unanime qui nous dit : Oui, sans doute, la syphilis peut à la longue guérir quelquefois d'elle-même. Mais qui oserait s'y fier ? Nous ajouterons, surtout dans les circonstances en vue desquelles nous posons ici la question. Or, si le mercure n'est pas toujours rigoureusement indispensable, s'il n'a pas toujours l'efficacité complète, absolue qu'on en pourrait désirer, existe-t-il un autre médicament capable de guérir ou d'amender cette affection ? est-il une autre médication que la médication mercurielle aidée de la médication iodique, qui mérite réellement plus qu'elle la qualification de médication antisyphilitique ?

Nous pourrions invoquer ici le témoignage de tous les maîtres en syphiliographie, depuis les Jean de Vigo et les Nicolas Massa, du seizième siècle, jusqu'aux chefs actuels des écoles du Midi, de Lourcine et de Saint-Louis, en les désignant par le menu, si nous ne craignions de ressembler un peu trop à certain argumentateur des *Provinciales*... Mieux vaudrait citer, en témoignage de l'efficacité de la médication spécifique, si ce n'était pas encore trop long, quelques exemples pris au hasard parmi les faits nombreux disséminés dans les ouvrages classiques et dans les recueils médicaux, notamment parmi ceux qui touchent à notre sujet, des faits de syphilis transmise par le mari à sa femme et à ses enfants. C'est surtout dans les faits de cet ordre, qui ont pu être constatés, non par les spécialistes seulement, mais par tous les accoucheurs et tous les praticiens, qu'on trouve la preuve la plus manifeste de l'efficacité de la médication mercurielle. L'influence de cette médication chez des parents syphilitiques, sur les résultats de la grossesse et sur la prévention de la contamination de l'enfant, est certainement un des faits médicaux les mieux établis. Tout récemment encore, M. Depaul, dans une de ses cliniques, rapportait un exemple extrêmement remarquable d'une femme infectée par son mari, qui eut une fausse couche à sa première grossesse, un enfant venu à terme, mais mort, à sa deuxième grossesse, alors qu'elle et son mari avaient déjà

commencé le traitement spécifique, et qui, grâce à la continuation de cette cure, a accouché depuis de plusieurs enfants venus à terme et parfaitement sains.

Nous croyons donc, malgré quelques résistances devenues de plus en plus rares, pouvoir considérer comme parfaitement établi que c'est le traitement spécifique, c'est-à-dire le traitement mercuriel et iodique combiné, qui offre le plus de garantie contre les risques personnels et les risques de propagation de la syphilis dans les familles, et qui est, par conséquent, le mieux approprié aux cas qui nous occupent.

Étant donc admis que la condition essentielle, capitale, à remplir pour tout sujet syphilitique aspirant au mariage, réside dans un traitement spécifique sérieux et suffisant à conférer une immunité complète relativement aux dangers de la syphilis dans le mariage, voyons, avec M. Fournier, en quoi doit consister ce traitement suffisant, suffisamment protecteur.

Traitement suffisant; méthode de M. Fournier.

Le traitement suffisant, pour M. Fournier, est celui qui a pour base l'administration du mercure et de l'iodure de potassium, à doses véritablement actives, et qui est réglé suivant une certaine méthode, qu'il appelle méthode des traitements successifs ou intermittents. Il consiste, comme on l'a déjà vu dans l'exposé que nous en avons fait le 15 janvier dernier, en : 1° deux mois de mercure, un mois de repos ; 2° deux mois de mercure, trois mois de repos ; 3° six à huit semaines de mercure, quatre à cinq mois de repos ; 4° quatre ou cinq semaines de mercure, etc., et ainsi de suite pendant deux ans et demi environ, ayant toujours la précaution de faire succéder à chaque stade de traitement actif un stade intervallaire de repos et de désaccoutumance, l'accoutumance pour le mercure s'établissant généralement au bout de deux mois.

« Longue, très-longue doit être la médication, dit-il, si l'on ne se contente pas de lui demander seulement un effet actuel, si l'on veut en obtenir une action d'ensemble et d'avenir. » Il est faux, suivant lui, qu'on en ait fini avec la vérole après un traitement de quelques mois, d'une année, de deux années même. Ce sont là des traitements qui ne fournissent rien de plus qu'une immunité provisoire, laissant subsister la diathèse avec tous ses dangers futurs, avec l'imminence fatale d'accidents tertiaires à longue portée. En aucun cas, la durée d'un traitement antisyphilitique ne doit être abaissée au-dessous de trois à quatre ans, minimum nécessaire, à son avis.

Encore indique-t-il comme prudent qu'au-delà de ce terme, le malade se soumette de temps à autre, tous les deux ou trois ans, par exemple, à une nouvelle cure iodurée.

Combiné avec le temps, le traitement spécifique de la diathèse constitue, aux yeux de M. Fournier, la meilleure garantie en faveur du sujet syphilitique qui aspire au mariage. Le temps, d'une part, et le traitement, d'autre part, voilà, dit-il, sans contredit, les deux grands correctifs de la vérole.

Des objections ont été faites à ce programme. Parmi les critiques de la méthode de M. Fournier, nous allons retrouver au premier rang M. Diday.

Prise à la lettre, strictement exécutée, dit M. Diday, cette méthode désarmerait en réalité le praticien du secours sur lequel il a souvent besoin de pouvoir compter. Qu'on se figure, en effet, un client à qui l'on fait une pareille prescription, et encore sans l'assurer qu'au bout de ces quatre ans d'épreuve il sera parvenu à ses fins. Ce terme ne semblera-t-il pas pour beaucoup l'équivalent d'une renonciation? Combien ne seront-ils pas découragés avant le terme? N'y en aura-t-il pas même qui passeront outre sans avoir tenté l'aventure? Et dans ce cas que ne peuvent pas être les conséquences de l'indocilité ou du découragement?

Une autre critique plus grave encore a été dirigée contre le traitement institué par M. Fournier ; elle repose sur la mercurialisation à l'excès considérée comme cause possible ou probable des accidents des centres nerveux attribués à la syphilis elle-même. D'une enquête faite sur ce sujet par M. le docteur Louis Jullien, qui en a consigné les résultats dans ses *Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire* (1874), il ressortirait que, sur cinquante-neuf cas de syphilis tertiaire appartenant à des syphilis non traitées par le mercure, il n'a été observé qu'un seul cas d'affection du cerveau, — encore ce cas a-t-il été donné comme douteux à cause de l'âge du sujet, — tandis que, sur cent cinquante-neuf cas de syphilis tertiaire traitée par le mercure, il a été constaté vingt-trois cas d'affection du cerveau.

M. Langlebert, dont nous avons signalé dans le temps et rappelé au début de cette étude les intéressantes recherches sur cette importante question et qui est intervenu tout récemment dans ce débat par une brochure intitulée *Syphilis et mariage* (1), publiée à l'occasion même du livre de M. Fournier, a fait à cette médication à peu près les mêmes objections. Il convient qu'il y a des véroles qui, bien que légères en apparence, résistent et se prolongent au-delà des quinze ou dix-huit mois de durée ordinaire de la syphilis commune, qu'il en a vu persister, en dépit de ses efforts, deux, trois et quatre ans même. Mais ces faits, qui justifieraient la méthode, ne sont pour lui que de très-rares exceptions. Le plus ordinairement, des traitements de quinze à dix-huit mois sont nécessaires, mais suffisants. Deux causes principales, suivant lui, emprisonnant M. Fournier comme en un cercle vicieux, l'ont conduit à cet *outrancisme hydrargyrique*, ainsi que M. Diday a qualifié sa méthode : l'idée qu'il a eue de soumettre son traitement à une sorte de réglementation, lui imposant une série d'arrêts et de reprises alternatifs à dates fixes, et le fait des doses massives qui, par leur excès même, tout en exposant les malades aux dangers du remède, les prive quelquefois de son effet.

Sans avoir qualité pour défendre la méthode de M. Fournier, nous devons dire ici que cette méthode, ainsi formulée d'une manière générale et en quelque sorte en principe, comme le fait un homme qui parle *ex cathedrâ*, n'est cependant, en réalité, ni aussi absolue ni aussi aveugle que sembleraient l'indiquer les termes de ses critiques. Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans le court exposé que nous en avons donné, cette méthode doit se plier aux exigences de chaque cas particulier, le médecin devant tenir compte du tempérament, de la constitution et de l'état diathésique du sujet.

M. Fournier a le soin, d'ailleurs, d'avertir ses lecteurs de ne prendre ce programme que pour ce qu'il est, pour ce qu'il vaut, c'est-à-dire simplement comme le résultat condensé de son observation personnelle, aidé de quelques emprunts faits çà et là à des sources diverses. Il convient, en outre, que c'est là un programme sujet à révision, susceptible d'amendements, d'additions, de corrections, et il déclare qu'il sera le premier à le modifier le jour où l'obser-

(1) Broch. in-8°. — Paris, 1880, chez Delahaye et Lecrosnier.

vation ultérieure lui montrera des changements à y introduire, le jour où certains points de la question qui restent encore obscurs et inexpliqués viendront à être élucidés.

Sur quelles bases M. Diday, après avoir critiqué le traitement de M. Fournier, fonde-t-il le sien? C'est par là que nous allons terminer.

Il nous faut remonter un peu aux études précédentes de M. Diday pour avoir la clef de sa méthode de traitement.

Méthode de traitement de M. Diday.

« Le premier résultat de mon étude, dit M. Diday, fut de m'apprendre que, indépendamment de toute influence médicatrice, il existe des cas où la syphilis est faible et des cas où elle est forte, et cela dans la proportion établie par une enquête portant sur 93 malades, de 59 syphilis faibles, contre 34 fortes. »

En groupant les cas si diversifiés que lui a offerts la clinique, il les classe en cinq catégories représentant chacune un degré de plus en plus fort d'intensité, savoir : 1° syphilis ébauchée, dont les caractères sont de n'avoir qu'une poussée, de ne paraître que sous forme érythémateuse, de guérir spontanément; 2° syphilis faible, ne produisant de lésions visibles qu'au tégument, durant en moyenne dix mois et demi, enfin pouvant guérir en ce laps de temps sans l'intervention des remèdes spécifiques; 3° syphilis forte, affectant d'autres systèmes organiques que le tégument, durant en moyenne près de vingt mois, nécessitant le traitement spécifique; 4° syphilis galopante, ayant une incubation très-courte, présentant certaines espèces de lésions sur des régions et à une période où on ne les observe pas ordinairement et coïncidemment des accidents secondaires et des accidents tertiaires, enfin plus ou moins réfractaire aux doses, même fortes, des spécifiques. Quant à la cinquième catégorie, la syphilis tertiaire ou diathésique, nous n'avons pas à nous y arrêter.

C'est d'après ces divers caractères et leurs divers degrés que M. Diday règle sa médication et en particulier les indications de l'emploi du mercure, admirable palliatif, suivant lui, mais rien que palliatif et non antidote de la vérole. Pour nous en tenir ici à l'ordre de faits qui nous occupe, nous allons placer M. Diday en face de cette question : Peut-on, en donnant assez longtemps du mercure et de l'iode à un syphilitique, obtenir que chez lui non-seulement les lésions actuelles soient guéries, mais que la diathèse elle-même cesse, et cesse de façon qu'on n'ait plus, même dans un avenir éloigné, à craindre de voir se reproduire chez lui des effets de cette diathèse et notamment parmi ces effets la procréation d'enfants syphilitiques ? Ou, en termes plus brefs, si la syphilis est susceptible d'une cure radicale, quelle est la durée de traitement nécessaire pour l'obtenir? — Voici sa réponse :

J'agis, quant à moi, dit-il en faisant allusion à la méthode de Fournier, beaucoup plus conformément, ce me semble, au sage principe de désaccoutumance, en réservant le mercure pour combattre, après qu'elles ont apparu, chacune des poussées qui se présentent successivement. C'est la maladie elle-même, c'est la syphilis avec ses phases toujours semées de reprises, de silences alternatifs, qui m'enseigne quand et comment je dois agir, quand et combien de temps je puis et je dois ensuite laisser reposer l'organisme. Mon guide, c'est la nature. Elle m'apprend le moment d'engager l'action et me donne, pour ainsi dire, un état des véritables forces de l'ennemi; et cet ennemi, je suis dès lors en mesure, soit de le dédaigner (traitement expectant) ; soit de le paralyser en augmentant mes moyens de défense (traitement par les toniques) ; soit enfin, quand il le faut, de l'attaquer selon une tactique éclairée par les renseignements positifs que j'ai pu me procurer sur sa puissance (traitements spécifiques proportionnés à l'intensité actuelle du mal).

Ajoutons, enfin, qu'il y a des circonstances, telles que celle de l'hérédité dans le mariage, dont nous avons spécialement à tenir compte ici, qui conduisent M. Diday à employer les spécifiques avec plus de vigueur et plus de persévérance, l'aptitude à procréer des enfants syphilitiques étant l'un des effets de la syphilis sur lesquels le mercure a l'influence la plus prononcée et la plus heureuse. Mais pour obtenir, suivant lui, du mercure la plénitude des garanties de santé qu'il donne au fœtus à venir, il ne faut pas le donner aux parents trop longtemps avant la conception. Ce n'est donc pas en mercurialisant à outrance un malade actuellement syphilitique qu'on préservera les enfants qu'il doit avoir dans deux ou trois ans; c'est plutôt en le mercurialisant peu de temps avant la fécondation, ou, si c'est une femme, dès les premières semaines de la conception. Son principe est : « Placer à propos le traitement mercuriel préservateur. »

Nous venons d'esquisser à grandes lignes et de mettre en présence deux méthodes qui, bien qu'usant des mêmes moyens, diffèrent en réalité d'une manière essentielle dans leur principe : l'une, que nous appellerons la méthode doctrinaire, qui, se basant sur la nécessité de prévenir ou d'éteindre la diathèse syphilitique avec toutes ses conséquences, et confiante dans l'efficacité de la médication mercurielle, en généralise et en règlemente l'usage, aux risques peut-être de dépasser le but, par la crainte de ne pas l'atteindre ; l'autre, au contraire, plus craintive du remède que du mal lui-même, en restreignant l'usage, au risque peut-être de rester en deçà du but, mais le subordonnant à une étude minutieuse de chaque accident spécial, de sa marche naturelle et de ses tendances dans chaque cas particulier, méthode qui exige une connaissance approfondie de la maladie et une expérience consommée, et que nous appellerions volontiers la méthode de l'opportunisme.

Heureusement pour les praticiens qu'ils ne sont pas absolument mis en demeure de choisir entre les deux, sans autre alternative que de se conformer rigoureusement à l'une ou à l'autre; mais ce que nous pouvons sincèrement leur promettre, c'est qu'ils trouveront, dans les deux ouvrages qui nous ont fourni le texte de cette étude, des enseignements extrêmement précieux qui pourront leur donner, à l'occasion, les plus utiles inspirations dans leur pratique.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. Jules Simon traite la fièvre typhoïde chez l'enfant par l'alcool sous forme d'eau-de-vie étendue d'eau ou de vin de Malaga dilué, et par les délayants, donnant des substances aqueuses qui facilitent les fonctions urinaires ainsi que quelques purgatifs légers. Il ordonne les frictions stimulantes sur la peau, les bains internes, c'est-à-dire de grands lavements chaque jour pour laver la portion inférieure de l'intestin; il fait changer son malade de lit et même de chambre matin et soir. Il fait laver aussi avec soin la bouche ainsi que tous les orifices naturels, afin de les débarrasser de tout

ce qui peut être un poison, tant pour le malade que pour ceux qui l'entourent. Enfin il ordonne une alimentation en rapport avec la période de la maladie pour soutenir les forces, sans dépasser cependant une certaine limite.

Emplâtre agglutinant.

A l'hôpital d'Anvers, M. le docteur Mullier, médecin militaire de première classe, remplace avantageusement le sparadrap qui détermine souvent, dit-il, des érysipèles, par une espèce d'emplâtre de Bavière dont voici la formule :

Minium	45	grammes.
Huile d'olives	55	—
Cire jaune	5	—
Colophane	7	—
Suif de mouton	5	—
Térébenthine de Bordeaux	15	—

(*Archives méd. belges.*)

Traitement du psoriasis.

En dehors du traitement général de la maladie, le docteur Preisman conseille un moyen nouveau pour faire tomber les écailles du psoriasis :

Acide salicylique	2	grammes.
Alcool	32	—

Faites dissoudre.

Avec un tampon imbibé de cette solution, on frotte légèrement les plaques de psoriasis pour les débarrasser des squames qui les recouvrent. Bientôt les écailles se détachent et tombent, en laissant à nu une surface unie, rouge et sèche, sur laquelle on peut appliquer une pommade convenable.

Cette lotion présente aussi l'avantage de calmer les démangeaisons du prurigo. (*Paris médical.*)

Traitement américain contre les hémorrhoïdes,

M. le docteur Spaak a employé avec succès, dans un cas de tumeurs hémorrhoïdaires, les injections interstitielles d'une solution composée de :

Glycérine	Parties égales.
Acide phénique	

Six gouttes par injection.

Les hémorrhagies et les symptômes douloureux ont cessé rapidement. Les tumeurs externes ont diminué très-vite, d'une façon très-notable, au point de n'avoir plus l'aspect que de bourrelets cutanés dont le plus gros affecte le volume d'une petite aveline. Quant aux hémorrhoïdes internes, c'est à peine si l'examen au spéculum permet d'en retrouver quelques vestiges consistant en de légères tuméfactions de la muqueuse.

M. le docteur Spaak attribue ces résultats à l'astriction des tissus et à la coagulation du sang déterminées par l'acide phénique. (*Union médicale.*)

Potion contre la fièvre typhoïde.

Essence de térébenthine	12	grammes.
Teinture d'opium	20	—
Essence de gaultheria	2	—
Gomme arabique pulvérisée	30	—
Sucre pulvérisé	30	—
Eau distillée	120	—

F. s. a. une potion dont on donnera une petite cuillerée à café, soit 4 grammes, toutes les quatre heures, à partir de la seconde semaine de la maladie, aux personnes atteintes de fièvre typhoïde avec diarrhée abondante. Ordinairement le flux diarrhéique est promptement enrayé ; mais, dans certains cas, l'essence de térébenthine est mal supportée par l'estomac. On est alors forcé d'en interrompre l'usage, et, pendant trois à six jours seulement, afin d'éviter la coloration de la peau, on administre une pilule ainsi composée :

Nitrate d'argent cristallisé	0.02	centigr.
Extrait de jusquiame } *aa.*	0.06	—
Opium pulvérisé }		

(*Progrès médical.*)

Inhalation d'essence d'eucalyptus dans la diphthérie pharyngée.

Employer pour chaque inhalation de 6 à 60 gouttes de la solution suivante :

Huile essentielle de feuilles d'eucalyptus	5	grammes.
Esprit de vin rectifié	25	—
Eau	190	—

Agiter avant de s'en servir.

Lorsque les inhalations sont répétées toutes les heures, on aura le soin d'étendre la solution. Celle-ci présente cette supériorité sur l'essence de térébenthine et sur l'acide phénique qu'elle n'occasionne pas de mal de tête et qu'elle est d'une odeur agréable. (*Nouv. Journ. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

CORRESPONDANCE

Corps étranger du genou. — M. HEURTAUX (de Nantes) adresse une observation relative à la présence de trente-cinq corps étrangers dans l'articulation du genou gauche. Lorsque ce malade entra à l'hôpital, son genou était le siège d'une inflammation assez vive ; des applications de teinture d'iode et l'immobilisation en eurent facilement raison. M. Heurtaux pratiqua ensuite l'extraction de ces corps étrangers après avoir fait une incision de 15 centimètres à la partie antéro-externe de la cuisse et en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Le poids total de ces corps étrangers était de 60 grammes ; les plus gros mesuraient 4 et 5 centimètres dans leurs plus grandes dimensions. Le malade a très-bien guéri.

Anatomie pathologique de l'épididymite consécutive. — M. TERRILLON a fait avec M. Malassez une série d'expériences sur des chiens dans le but de déterminer une épididymite absolument semblable à l'épididymite blennorrhagique de l'homme, en irritant le canal déférent.

Ces expériences montrent que l'inflammation vive, produite par une injection caustique dans le canal déférent, s'étend à l'épididyme, y détermine un catarrhe aigu des canaux, et que ceux-ci se dilatent, le muco-pus produit ne pouvant se déverser au dehors. Les lésions sont naturellement plus marquées à la queue de l'épididyme qu'à la tête. Le testicule n'est pas atteint ; mais la tunique vaginale s'enflamme au niveau de la queue de l'épididyme.

Plus tard, l'inflammation s'atténue et disparaît des parties supérieures de l'épididyme vers les parties inférieures ; mais, à la queue, l'inflammation qui y avait été plus vide, qui y est entretenue par les produits de sécrétion accumulés, devient plus profonde. Elle retentit d'abord sur le tissu conjonctif intercanaliculaire et y produit des foyers d'éléments lymphatiques ou embryonnaires, parfois même des abcès ; puis, elle agit d'une façon continue sur le tissu sous-épithélial et y détermine la sclérose des conduits, dont un certain nombre se dilate en kystes, tandis que d'autres s'atrophient. L'inflammation, en se limitant, d'aiguë est donc devenue chronique, de superficielle profonde, et c'est ainsi qu'au catarrhe aigu de tout l'épididyme succède la sclérose et l'atrophie de la queue de cet organe.

Il était intéressant de comparer les lésions produites par l'expérimentation et celles qui ont été décrites dans les autopsies pratiquées chez l'homme.

Si nous passons en revue les principales lésions du début, nous voyons que le *contenu* des canaux déférents est à peu près identique chez l'homme et le chien. C'est un liquide épais, muco-purulent, contenant une grande quantité de globules de pus et des globules granuleux.

Quant à la présence des spermatozoïdes dans ce liquide, elle n'a pas été notée chez l'homme; mais il est probable qu'en examinant avec soin, on en trouverait quoique en petite quantité.

Le *canal déférent* est augmenté de volume chez le chien; ses parois sont épaisses et infiltrées. Chez l'homme les lésions sont identiques, comme cela résulte d'un grand nombre de citations que fait M. Terrillon.

Dans *l'épididyme*, la ressemblance est aussi frappante.

On a bien noté, dans quelques observations, une légère tuméfaction et une vascularisation plus abondante du testicule (Delaporte, Peter); mais, le plus souvent, cet organe était absolument sain et n'avait subi aucune modification appréciable, ce qui correspond à ce que nous avons trouvé chez le chien.

La tunique vaginale présente des altérations de même nature, épanchement de liquide séro-sanguinolent, formation de fausses membranes, surtout au niveau de l'épididyme.

Les lésions plus anciennes présentent encore la même analogie que nous pouvons résumer de la façon suivante : diminution ou même disparition de l'inflammation du tissu cellulaire périphérique, retour du canal déférent à son volume normal, tuméfaction persistante localisée à la queue de l'épididyme; enfin deux modifications importantes sur lesquelles il est nécessaire d'appeler tout spécialement l'attention.

Le canal déférent, vers sa partie inférieure, semble s'oblitérer, au moins dans la plupart des cas, ainsi que le prouvent certaines injections faites par le professeur Gosselin et signalées dans des observations plus modernes (Delaporte). Nous avons vu, chez le chien, par quel mécanisme semble se faire cette oblitération.

Les lésions anciennes de la queue de l'épididyme sont les plus intéressantes. Il résulte de l'étude attentive des observations cliniques que ces lésions se rapprochent de celles fournies par l'expérimentation, dans lesquelles nous trouvons l'oblitération d'un certain nombre de canaux de l'épididyme, l'épaississement fibreux de leurs parois et du tissu qui les environne. L'identité est donc complète.

La petite cavité purulente qu'on rencontre dans la partie de l'épididyme qui avoisine la queue, mérite de nous arrêter un instant: elle a pour nous une tout autre signification que celle qui lui a été donnée par les auteurs qui ont examiné ces pièces anatomiques. Pour eux, en effet, il s'agissait évidemment d'un abcès, puisque le contenu en avait l'apparence. Dans les expériences que nous avons pratiquées sur les chiens, nous avons constaté la même lésion à une certaine période; mais dans les cas anciens l'examen microscopique nous a rapidement démontré que cette petite cavité était, non pas un abcès, mais une dilatation d'un des canaux de l'épididyme contenant un liquide dans lequel se rencontraient en même temps des spermatozoïdes, des globules purulents en grand nombre donnant au liquide l'aspect du pus; le revêtement épithélial de cette cavité, et surtout la présence de tous les intermédiaires indiquant les degrés de dilatation de plusieurs des tubes de l'épididyme, permettaient d'éviter l'erreur.

Il nous semble probable que les abcès constatés chez l'homme ne doivent différer en rien de ceux que nous avons rencontrés dans nos observations, sans vouloir insister sur l'analogie complète des lésions produites par nos expériences avec celles qui existent dans l'épididyme de l'homme, analogie qui doit faire supposer que les conséquences sont de même nature.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Les expériences de M. Terrillon sont bien faites et offrent un réel intérêt; mais, en résolvant la question dans le sens où l'avaient déjà résolue Velpeau et Ricord, M. Terrillon s'est trop avancé et ne paraît pas être arrivé à la vraie solution.

Après avoir cité tous les auteurs qui se sont occupés de cette question depuis 1830, M. Desprès rappelle avoir proposé lui-même une théorie de la production des épididymites; pour lui, c'est la rétention du sperme qui est la cause de l'inflammation. En effet, pourquoi l'orchite, consécutive à la blennorrhagie, se développe-t-elle seulement sur la fin du second septénaire et non vers le quatrième ou le cinquième jour? En outre, la sécrétion du sperme est de toutes les sécrétions la plus persistante, puisqu'elle s'effectue entre quatorze et soixante, soixante-dix ou même quatre-vingts ans. Quand un individu est atteint de blennorrhagie, il cesse de se livrer au coït pendant un certain temps; le sperme est retenu dans les testicules; de là, selon M. Desprès, l'orchite qui apparaît en général vers le dix-huitième jour. La rétention du sperme est, si l'on veut, la cause prédisposante, et le plus petit traumatisme, un choc, un coup, une chute, est la cause occasionnelle à la suite de laquelle l'orchite se développe en vingt-quatre heures. L'épididymite a donc pour cause réelle l'engorgement des testicules, et pour cause occasionnelle le moindre choc, le moindre froissement. Pourquoi un seul testicule est-il pris? parce qu'il n'y a jamais qu'un seul testicule soumis à ce choc ou à ce froissement. Les orchites apparaissant à la suite d'une pollution nocturne ou d'un coït prématuré, dans le cours d'une blennorrhagie, viennent également à l'appui de la théorie que je propose. Les épididymites qui apparaissent à la suite d'un cathétérisme, chez les calculeux par suite de l'arrêt d'une pierre, consécutivement aux abcès de la marge de l'anus, etc., ne peuvent pas s'expliquer avec la théorie de la propagation de l'inflammation. Leur explication devient facile, au contraire, avec la théorie de l'engorgement testiculaire auquel vient s'adjoindre une cause occasionnelle quelconque. Je ne conteste pas la valeur des expériences de M. Terrillon; mais, de même que les expériences de M. Pasteur n'ont rien appris au point de vue de la septicémie, celles de M. Terrillon n'apprennent rien au point de vue de la formation de l'épididymite.

M. TERRIER. On ne peut pas conclure de ce que l'on constate chez les animaux à ce qui se passe chez l'homme. Or le chien a très-exceptionnellement de l'uréthrite. Il n'y a pas de vaginite chez la chienne qui puisse développer l'uréthrite chez le chien. Jamais l'uréthrite du cheval ne détermine l'orchite. M. Terrillon s'est donc placé sur un terrain réfractaire en voulant conclure du chien à l'homme dans ses expériences.

M. TERRILLON. Je n'ai pas voulu conclure de ce que nous avons constaté chez le chien à ce qui se passe chez l'homme; j'ai simplement voulu faire ressortir ce fait intéressant, qu'en déterminant de l'uréthrite chez le chien on déterminait des lésions épididymaires absolument semblables à celles qu'on trouve chez l'homme à la suite de la blennorrhagie. L'examen microscopique montre qu'il s'agit là de lésions absolument semblables. Or, en voyant ainsi concorder les expériences chez les animaux avec les autopsies qui ont pu être faites chez l'homme, je me crois autorisé à formuler les conclusions que j'ai données.

M. HORTELOUP. Expérimentalement la théorie de la transmission de l'inflammation du canal de l'urèthre à l'épididyme paraît très-simple; cliniquement il n'en est pas ainsi. Quand au vingtième jour d'une uréthrite, par exemple, se déclare une épididymite, la portion spongieuse seule de l'urèthre est malade, les portions membraneuse et prostatique sont indemnes. Les malades n'accusent aucune douleur au niveau de la prostate, au toucher rectal. Au point de vue clinique, on peut donc se demander si cette transmission de l'inflammation par propagation est bien aussi nette que semble l'admettre M. Terrillon.

M. TRÉLAT. On peut expliquer le désaccord qui semble exister entre M. Horteloup et M. Terrillon. Les angioleucites et les adénites nous présentent des faits de cet ordre. Un individu se pique le doigt; il a de l'angioleucite suivie on non d'adénite; d'autres fois il n'y a pas d'angioleucite ni de lymphangite, et l'adénite seule apparaît consécutivement à cette piqûre du doigt. Le processus inflammatoire peut donc marcher avec une intensité variable dans les différents tissus : tantôt il marche pas à pas, de telle sorte qu'on peut le suivre dans tout son trajet; tantôt il passe rapidement dans des points éloignés de son point de départ, sans laisser

de traces apparentes sur les points intermédiaires. Niera-t-on la propagation dans ces cas? Quant à la théorie de M. Desprès, à la rétention du sperme comme cause de l'épididyme, elle est inacceptable. Il est vrai que la rétention du sperme peut donner lieu à certains états morbides, et M. Trélat en cite plusieurs exemples; mais lui attribuer le pouvoir d'entraîner une orchite, cela est inadmissible. Si la théorie de M. Desprès était acceptable, la continence serait impossible. Tous les kystes par rétention ne constituent-ils pas des tumeurs à marche chronique qui n'ont rien de commun avec l'inflammation? L'obstruction des glandes salivaires donne lieu à des douleurs très-vives, mais non à de l'inflammation. Est-ce que l'obstruction des canaux du rein détermine la néphrite d'emblée? On ne peut pas dire que la rétention des liquides contenus dans les glandes détermine leur inflammation.

M. TILLAUX est porté à se rattacher à la théorie de la propagation de l'inflammation. Si c'était, dit-il, la rétention du sperme dans le testicule qui fût la cause de l'inflammation, ce serait alors le testicule, et non l'épididyme et la partie de l'épididyme la plus rapprochée du canal déférent, qui devrait être pris par l'inflammation.

M. DESPRÈS. Dans une glande, ce n'est pas sa partie sécrétante qui s'enflamme, mais la partie où arrive le plus de liquide. Quant à la comparaison établie par M. Trélat entre les vaisseaux lymphatiques et les canaux déférents, je ne la comprends pas.

M. FARABEUF conseille à M. Desprès de relire l'article de M. Robin sur le testicule; il y verra qu'il est constitué tout autrement que les autres glandes.

M. TRÉLAT rappelle un travail de Liégeois qui a démontré que la sécrétion spermatique présente de très-grandes différences, suivant l'état de santé, l'émotion, en un mot l'état physique et moral des individus.

M. MARC SÉE. Il faut qu'on sache qu'aucun des membres de la Société de chirurgie ne partage l'opinion de M. Desprès et qu'il est seul de son avis sur cette question. Il y a d'ailleurs une contradiction évidente entre les faits qu'il avance et la théorie qu'il soutient. M. Desprès admet, d'une part, que la sécrétion spermatique se produit toute la vie, et, d'autre part, que la rétention du sperme détermine l'orchite; mais alors, après la cessation des fonctions sexuelles, il devrait se faire une accumulation considérable de sperme; il en serait de même pendant les maladies aiguës de longue durée, la pneumonie, la pleurésie, la fièvre typhoïde, etc. Et, sans aller si loin, voit-on une orchite se développer chez les individus atteints d'un chancre du prépuce? M. Desprès répond à ces objections en faisant intervenir les pollutions nocturnes. Mais cela n'est pas exact. Et dans le cours de la blennorrhagie elle-même, quand survient l'orchite? C'est précisément quand l'individu cesse d'être continent et dégorge son testicule. Il est important que le public qui nous écoute sache bien que les théories soutenues par M. Desprès sont admises par lui seul.

M. DESPRÈS. Je ne parle pas pour convaincre mes collègues, je ne parle pas pour le public, je parle parce que je crois tenir la vérité.

Œdème malin des paupières. — M. DELENS lit un rapport sur une communication de M. Brechemier (d'Orléans), relative à un cas d'œdème malin des paupières de nature charbonneuse, guéri par la cautérisation avec la pâte de Vienne et les injections sous-cutanées de teinture d'iode à la périphérie.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours libres à l'École pratique (arrêté du 9 février 1881).

Le Président du Conseil, ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts,

Vu la délibération de la Faculté de médecine de Paris, en date du 2 décembre 1880,

ARRÊTE ainsi qu'il suit le règlement de l'enseignement libre à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris :

ARTICLE PREMIER. — Des docteurs en médecine peuvent être autorisés à faire, dans des amphithéâtres dépendant de l'École pratique de la Faculté, des cours libres et gratuits sur les diverses branches du programme de l'enseignement médical. — A cet effet, ils adresseront une demande au doyen de la Faculté, qui la transmettra hiérarchiquement au ministre de l'Instruction publique, avec son avis personnel et l'avis de l'Assemblée des professeurs. — A l'appui de cette demande, ils donneront le programme sommaire de leur cours. — L'autorisation est accordée pour un semestre. Elle est toujours révocable.

ART. 2. — Les affiches annonçant les cours autorisés sont collectives; elles sont publiées par les soins de la Faculté. — Les affiches individuelles imprimées sont interdites.

ART. 3. — Les amphithéâtres affectés aux cours libres sont répartis entre les docteurs autorisés, chaque semestre, par les soins du doyen, d'après un règlement qui sera établi en assemblée de la Faculté.

ART. 4. — Un local sera mis à la disposition des docteurs qui désireront se livrer à des recherches d'anatomie ou de médecine opératoire sur le cadavre. — Les docteurs pourront, sur leur demande, être admis par le doyen à ces exercices, moyennant le payement du droit fixe de 40 francs par année scolaire, payable en un seul terme, déterminé par l'article 2 du décret du 14 octobre 1879. — Ils seront placés sous la direction du chef des travaux pratiques.

ART. 5. — Il est absolument interdit aux docteurs autorisés de diriger dans les travaux pratiques de dissection ou de médecine opératoire, c'est-à-dire de faire disséquer ou opérer, soit gratuitement, soit moyennant une rétribution financière, les élèves que le règlement, établi en exécution du décret du 20 juin 1878, oblige à prendre part à ces travaux pratiques. — En conséquence, les docteurs autorisés ne pourront donner des leçons de dissection qu'à des élèves munis de douze inscriptions, et des leçons de médecine opératoire qu'à des élèves munis de seize inscriptions. Ils pourront aussi admettre à leurs cours soit des officiers de santé, soit des docteurs français ou étrangers.

ART. 6. — Il sera mis à la disposition de ces docteurs autorisés, pour le travail de leurs élèves, autant de cadavres que les besoins du service le permettront, lorsque les services de la Faculté et les élèves obligés en auront été pourvus.

ART. 7. — Pour les cours faits par des docteurs autorisés dans les amphithéâtres faisant partie des locaux de l'ancien collège Rollin, consacrés à l'enseignement libre, il sera attribué auxdits docteurs des cadavres ou parties de cadavres en rapport avec la nature des leçons; les préparations destinées à ces cours seront transportées de la salle de dissection dans l'amphithéâtre des cours et rapportées dans ladite salle par les soins des garçons de l'École pratique, désignés par le chef des travaux anatomiques.

ART. 8. — L'enseignement libre de l'anatomie et de la médecine opératoire est placé sous la surveillance et le contrôle du chef des travaux anatomiques. — Pour les mesures d'ordre, de discipline, les cours libres sont placés sous l'autorité du doyen de la Faculté.

ART. 9. — Les dispositions des arrêtés ou règlements antérieurs sont et demeurent abrogées.

ART. 10. — Le présent règlement sera appliqué le 15 mars 1881, au début du semestre d'été.

Fait à Paris, le 9 février 1881.

Jules FERRY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 21 mars 1881 sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ils auront

lieu dans les pavillons de l'École pratique (ancien collège Rollin) tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année; ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

Les élèves de quatrième année sont admis en présentant : 1° la carte de travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier 1881 ; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits. Les élèves, justifiant de seize inscriptions et qui désireraient prendre part aux exercices de médecine opératoire, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen de la Faculté. A cet effet, ils déposeront une demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions qu'ils auront à remplir.

Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'École pratique, dans le bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures, du 1er au 15 mars 1881. Après cette date, nul ne pourra être admis.

— Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de notre camarade Palasne de Champeaux, ancien médecin principal de la marine.

— MM. les médecins de deuxième classe de la marine Dunan et Bouché viennent de donner leur démission.

— Le service de vaccinations gratuites qui a fonctionné avec tant de succès l'an dernier, d'avril à septembre, sera repris à partir du mardi 22 février, tous les mardis, à midi, 44, rue de Rennes. — Les confrères de Paris y trouveront à leur choix, sans rétribution aucune, du vaccin jennérien (vaccin d'enfant) et du vaccin animal (vaccin de génisse). — Les confrères de province pourront se procurer (valeur incluse en timbres-poste) du vaccin aux prix de 2 francs le tube pour le vaccin de génisse, de 1 franc pour les pointes d'ivoire chargées du vaccin jennérien. — Toutes les demandes devront être adressées au secrétariat de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. — Paris, 1881, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur les troubles nerveux d'origine gastrique, par le docteur Ad. RUEFF. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10803.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 21 février 1881.

Dans sa séance du 10 février 1881, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a voté à l'unanimité, moins une abstention, la laïcisation de tous les hôpitaux, hospices et maisons de secours du département de la Seine.

Cette décision a nécessité la discussion du projet d'écoles d'infirmiers et infirmières laïques. Samedi, le Conseil a pris une délibération tendant à la création d'un cours primaire d'infirmiers et infirmières dans tous les établissements hospitaliers et d'un enseignement supérieur à deux degrés.

Le premier degré (enseignement primaire supérieur) fonctionnera à la Salpêtrière et à Bicêtre, et donnera lieu à la délivrance de diplômes après examen.

Le second degré (école normale ou de perfectionnement) fonctionnera dans un hôpital général. L'admission à cette école aura lieu à la suite de concours public entre les élèves de l'enseignement primaire supérieur (Salpêtrière et Bicêtre). A la suite des examens de sortie un diplôme pourra être accordé.

En résumé, les élèves diplômés du premier degré formeront le corps des premiers infirmiers ou premières infirmières, et les élèves du second degré formeront les corps des sous-surveillants et sous-surveillantes.

M. le docteur Moutard-Martin, qui, avec MM. Vulpian et Nicaise, représente au Conseil l'élément médico-chirurgical des hôpitaux, a fait la déclaration suivante à la suite du vote :

« Je tiens à ce qu'il soit mentionné au procès-verbal que les médecin et chirurgien des hôpitaux qui font partie du Conseil de surveillance ont voté contre l'installation du service de l'école d'infirmiers et d'infirmières dans un hôpital général.

« Je fais cette déclaration parce que, si un conflit s'élève, et il s'en élèvera, je veux que la responsabilité en incombe à qui de droit. »

— Nous recevons communication de la lettre suivante adressée à M. le Préfet de la Seine :

Paris, 19 février 1881.

MONSIEUR LE PRÉFET,

Le Conseil de surveillance des hôpitaux vient de voter la laïcisation des hôpitaux de Paris sans enquête préalable sérieuse, sans consulter le corps médical des hôpitaux, capable de le renseigner sur l'intérêt réel du malade. Le Conseil a voté en principe que la surveillance des salles de malades serait faite exclusivement par des laïques.

Je ne suis pas suspect, Monsieur le Préfet, et j'ai acquis le droit de parler sur ce sujet. Seul de tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux, en 1876, je me suis opposé à l'établissement de pancartes où l'administration, cléricale alors, avait introduit des modifications propres à violenter la conscience des malades, et je n'ai pas été étranger à leur suppression. Si je rappelle ce fait, c'est pour donner plus de poids aux raisons que je me permets de vous soumettre, en même temps que je fais appel à l'opinion publique, qui doit être aujourd'hui éclairée.

Le conseil de surveillance, qui ne renferme que trois médecins ou chirurgiens des hôpitaux sur les quinze personnes qui le composent, a-t-il réfléchi ? Était-il, d'ailleurs, absolument compétent ? Quelles plaintes, quel mouvement d'opinion parmi les médecins et les malades ont dicté ce vote ? Cette précipitation ne révèle-t-elle pas plutôt la recherche de la popularité par les moyens extrêmes, détestable penchant qui ruine les démocraties ? Le conseil de surveillance a voulu distancer le conseil municipal, je ne vois pas d'autre mobile à ce vote hâtif.

Le mouvement anticlérical, qui est manifeste dans notre pays, et qui a toutes les sympathies des hommes sincèrement républicains, a un but sérieux : détruire le clergé comme parti politique ; mais il n'a jamais eu pour objet de désorganiser les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance que le conseil de surveillance a oubliés dans son projet de laïcisation (1).

Le prosélytisme religieux auquel les malades sont exposés dans les hôpitaux m'offense autant qu'aucun des membres du conseil de surveillance ; mais j'aurais dit, si l'on m'avait demandé avis, que la religieuse, avec tous les défauts inhérents à sa religion oppressive, vaut mieux pour le malade qu'une séculière. Voilà vingt-six ans que je vois dans les services auxquels j'ai été attaché l'un et l'autre ordre d'infirmières, et j'ai acquis la conviction que l'intérêt du malade est d'avoir une religieuse qu'il est d'ailleurs facile de mettre au pas.

Voici mes arguments :

Une laïque peut être mariée, mère de famille ; tout le temps qu'elle pourra prendre au service des malades, elle le prendra pour l'employer aux soins de son ménage, et elle aura raison. Qui en souffrira ? Le malade, qui restera livré aux infirmiers.

Une laïque peut recueillir pour elle des bijoux, bagues, boucles d'oreilles, que prennent parfois les gens de service aux mourants, lorsqu'ils ne sont pas entourés de leur famille et lorsqu'ils ne sont pas surveillés. Que ferait de ces bijoux une religieuse ? La tentation n'existe pas pour elle.

(1) Le conseil de surveillance surveille les bureaux de bienfaisance comme il surveille les hôpitaux.

Je suppose que, s'il n'a pas voté la laïcisation des bureaux de bienfaisance, c'est parce qu'il ne pouvait rien mettre à la place des sœurs de charité, et celles-ci ne font pas moins de prosélytisme que les sœurs des hôpitaux.

Une laïque aura son enfant ou son mari malade, elle n'hésitera pas à prendre sur la nourriture commune des malades quelques douceurs pour les siens; il ne faut pas connaître la nature humaine pour penser qu'il en sera autrement. Je n'en dis pas plus long sur ce point.

Enfin, depuis vingt-six ans, je n'ai jamais vu une religieuse sale ou sentant le vin.

Il y a des hôpitaux spéciaux pour la variole, des salles spéciales pour le croup et l'angine couenneuse; y mettrez-vous comme surveillante une laïque, mère de famille, qui portera aux siens le mal contagieux, ou ne fera pas son service? Il meurt de temps en temps une religieuse dans ces services, elle meurt seule de son angine couenneuse, et est de suite remplacée par une autre. La chose même est tellement naturelle que l'on n'a jamais songé à écrire son nom sur une plaque commémorative.

Sait-on aussi ce qu'il en coûtera de laïciser les hôpitaux? Le coût d'une religieuse est de 200 francs par an, sans la nourriture et le logement en commun; le coût d'une laïque, sans la *nourriture séparée* et le *logement isolé*, est de 600 francs, soit 66 pour cent d'augmentation, rien que pour le traitement en argent, et 300 logements à trouver et à construire dans les hôpitaux.

Le conseil de surveillance, chargé de l'économie des deniers du pauvre, a-t-il réfléchi à cela? Paris a besoin de 1,500 lits d'hôpital, et les pauvres resteront à la porte de l'hôpital, faute d'argent et de place employés autrement dans un but politique. Est-ce que personne n'a dit cela au conseil de surveillance?

Monsieur le Préfet, les véritables intéressés ne sont pas consultés. Qu'on fasse voter les malades au sortir de leur maladie; qu'on leur demande leur sentiment à l'égard du service hospitalier; qu'on les fasse voter au scrutin secret, s'ils aiment mieux les services d'une religieuse ou ceux d'une laïque, ils voteront pour la religieuse, et ce seront peut-être les mêmes qui, bien portants, dans les réunions publiques et les ateliers, demandent avec le plus d'ardeur la destruction radicale des dieux, des églises et des prêtres; comme nous voyons plusieurs de nos élus trouver les religieuses mauvaises pour les pauvres des hôpitaux, lorsqu'ils sont réunis dans les assemblées, et prendre pour eux-mêmes, lorsqu'ils sont malades, des sœurs qui, ils le savent, ne fouilleront pas dans leurs tiroirs et ne se griseront pas.

J'ai parlé, Monsieur le Préfet, d'après ce que j'ai vu, et je crois en ce moment encore respecter l'intérêt sacré des malades. J'ajouterai un mot: si l'on supprime les religieuses des hôpitaux, avec le temps et de l'argent, et en ne prenant que des veuves ou des célibataires, on remplacera peut-être suffisamment le service hospitalier actuel; mais, si l'on n'y réussit pas, si l'on revient aux religieuses, l'effet moral sera désastreux, et, grâce à quelques hommes pressés qui ne savent pas prévoir, il nous faudra peut-être perdre les conquêtes sérieuses que nous aurons faites sur le cléricalisme.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Préfet, votre très-humble serviteur,

Dr Armand Desprès,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Réamputation de la jambe, névromes du moignon, mort, autopsie.

Je dois revenir aujourd'hui sur un malade dont je vous ai parlé voir la (*Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 1185) quelques instants avant de l'opérer.

Vous vous rappelez que nous l'avons réamputé pour des névromes du moignon de la jambe au lieu d'élection, névromes du nerf tibial postérieur et du nerf musculo-cutané. Vous vous rappelez probablement aussi que la dissection de la portion de jambe amputée, ainsi que l'examen histologique des pièces, avaient pleinement confirmé notre diagnostic. Enfin la lésion ne s'étendait pas au-delà de 5 centimètres de l'extrémité inférieure des deux anneaux nerveux, et ne se compliquait d'aucune autre altération ni dégénérescence quelconque.

Aussi, lorsque je vous montrai les résultats des recherches anatomo-pathologiques auxquelles nous nous étions livrés, notre amputé allait bien; la plaie était en bonne voie, et il était absolument débarrassé des douleurs intolérables dont il souffrait si cruellement avant l'opération.

Nous étions donc loin de nous attendre aux accidents qui sont survenus depuis cette époque, et auxquels cet homme a succombé seize jours après l'amputation.

C'est au huitième jour de l'opération que le moignon s'est tuméfié et qu'il est devenu le siège d'un phlegmon diffus. Nous avons immédiatement renoncé au pansement antiseptique pour ordonner l'application de cataplasmes. Bientôt la veine saphène interne se dessinait par un cordon noueux et rouge jusque dans le pli de l'aine, au niveau de son embouchure dans la veine fémorale. C'est pendant ce temps que le malade éprouva certain jour un petit frisson à peine perceptible, de très-courte durée (une demi-heure au plus), nullement caractéristique. Jusque-là nous ne croyions qu'à un phlegmon érysipélateux. Mais dès ce jour la phlébite s'accentue, les accidents s'aggravent, le malade éprouve des douleurs dans le bras d'un côté, dans le pouce de la main du côté opposé, avec rougeur et chaleur de la peau; la plaie du moignon ne suppure plus, elle tend à se sécher. Nul doute alors que nous n'ayons affaire à une infection purulente, à des abcès métastatiques se développant en différents points. L'état général continue à s'aggraver, et le malade, depuis longtemps épuisé, est pris d'accès de suffocation auxquels il succombe enfin malgré l'application répétée de ventouses sur la poitrine et dans le dos.

Nous avons donc eu ici une infection purulente véritable, mais larvée, silencieuse, en ce sens qu'au début cet homme ne nous a présenté, pour ainsi dire, aucun phénomène clinique qui nous permît de supposer autre chose qu'un phlegmon diffus du moignon.

L'autopsie en a été faite avec le plus grand soin, et nous a montré les faits suivants. Si, avant de passer aux différents viscères, nous examinons d'abord le moignon, nous trouvons une plaie sèche. Les vaisseaux du membre inférieur, disséqués depuis leur extrémité dans le moignon jusque dans la cavité abdominale, nous montrent: 1° pour l'artère fémorale rien que d'ordinaire; 2° pour la veine saphène interne et pour la veine fémorale, certaines particularités sur lesquelles nous devons nous arrêter quelques instants.

La veine fémorale contient une sanie demi-purulente, la circulation paraît interrompue, au niveau du pli de l'aine, un peu au-dessus du point où vient s'aboucher la veine saphène interne, par un renflement ovoïde de la fémorale, du volume du pouce. A travers les membranes blanchâtres du vaisseau on sent en ce point une fluctuation manifeste due, comme une incision nous l'a prouvé, à la présence d'une certaine quantité de pus crémeux. Ce renflement ovoïde est donc formé par un abcès intra-veineux, primitif, circonscrit par des adhérences et formé moitié par une valvule, moitié par une petite pellicule qui vient la compléter. Mais l'enkystement dans la fémorale n'est qu'appa-

rent, et il suffit de presser un peu sur la veine pour voir sourdre dans le sens de la circulation veineuse un petit filet de pus, qui nous donne la clef de ce qui s'est passé. Le caillot obturateur, qui maintenait le pus dans sa cavité, cédant à un moment donné, celui-ci put fuser par la petite ouverture que nous avons signalée et, emporté par le torrent circulatoire, s'est répandu dans l'économie.

Chaque fois du reste que vous trouvez un abcès dans les veines, chaque fois la pression fait passer le pus dans le torrent circulatoire, et il suffit de quelques mouvements du malade pour produire cette pression musculaire toute mécanique.

Le pus de la veine fémorale avait tous les caractères du pus, et l'abcès en apparence cloisonné, circonscrit, communiquait avec la veine iliaque. Les parois veineuses sont épaissies, pseudo-membraneuses, présentent enfin les caractères de la phlébite.

Le nerf sciatique, depuis le niveau de la plaie jusque dans le bassin, est le siège d'une névrite ascendante. Les viscères abdominaux ne présentent aucune altération, si ce n'est la rate qui est extrêmement diffluente et réduite pour ainsi dire à l'état de boue, véritable boue splénique, dont l'existence n'est pas rare dans l'infection purulente.

Mais ce sont les organes thoraciques qui présentent les altérations les plus importantes. Le poumon gauche est, dans son lobe inférieur et postérieur, le siège d'une pneumonie périphérique, superficielle, intense. Sur le bord tranchant de cet organe on trouve des fausses membranes, des adhérences récentes, molles, au-dessous desquelles on remarque en certains points de petits infarctus formant relief et passés à l'état purulent. Ce sont de véritables petits abcès métastatiques remplis, les uns de pus crémeux pur, facilement dissous par l'acide acétique, les autres d'une sanie purulente mélangée ou non de sang.

A l'épaule gauche nous trouvons également du pus, non-seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore dans la cavité articulaire. Il en est de même pour l'articulation du coude, de même pour les gaines des muscles fléchisseurs de la main et pour l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Quelles que soient les lésions du poumon, elles ne me paraissent pas suffisantes pour expliquer les accès de suffocation survenus dans les derniers jours. Ces accès trouvent leur origine dans l'état du cœur. En effet, si l'on examine cet organe, on trouve dans l'oreillette droite un caillot qui se prolonge dans le ventricule droit, où il est surtout développé. Ce caillot de l'agonie, qui a commencé à se former, cinq ou six jours avant la mort, dans l'oreillette, s'est prolongé dans le ventricule par un filament qui s'est accru peu à peu jusqu'à atteindre le volume actuel. Il était gros comme la base du pouce, blanc et fibriforme ; il occupait tout le ventricule droit y produisant une gêne circulatoire, de plus en plus considérable, jusqu'au moment où il a déterminé la mort.

Notre amputé a donc succombé non pas directement à l'infection purulente, mais à la suffocation produite par l'organisation d'un caillot dans les cavités droites du cœur, caillot dont la formation s'est faite cependant sous l'influence de la maladie infectieuse.

Les conséquences cliniques que nous devons tirer de cette autopsie sont de deux ordres : 1° les accidents ont débuté par un phlegmon du moignon, dont l'inflammation a gagné la veine saphène interne, suivant tout son trajet ascensionnel. La veine est devenue rouge, grosse, s'est remplie de caillots, a présenté des nodosités et est devenue tortueuse : phlébite. Aucun frisson véritable, appréciable, ne survient, de telle sorte que l'infection se fait silencieuse et larvée. A l'embouchure de la saphène dans la fémorale, à son tour enflammée, un abcès se forme ; ce n'est pas un caillot ni un dépôt fibrineux, mais bien du pus parfaitement pur et reconnaissable sous le champ du microscope. L'abcès est séparé du torrent circulatoire par une barrière très-mince qui, à un moment donné, laisse fuser le pus, que le torrent circulatoire emporte dans l'économie et dépose en maints endroits. Si j'insiste sur cette marche, c'est que depuis quelque temps on a paru oublier que c'était ainsi que se produisait l'infection purulente, pour lui substituer la théorie d'un empoisonnement par les miasmes de l'air ambiant.

La seconde conséquence clinique qui découle de l'étude des pièces, c'est que, non-seulement l'infection purulente s'est produite malgré le pansement antiseptique, malgré toutes les précautions possibles recommandées par Lister, mais aussi que le phlegmon s'est formé à la suite du pansement de Lister qui a donné lieu à un travail inflammatoire.

Nous sommes donc obligé, sous peine de nous refuser à voir la vérité, à admettre la réalité de ces faits, quoiqu'ils puissent blesser nos convictions.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE

Par le docteur L. Sorbets, d'Aire (Landes).

On admet généralement un antagonisme, au point de vue thérapeutique, entre la belladone et l'opium. Si cet antagonisme n'existe pas dans la vraie acception du mot et d'une manière complète, on constate cependant, au point de vue toxicologique, que ces deux médicaments, dans les empoisonnements, sont l'un contre l'autre un antidote puissant.

Nous ajoutons aujourd'hui un fait intéressant aux nombreuses observations publiées sur ce sujet. Si le phosphore a pour antidote l'essence de térébenthine, contre-poison découvert par notre si regretté ami le docteur Andant, de Dax (Landes), les effets toxiques de la belladone peuvent être avantageusement enrayés par l'administration des préparations opiacées : laudanum, sirop de morphine, chlorhydrate de morphine en injections hypodermiques (eau 10 grammes, chlorhydrate de morphine 30 centigrammes). Réciproquement, un empoisonnement par le laudanum peut être combattu par les préparations belladonées. Le *Bulletin général de thérapeutique* (vol. 72, page 320) a publié une très-intéressante observation de M. Constantin Paul : empoisonnement par 30 grammes de laudanum combattu et guéri par 14 grammes de teinture de belladone.

Rarement on se sert de la belladone pour s'empoisonner. C'est par erreur ordinairement qu'ont lieu les accidents de cette nature. En voici la preuve :

A. M..., âgé de dix-sept ans, est arrivé au dix-huitième jour d'une pleurésie gauche avec un léger épanchement. Traité par des vésicatoires et des toniques, amélioration.

Comme les phénomènes adynamiques persistaient, outre de l'eau-de-vie mélangée avec de l'eau et du vin de Bordeaux qu'on administrait au malade, je prescrivis une potion tonique composée de 4 grammes d'extrait sec de quinquina, de 120 grammes d'eau distillée et de 30 grammes de sirop de menthe.

Une fatale erreur commise par la garde-malade fait administrer, au lieu des 4 grammes d'extrait de quinquina, une forte cuillerée

d'une préparation dans laquelle entraient 4 grammes d'extrait de belladone.

Vingt minutes après l'administration de cette préparation toxique, le malade est pris d'un narcotisme très-prononcé : puis de mouvements fréquents du corps, de loquacité, de délire, etc.

Je suis mandé en toute hâte. J'arrive environ un quart d'heure après le début des accidents. Voici l'état dans lequel je trouvai le malade ; on prit le soin, dès mon arrivée, de me faire connaître la cause de ces accidents.

Dilatation considérable des pupilles, yeux largement ouverts ; sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge, loquacité avec subdélirium et un léger embarras de la parole, confusion des mots.

Face alternativement congestionnée et pâle, vultueuse, contracture des muscles ; mouvements irréguliers du corps cherchant à quitter le lit ; envies fréquentes d'uriner sans être satisfaites ; paralysie transitoire de la vessie ; impossibilité du cathétérisme à cause des mouvements incessants ; plus tard miction naturelle.

Mon rôle était d'évacuer la substance toxique, de la neutraliser et enfin de combattre les accidents généraux.

A cause de l'état de faiblesse du malade, je n'employai ni l'émétique ni les lavements.

Je cherchai à neutraliser immédiatement les effets du poison. J'avais sous la main du sirop de morphine et une décoction astringente de quinquina : au besoin du café noir. Je donnai sur-le-champ quelques cuillerées à café de sirop d'opium, que je fis suivre un peu plus tard de la décoction astringente. Une décoction de noix de galles forme avec les alcalis végétaux un composé insoluble, empêchant, par conséquent, l'absorption. Je ne crus pas opportun d'employer une solution d'iodure de potassium ioduré. Mais je fis des affusions froides sur la tête, application de sinapismes aux jambes, etc.

Malgré tout, les accidents persistèrent de quatre heures du soir à quatre heures du matin, c'est-à-dire pendant douze heures.

Le malade s'endormit, et quelques heures après tous les symptômes toxiques graves n'existaient plus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 février 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Des vaso-dilatateurs. — M. Laborde présente deux lapins chez lesquels on constate une très-forte vasculo-dilatation en même temps qu'une notable élévation de température des deux oreilles. Ces phénomènes ont été obtenus par une lésion limitée à un véritable centre de vaso-motricité qui se trouve entre le noyau de la cinquième paire et le noyau de la première dorsale. Une simple excitation de ce point amène une vaso-constriction de l'oreille correspondante ; une piqûre ou une section détermine au contraire une vaso-dilatation très-intense. Quand on a obtenu, par la section, la vaso-dilatation de l'oreille correspondante, il y a une vaso-constriction de l'oreille du côté opposé. Si la lésion est médiane, on obtient un résultat double, c'est-à-dire une vaso-constriction des deux oreilles dans le cas de simple excitation, une vaso-dilatation dans le cas de piqûre ou de section. On constata, en même temps, dans ce dernier cas un myosis double très-prononcé.

Des effets des excitations et des lésions du cerveau. — M. Couty commence une série de communications sur les effets des excitations et des lésions du cerveau ; et, parmi les résultats de quatre-vingt-quinze expériences faites sur le chien ou sur le singe, il étudie aujourd'hui ceux qui sont relatifs aux mouvements par électrisation corticale.

Ces mouvements, il l'a indiqué dans une note déjà ancienne, n'ont aucun rapport de siège avec le siège de l'excitation du cerveau. Soit que l'on compare des cerveaux de même espèce, soit que l'on examine le même cerveau plusieurs fois dans une seule expérience, on constate que le nombre, la disposition réciproque, l'étendue des points excitables est excessivement variable, et la même région du cerveau peut, suivant les cas, être le point de départ de mouvements essentiellement différents.

Mais ces mouvements ne diffèrent pas seulement par leur siège, et leur forme est aussi excessivement variable.

Si on étudie, par exemple, tous les mouvements qui ont correspondu à une excitation du tiers supérieur de la frontale ascendante faite avec un courant interrompu de moyenne intensité, l'on constate que le mouvement a été tantôt unique, borné à un seul groupe musculaire d'un membre ou de la face ou de la queue, et tantôt multiple, unilatéral ou bilatéral. Si le mouvement est unique, c'est-à-dire limité à un groupe musculaire, il peut se borner à une simple secousse peu durable, ou il peut prendre la forme tétanique et durer aussi longtemps que l'excitation ; ce tétanos peut être incomplet, et il y a une série de petites secousses très-fréquentes, ou encore la face, et surtout la mâchoire, les membres peuvent exécuter, au lieu de petites secousses, de véritables mouvements, lents et rhythmés, qui se répètent plusieurs fois pendant une seule excitation.

Le plus souvent, au moins pour ces courants assez intenses, il y a production de mouvements multiples siégeant dans divers groupes musculaires du côté opposé ou même des deux côtés, avec ou sans coexistence de plusieurs des formes précédentes ; ou assez souvent on constate une agitation généralisée mais arhythmique et essentiellement irrégulière de la face et surtout de la tête et des membres. Au contraire, ce n'est que dans des cas très-rares que M. Couty a pu obtenir de véritables convulsions épileptiformes, et même alors la période tonique a toujours été à peine appréciable, et surtout l'attaque, au lieu de se terminer par une période d'affaissement et de paralysie, se transformait peu à peu en une agitation généralisée et irrégulière, suivie ensuite d'efforts divers de l'animal pour se relever ou pour fuir.

En présence de cette irrégularité de siège et de forme des mouvements correspondant à une excitation également intense d'un point cérébral toujours le même, on comprend qu'il est impossible d'accepter les conclusions dites localisatrices, devenues presque classiques. Mais, ce point établi, il reste à chercher le pourquoi de ces irrégularités.

Les expériences de M. Couty lui ont déjà fourni à ce sujet quelques faits encore insuffisants.

Ainsi il est certain que la généralisation des mouvements dépend en grande partie de l'intensité relative et aussi de la durée de l'électrisation. Il y a pour chaque cerveau un courant minimum qui ne produit plus qu'une ou deux contractions isolées, et l'intensité de ce courant sert justement à mesurer le degré assez variable de l'excitabilité dite corticale. De même, dans les conditions ordinaires, il suffit d'employer un courant intense pour obtenir à coup sûr des mouvements généralisés et quelquefois des convulsions.

Mais la nature, la forme et le nombre des mouvements produits varie surtout avec l'état de l'animal et de son excitabilité.

Tout animal affaibli et épuisé, refroidi, ou trop anesthésié, ou alcoolisé profondément, ne donne plus, même pour les courants intenses, que des contractions isolées. Au contraire, un animal très-excitable normal, ou au retour de la chloralisation, ou faiblement alcoolisé, déjà ivre, ou paralysé incomplètement par le curare, aura des mouvements multiples, généralisés ou même convulsifs. Après ses premières expériences, M. Couty avait même cru que tout animal dont le cerveau était très-excitable pouvait avoir facilement des convulsions corticales ; mais il s'est convaincu depuis que certains états d'hyperexcitabilité corticale, comme celles que produit la fin de la chloralisation ou l'alcoolisation légère, peuvent coïncider avec l'impossibilité complète de mouvements vraiment convulsifs. Il n'en reste pas moins acquis que l'on devra chercher dans l'état de réaction des centres nerveux l'explication de toutes les variations des mouvements produits par les électrisations du cerveau, et l'on verra plus tard comment ces réactions peuvent être modifiées par les lésions corticales.

De l'homatropine et de son action sur l'œil. — M. Galezowski rappelle qu'un des grands dangers qui résultent de l'em-

ploi de l'atropine dans les affections oculaires est l'irritation locale et les accidents toxiques généraux qu'on voit survenir chez les enfants et chez les vieillards.

Les recherches de Ladenburg (1) ont démontré que l'atropine du commerce dont nous nous servons en médecine n'est pas un alcaloïde primitif, mais un composé qui peut se dédoubler. Il est arrivé ainsi à décomposer l'atropine en *tropine* et en *acide tropique*.

Mais, en remplaçant l'acide tropique dans ce composé par d'autres acides, Ladenburg est arrivé à former d'autres corps, qu'il appelle *tropéines*. C'est ainsi qu'il prépare des tropéines avec les acides salicylique, benzoïque, amygdalique, sulfurique, etc.; il constitue une préparation stable à laquelle il donne le nom d'*homatropine*.

Nous avons fait des expériences avec mon aide de clinique, M. Despagnet, sur les trois préparations: *chlorhydrate d'homatropine, bromhydrate d'homatropine* et *sulfate d'homatropine*.

Nos observations démontrent que l'homatropine dilate aussi facilement la pupille que l'atropine, mais son action ne dure pas plus de dix-huit à vingt-quatre heures.

Il s'agissait en second lieu de définir si l'*homatropine* paralysait l'accommodation, et à quel degré elle la paralysait. A cet effet, MM. Despagnet, Parent et Bountah ont fait des expériences sur leurs propres yeux.

Il résulte de ces expériences que l'accommodation n'est pas paralysée dans un certain nombre des cas; que dans d'autres cette paralysie se produit, mais qu'elle ne dure que deux ou trois heures.

Il restait un troisième point à éclaircir : si l'homatropine possédait ces propriétés toxiques et irritantes et si elle provoquait des eczémas et des conjonctivites, comme l'atropine dans certains cas. Nos observations prouvent qu'elle n'a pas la même action irritante que l'atropine.

Pour nous résumer, nous pouvons formuler les propositions suivantes :

1° L'homatropine a une action dilatatrice sur la pupille, mais qui ne persiste pas au-delà de dix-huit à vingt-quatre heures.

2° Elle ne paralyse l'accommodation qu'à un degré très-faible et qui ne dure que deux ou trois heures ; elle peut par conséquent être employée dans l'examen du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope.

3° Elle ne possède pas des propriétés irritantes locales ni toxiques générales, et peut être employée chez les enfants et les vieillards, chez lesquels l'atropine provoque souvent ces accidents.

L'estomac et le système nerveux. — M. LEVEN fait une nouvelle communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

Séance du 19 février 1881. — Présidence de M. MAGNAN.

COMMUNICATIONS.

Nouveau procédé pour caractériser les principaux alcaloïdes et leurs sels. — M. MAURICE ROBIN. On sait que jusqu'à présent on a manqué de réactions pour certains alcaloïdes, je dirai même pour certains sels d'alcaloïdes.

Je citerai le chlorhydrate de morphine, le sulfate de quinine, le sulfate d'atropine, la *codéine*, la strychnine, la narcotine, la vératrine, etc.

Le *nouveau procédé annoncé* consiste dans l'emploi de l'*acide sulfurique et du sucre*.

Manière d'opérer. — Il suffit de prendre une parcelle de l'alcaloïde à examiner, d'y ajouter à peu près le double de son poids de sucre ordinaire en poudre, faire le mélange exactement avec une baguette de verre dans une petite soucoupe en porcelaine et faire tomber une ou deux gouttes d'acide sulfurique pur sur ce mélange. Afin de bien faire pénétrer par l'acide, on remue un peu avec l'agitateur.

Résultats obtenus. — Prenons par exemple le *chlorhydrate de morphine*. Si on le traite par l'acide sulfurique on obtient *rien*. Mais, si nous mélangeons préalablement l'alcaloïde et le sucre, comme il a été indiqué précédemment, on obtient une coloration *rose* très-belle, qui passe ensuite rapidement au *violet*, et cette couleur violette persistante ressemble beaucoup à celle qu'on obtient en dissolvant du permanganate de potasse.

Il est permis de se demander dans ce cas quelle est l'action du sucre. Est-ce une action de présence, de force catalytique ? Il est plus probable que cette réaction est due à la production plus ou moins grande de chaleur, dégagée par le sucre.

J'ai essayé avec le sucre de lait ; mais les résultats ne sont pas aussi satisfaisants, la coloration est beaucoup plus faible, et je crois qu'il faut s'en tenir au premier procédé, c'est-à-dire à l'action du sucre de canne.

Avec le sulfate de quinine, *pas de coloration* avec l'*acide sulfurique seul*.

Avec le sucre de lait, pas de coloration non plus.

Avec le sucre de canne, le *sulfate de quinine* donne d'abord une coloration *verdâtre*, puis *jaune clair*, puis enfin *noir café* entourée d'un cercle jaune.

Avec le *sulfate d'atropine*, coloration *violette* se fonçant de plus en plus jusqu'à devenir *brune*.

La *strychnine* donne une coloration *rougeâtre*, puis devient *noir café*.

La *santonine* ne différerait pas du précédent par sa réaction, c'est-à-dire coloration *rougeâtre*, puis *noir café*.

Avec la *narcotine*, coloration *brun acajou* des plus caractéristiques, persistante et qu'il est impossible de confondre.

Avec la *salicine*, coloration *rouge vif*.

Avec la *vératrine*, coloration *vert foncé*.

Avec la *codéine*, si on se sert de sucre de lait, la coloration est très-faible, comme pour la morphine.

Avec le sucre de canne, la réaction est des plus manifestes, et cela est d'autant *plus précieux* que jusqu'à présent on ne distinguait la codéine que par ses caractères négatifs.

On obtient une coloration *rouge cerise* magnifique des plus intenses ; bientôt la coloration change et devient *violette*. Cette teinte violette, très-belle, est différente un peu de la coloration violette que prend la morphine, et du reste on les distinguerait parfaitement par la première réaction, qui pour le cas de la morphine est *rose* et pour la codéine *rouge cerise*.

On peut se servir de cette réaction pour reconnaître si la codéine a été falsifiée par du sucre candi, comme cela arrive quelquefois, puisque, s'il y a du sucre, on obtient cette belle coloration *rouge cerise*, puis *violette*.

Localisations cérébrales. — M. COUTY fait une communication dont voici les points principaux :

Les troubles des mouvements produits sur le singe ou le chien par des lésions du cerveau, plus marqués sur le singe, épargnant toujours plus ou moins la face, ne sont jamais absolument monoplégiques.

Ces troubles du côté opposé n'ont aucun rapport avec le siège de la lésion, et des lésions postérieures comme des lésions antérieures ou moyennes ont pu déterminer, quand elles ont été considérables, de la paralysie. Si l'on étudie seulement les lésions de la zone sensible à l'électricité dite motrice, on voit que les troubles observés après la destruction d'un point limité n'ont aucun rapport avec les mouvements produits auparavant par l'excitation d'un même point.

De même la nature de la lésion n'a aucune influence sur la forme des troubles. Que l'hémisphère enflammé ou lésé soit resté excitable ou qu'il ait perdu son excitabilité, on observera le même mélange de symptômes de paralysie et de contracture ; de même après la destruction complète de la zone motrice sur le chien. Ces mouvements se rétablissent entièrement sans qu'aucun des points voisins devienne sensible à l'électricité.

La forme des troubles serait surtout curieuse. Aussi bien sur le singe que sur le chien, M. Couty n'a jamais observé de paralysie complètement flaccide, et il a vu presque toujours coexister ou se

(1) Ladenburg, *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, 1880.

succéder des contractures ou des paralysies, si bien qu'un animal qui s'agite paraît surtout paralysé, tandis qu'au repos il montre plutôt des contractures, le plus souvent très-incomplètes, et ce mélange des phénomènes rend plus obscure encore leur interprétation.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La Faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1879-1880 et l'École supérieure de pharmacie.

I

Pendant l'année scolaire 1879-1880, le nombre des étudiants à la Faculté de médecine de Nancy a été de 161 ainsi répartis : en cours d'inscriptions, 86; en cours d'examens, 62; auditeurs bénévoles, 13. Les 86 élèves en cours d'inscriptions se divisent de la manière suivante entre les quatre années d'études : première année, 18; deuxième année, 30; troisième année, 25; quatrième année, 13. Il a été pris 303 inscriptions de doctorat et 22 d'officiat de santé.

L'Alsace-Lorraine fournit 26 élèves en cours d'inscriptions, le département de Meurthe-et-Moselle 21, les Vosges 14, la Meuse 7, la Haute-Saône 4, etc.

Le nombre des élèves a diminué en deuxième et surtout en première année à cause de l'application du décret qui exige, depuis novembre 1879, les deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences pour prendre la première inscription de doctorat. Pour la quatrième année, la diminution est de 12 élèves et s'explique en partie par le mode de recrutement de la médecine militaire. Dorénavant, en vertu du décret du 15 juin 1880, les élèves ne quitteront la Faculté que pourvus du titre de docteur et ne feront plus au Val-de-Grâce que le séjour du stage proprement dit. Le nombre des élèves militaires a été de 8 en 1879-1880. Pour l'année 1880-1881, 11 élèves se sont présentés, 10 ont été reçus, notamment avec la deuxième et la troisième place.

Les étudiants de Nancy, engagés conditionnels d'un an, sont dirigés sur Paris, Lille ou Lyon. L'hôpital militaire de Nancy ne recevait pas d'engagés; il est maintenant occupé par des infirmiers militaires qui y ont remplacé les frères de Saint-Jean-de-Dieu; on espère qu'il pourra dorénavant recevoir des engagés.

Les bourses (chacune de 1,200 fr.) ont été distribuées au nombre de 7. Pour l'année 1880-1881, 9 ont été obtenues, 1 pour la deuxième année, 7 pour la troisième, 1 pour la quatrième.

Pour les examens, 25 élèves anciens ont opté pour le nouveau mode qui était obligatoire à dater du 1er novembre 1879, pour tous ceux qui ont pris à cette époque leur première inscription. Le nombre des examens de fin d'année a été de 44; 6 élèves ont obtenu la note *très-bien;* 11 la note *bien;* 10 la note *assez bien;* 9 la note *médiocre;* 2 ont été ajournés.

Le nombre des examens de fin d'études s'est élevé à 196, dont un seul pour le grade d'officier de santé. Il y a eu 25 ajournements. L'examen d'anatomie s'est toujours maintenu au degré de sévérité qu'exige cette science; il y a eu 7 ajournements sur 28 examens et la note *médiocre* a été donnée au tiers des candidats. 2 ont obtenu la note *très-bien*, 9 *bien* et *assez bien.*

Au second examen, 1 ajournement sur 7, avec un tiers de notes *bien* et *très-bien*. Au troisième examen (ancien régime) sur 31 examens, 1 ajournement sur 5. Au quatrième examen, 1 ajournement sur 14. Au cinquième examen, 1 ajournement sur 12. Pour les thèses, 21 ont été présentées et admises, 7 avec *très-bien*, 8 avec *bien*, 4 avec *assez bien*, 2 avec *médiocre*. Le doyen signale de nouveau le niveau scientifique élevé auquel s'est tenue cette épreuve. En résumé, 195 examens de doctorat, 15 avec *très-bien*, 47 avec *bien*, 50 avec *assez bien*, 50 avec *médiocre* et 25 ajournements. Un examen pour l'officiat, 1 admis avec *médiocre*.

15 examens pour le diplôme de sage-femme de deuxième classe, 14 admissions, 1 ajournement.

Les travaux pratiques sont tous organisés et les laboratoires fonctionnent avec activité.

L'amphithéâtre d'anatomie a reçu 344 cadavres dont 147 non réclamés. Les autopsies sont toutes faites à la Faculté, même pour les cadavres réclamés.

Les cliniques médicales de l'hôpital Saint-Charles ont reçu en 1879 un total de 1,303 malades dont 230 décès.

Les cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Léon ont reçu 578 malades, dont 52 décès.

La clinique obstétricale de la Maternité a reçu 197 femmes, dont 7 décès.

La clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Charles a traité à l'hôpital 72 malades et 317 à la consultation. On y a pratiqué 10 opérations de cataractes, toutes suivies de succès.

L'asile de Maréville a été ouvert aux étudiants pour la clinique complémentaire des maladies mentales, de même que la Maison de secours (756 malades) pour les cliniques des maladies cutanées et des maladies syphilitiques, et l'hospice Saint-Julien (319 pensionnaires, dont 115 malades) pour la clinique des maladies des vieillards.

Il y a eu 23 autopsies médico-légales.

La bibliothèque a acquis, en 1879-1880, 305 ouvrages nouveaux formant 575 volumes. Elle compte actuellement un total de 4,056 ouvrages avec 12,575 volumes. Elle reçoit 41 publications périodiques.

II

Pendant l'année scolaire 1879-1880, le nombre des élèves de l'École supérieure de pharmacie de Nancy a été de 87, savoir 42 en cours d'inscriptions, 41 en cours d'examens, 4 auditeurs bénévoles. L'École est réduite à l'unique département de Meurthe-et-Moselle pour les réceptions des pharmaciens de deuxième classe, depuis l'arrêté ministériel du 22 juillet 1877 qui lui a enlevé les départements de la Meuse et des Vosges. Le nombre total des inscriptions a été de 171 dont 87 de première classe, 84 de deuxième classe. Il y a eu 58 examens tant semestriels que de fin d'année dont 35 de première classe. Il y a eu 7 ajournements.

Le nombre des examens définitifs ou de réception pour le grade a été de 107, dont 56 de première classe, 18 de deuxième classe (nouveau régime), 33 de deuxième classe (ancien régime). Il y a eu 24 ajournements. La proportion des ajournés pour la première classe n'est que de 12,5 pour 100, tandis qu'elle dépasse 33 pour 100 pour la deuxième classe.

L'École a délivré 18 diplômes, dont 2 diplômes supérieurs (les deux premiers décernés en France), 11 diplômes de pharmaciens de première classe et 5 de deuxième classe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 février 1881, M. le docteur Landolt, professeur libre d'ophthalmologie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1878, les récompenses honorifiques suivantes :

Médailles d'or : MM. Bobierre, à Nantes; Delcominète, à Nancy.

Médailles d'argent : MM. Audouard, à Nantes; Baillet, à Bordeaux; Dominé, à Laon; Dubois, à Beauvais; Faucher, à Lille; Hébert et Ladrey, à Dijon; Micault, à Bar-le-Duc; Magen, à Agen; Minet, à Châteauroux; Ricard, à Angoulême; Stichter, à Châteauroux.

Rappels de médailles d'argent : MM. Hallez, à Lille; Marchand, à Fécamp; Ritter, à Nancy, et Robineaud, à Bordeaux.

Médailles de bronze : MM. Aubert, à Brignoles; Brehier, à Dinan;

Courcelle, à Laval; Delezenne, à Lille; Faux, à Doullens; Girard, à Nice; Jannin, à Chalon-sur-Saône; Jouslin, à Châteauroux; Pollet, à Lille; Provost-Comoy, à Nevers; Rogier, à Melun, et Tonnet, à Niort.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — La chaire de botanique et histoire naturelle médicale est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coze, médecin-major de première classe; Durand, médecin aide-major de première classe; Mattei, directeur de l'*Obstétrique*; Bertulus, professeur à l'École de médecine de Marseille, et de M. Chauvin, étudiant en médecine stagiaire à l'hôpital Beaujon, qui vient de succomber à la Maison municipale de santé aux atteintes d'une angine diphthéritique contractée à l'hôpital.

— Le portrait de Jobert (de Lamballe), par Henri Scheffer, et le tableau représentant Gilbert mourant à l'hôpital, légués à l'Hotel-Dieu de Paris par la veuve de Selim-Bey (Jean Pauthonier), viennent d'être placés dans les salles de cet hôpital,

— Par décision ministérielle en date du 4 février 1851, les aides-majors de première classe ne pourront être nommés surveillants au Val-de-Grâce qu'après deux ans d'ancienneté de grade. Ils seront choisis, pour remplir les fonctions, parmi les lauréats de promotion, et, à défaut de lauréats comptant deux années de grade, parmi les numéros 2 des promotions antérieures. — Les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe seront seuls admis à concourir pour les emplois de professeur agrégé. — Conformément aux dispositions contenues dans le décret du 13 novembre 1852, les médecins et pharmaciens principaux, professeurs à l'École du Val-de-Grâce, ne pourront être promus à la première classe de leur grade qu'en abandonnant leur chaire de professeur, à moins qu'ils ne cumulent leur fonction de professeur avec celle de médecin ou de pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

— Le mercredi 24 février 1881, à deux heures précises, aura lieu à l'hôtel des commissaires-priseurs, rue Drouot, 5, salle n° 3, au premier, la vente d'un choix de livres rares et précieux provenant de la bibliothèque de feu H. Jordan. Cette vente sera faite par le soin de M. Ch. Porquet. M. Hippolyte Jordan, dont la famille est établie à Avallon et dans les environs depuis plusieurs siècles, a, par son testament en date du 18 avril 1878, légué le prix que produira la vente de ses livres à l'hospice de la ville d'Avallon.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Olivier soutiendra le vendredi 25 février 1881 à trois heures et demie, dans la salle d'histoire naturelle de la Faculté, sa thèse de doctorat ès sciences naturelles ayant pour sujet : Recherches sur l'appareil tégumentaire des racines.

— *Occasion.* — Mobilier de médecin à vendre. S'adresser au bureau du journal.

Diagnostic, pronostic et traitement du chancre syphilitique, par le docteur Mauriac. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons de clinique chirurgicale, par le professeur A. Dubrueil. Deuxième fascicule. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10810.

N° 23. — JEUDI 24 FEVRIER 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 24 FÉVRIER 1881. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 23 février 1881.

Lorsqu'il a atteint sa majorité, l'homme est en possession de ses droits. Il est capable de diriger sa personne, de disposer de ses biens et d'accomplir, sauf de minimes restrictions, tous les actes de la vie civile. Mais il n'est protégé ni contre les erreurs de la nature, ni contre les coups du sort; il peut naître sans intelligence ou perdre celle dont il a été doué. Dans un certain nombre de cas, la loi, trompée dans son attente, l'assimile alors à l'enfant, et non-seulement elle lui enlève l'administration de sa fortune, mais encore elle le prive de sa liberté et confie à un tiers la surveillance de sa personne et de ses intérêts. En un mot, elle l'*interdit*.

Le code civil reconnaît deux groupes de malades : 1° ceux qui, entièrement privés de la raison, sont incapables de gouverner leur personne et d'administrer leurs biens, et auxquels la loi enlève l'exercice de tout droit civil; 2° ceux qui ne sont ni assez dénués de raison pour être complètement privés de l'exercice de leurs droits, ni assez sains d'esprit pour jouir de la plénitude de la vie civile. Les premiers, soumis au régime de l'interdiction, reçoivent un tuteur qui prend soin de leur personne et de leurs biens; les seconds, capables de faire seuls certains actes, ont besoin de se faire assister par un conseil judiciaire quand ils veulent « plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier ou en donner décharge, aliéner ou grever leurs biens d'hypothèques ».

L'interdiction et le conseil judiciaire, questions que l'on serait tenté de croire essentiellement juridiques, reposent au contraire sur la clinique. Toute décision à intervenir n'est et ne peut être que le reflet du diagnostic porté par le médecin. Un tribunal est scientifiquement incompétent; il doit s'éclairer de l'observation médicale et faire appel aux lumières spéciales des hommes les plus autorisés.

Ces vérités ressortent à chaque page du nouvel et important ouvrage que M. Legrand du Saulle vient de publier sur ces sujets si graves et encore si peu connus de l'interdiction des aliénés et du conseil judiciaire (1).

Qu'il fasse de l'enseignement écrit, dans un livre, ou de l'enseignement parlé, à l'amphithéâtre de la Salpêtrière, les procédés de vulgarisation de notre savant confrère restent identiquement les mêmes. Ainsi, il ne s'attribue pas la mission de disserter sur l'essence de l'âme, de rechercher les lois de l'entendement et de dévoiler le mécanisme et le secret de la pensée humaine; il ne se hasarde point dans les nuages de la psychologie, il néglige les abstractions rêveuses et s'applique à décrire avec précision les désordres qui surviennent dans les opérations physiologiquement dévolues au cerveau. Pénétrant ensuite dans l'intimité de chaque espèce, il présente le malade, relate la forme, la variété et la marche de son état mental, puis il recherche avec un soin minutieux quels peuvent être les rapports de sa situation pathologique avec la loi civile et la loi pénale.

D'après M. Legrand du Saulle, cette grande et émouvante question de l'interdiction n'a jamais été envisagée de la même manière par les magistrats et les médecins. Elle a même donné lieu fréquemment aux plus fâcheuses dissidences. A son sens, ce désaccord s'explique. Le magistrat a eu pour élément d'appréciation les témoignages consignés au dossier et un seul interrogatoire du sujet à interdire, comme si l'aliéné était toujours semblable à lui-même! Le médecin s'est appuyé sur la marche de l'affection mentale, c'est-à-dire sur les faits fournis par l'observation directe et prolongée du malade. L'un a jugé d'après un point de vue général, l'autre d'après un point de vue spécial. Le magistrat et le médecin n'ont point été placés sur le même plan, et ils n'ont pas vu la même chose.

M. Legrand du Saulle différencie dans les termes suivants la mission et le ministère du magistrat et du médecin : « Le magistrat, dit-il, place au-dessus de l'homme même les lois fondamentales qui régissent les sociétés. En dehors de l'intérêt restreint d'un individu, il y a l'intérêt bien autrement élevé de la nation, et c'est celui-là que la justice a le droit et le devoir de sauvegarder. Le médecin, sévèrement confiné dans son rôle, apprécie les conditions du fonctionnement de l'organisme intellectuel et physique de l'homme, et il fournit au juge les lumières de l'observation scientifique, dans les cas où celles-ci peuvent lui être nécessaires. »

Dans son livre, l'honorable médecin de la Salpêtrière s'évertue, en véritable clinicien, à ramener le magistrat et le médecin sur un terrain commun et identique. Il montre au magistrat ce qu'est scientifiquement le sujet à interdire, et il indique au médecin la position particulière qui peut être faite par la loi à un malade. La dissidence ne sera plus possible désormais.

A propos de l'interdiction des aliénés et du conseil judi-

(1) *Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire.* — Un vol. in-8° de 503 pages, à la librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Paris, 1881.

ciaire, M. Legrand du Saulle appuie ses démonstrations médico-légales sur soixante-treize observations, la plupart personnelles, toutes d'un intérêt saisissant, et habilement disséminées dans le texte. Plusieurs chapitres de son livre présentent une importance majeure : nécessité de l'interdiction dans certains cas déterminés; interrogatoire et examen des aliénés; aphasie; états intellectuels contestés; état mental qui nécessite la nomination d'un conseil judiciaire, etc.

Ce livre si original est le frère jumeau de l'ouvrage publié en 1879 sur les *Testaments contestés pour cause de folie* et analysé dans ce journal : même méthode, même clarté, même cachet personnel, même élévation de pensée, même élégance de style.

Depuis vingt-cinq ans, M. Legrand du Saulle a fourni une somme de travail véritablement énorme, et il a publié toute une bibliothèque sur la médecine légale générale et la jurisprudence médicale, sur la clinique cérébrale et sur la pathologie de l'intelligence. Puisse-t-il, dans l'intérêt de la science, ne pas s'arrêter de si tôt et nous apprendre encore beaucoup de choses!

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion soulevée dans la dernière séance par l'intéressante communication de M. Laboulbène sur la trichinose a continué dans celle-ci et continuera probablement dans la prochaine. Voici en substance ce qui a été dit sur ce sujet :

M. Colin a entrepris des recherches pour s'assurer si les trichines sont vivantes ou mortes dans les salaisons, et pour trouver un moyen pratique de constater la vitalité où la mort de ces parasites. Il a constaté que la salaison ne constitue pas une garantie suffisante contre l'infection trichineuse. Cherchant ensuite à s'assurer dans quelles conditions la cuisson pourrait offrir cette garantie, il est arrivé à ce résultat : que l'ébullition prolongée et proportionnée au volume du morceau est un moyen très-sûr de rendre la viande trichinée inoffensive.

M. Davaine, qui avait déjà fait une étude de cette question il y a une vingtaine d'années, se montre à cet égard beaucoup moins alarmiste que ses collègues. Pour lui, l'usage du porc de notre pays est sans danger. Quant à la viande des porcs trichinés importés en France, il lui paraît suffire, pour se garantir de son danger, de la soumettre à une cuisson suffisante, d'où cette conclusion que la terreur qu'inspire aujourd'hui la trichinose est très-exagérée.

Enfin M. le docteur Vallin a fait connaître les résultats d'une étude qu'il a faite, à cette même occasion, sur la résistance des trichines à la chaleur et sur la température centrale des viandes soumises à l'ébullition.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Méningite cérébro-spinale épidémique (1).

II

Troisième période. — En 1866, nous retrouvons la méningite cérébro-spinale épidémique disséminée un peu partout, mais l'Allemagne et la Russie semblent être atteintes plus particulièrement, à Kalouga, au sud-ouest de Moscou, puis dans le Caucase. En 1867, Saint-Pétersbourg et Moscou sont cruellement ravagés, ainsi que Pola en Autriche, qui, par l'intermédiaire d'un navire, importa la maladie dans l'île de Vissa, où, dans une garnison de 4,000 hommes, sur 20 malades, 10 moururent.

Vers la même époque (1868), on la signale en Algérie, à Sétif. En 1872, New-York est atteint; en 1874, Van-der-Corput la remarque à Bruxelles; enfin, en 1875, la méningite cérébro-spinale épidémique fut constatée au Val-de-Grâce sur un soldat breton.

L'historique, dont je me suis efforcé de vous tracer le tableau, vous montre que cette terrible maladie se localise tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre, et qu'elle prend très-facilement le caractère épidémique.

La léthalité de cette affection est considérable; elle sévit principalement dans les endroits où l'agglomération de la population est très-prononcée, dans les casernes pour les militaires, dans les écoles pour les enfants. L'encombrement et les mauvaises conditions hygiéniques sont des conditions favorables au développement de la méningite épidémique. Nous la voyons, en outre, coïncider fréquemment avec les maladies à purulence rapide, l'érysipèle grave, les maladies des femmes en couches, par exemple. C'est aussi en même temps qu'elle que l'on voit apparaître des épizooties que les vétérinaires attribuent à une affection des méninges.

Le typhus pétéchial et la fièvre typhoïde coexistent souvent avec elle, et, comme dans ces dernières maladies, comme dans la peste, nous trouvons en clinique des formes abortives et des formes foudroyantes de méningite cérébro-spinale épidémique.

L'histoire clinique des épidémies ordinaires fait voir que les prodromes sont rares; la maladie frappe subitement, sourdement, atteignant de préférence les individus vigoureux et en bonne santé. Tout à coup, après quelques frissons ou quelques vomissements, le malade est pris de céphalalgie violente et de rachialgie intense. Le faciès est celui des maladies cérébrales : le malade a l'air étonné, de la stupeur; on dirait un homme ivre; le visage est pâle, les yeux sont injectés, le regard est fixe. Dans son lit, le patient prend un décubitus particulier; au lieu de s'étendre sur le dos, il se couche sur le côté, affectant la position que l'on appelle en clinique être couché en chien de fusil. Dès le début, la fièvre est vive, la température, au bout de quelques heures, monte à 40°, 41°,9. Wunderlich cite même des températures effrayantes de 43°,7 et même 44°,1. (Cette température aurait été prise après la mort.)

Le pouls est petit, dur, s'élève à 100, 120 pulsations pour tomber à 40 et 50 dans la deuxième période.

La peau est sèche, rude; parfois il y a une éruption labiale d'herpès ou du zona.

Du côté du système nerveux, les troubles sont considérables : la céphalalgie est tellement atroce qu'elle arrache des cris aux malades; la plupart sont pris d'un délire furieux; la tête et les mâchoires sont agitées de tremblements convulsifs; la nuque est le siège d'une douleur vive et caractéristique s'étendant au dos. La sensibilité est notablement exagérée et le moindre attouchement détermine des douleurs très-aiguës; c'est d'ailleurs ce que nous constatons sur des malades atteints de méningite. Parfois, dans les formes comateuses, il y a presque de l'insensibilité; mais c'est exceptionnel.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 février 1881.

La motilité est affaiblie et les articulations présentent une roideur forte ; le cou est rejeté en arrière ; le malade est dans l'opisthotonos et présente ainsi une raideur considérable.

Dans les langues du Nord, on trouve ce symptôme indiqué par le nom même de la maladie : en suédois *nacksjuka,* maladie de la nuque, *dragsjuka,* mal qui raidit ; en allemand *nakenfieber*, fièvre de la nuque.

Outre ces symptômes, on remarque encore des convulsions toniques, spasmodiques des membres, des secousses plus ou moins violentes, la contraction des pupilles, le strabisme, les grincements de dents. Tel est le spectacle véritablement effrayant que présente un malade atteint de méningite cérébro-spinale épidémique.

L'affaiblissement de l'activité musculaire dans l'œsophage, l'intestin, la vessie, survient ordinairement.

Les fonctions des organes urinaires sont profondément troublées ; les urines sont rares et souvent albumineuses.

Les fonctions digestives ne se font que très-irrégulièrement et très-péniblement. La langue est sèche, la soif vive ; très-souvent il existe de la constipation. Le malade a des sueurs froides. La mort survient par asphyxie avec l'accès bronchique.

A côté de ces phénomènes nerveux, viennent se placer des troubles psychiques, qu'il est utile de signaler. Le malade est dans l'appréhension d'une terminaison funeste ; il est maniaque et son sommeil est très-agité. Je vous ai signalé chez lui l'herpès labialis, les douleurs articulaires. Sa respiration est courte, fréquente, pénible ; il a soif, avec la langue sèche; il présente une constipation opiniâtre, il urine peu et l'urine est comme albumineuse.

Dans les cas de moyenne intensité, cette première période d'excitation passe souvent inaperçue, et c'est à la seconde que commence pour ainsi dire le tableau clinique de la maladie. A la période d'excitation nerveuse et de crispation plus ou moins nette, nous voyons alors succéder une dépression cérébro-spinale considérable ; le malade perd connaissance, l'insensibilité succède à l'hyperesthésie que l'on constatait au début, le pouls de 100 et 120 tombe à 40 et 50 pulsations. Les aliments ne peuvent plus passer que par régurgitation et le malade n'urine que par regorgement. Arrivé à ce point, si la guérison doit survenir, les phénomènes s'amendent lentement et successivement. Si, au contraire, la mort doit être la terminaison de la maladie, nous voyons les pupilles se dilater davantage encore, le strabisme augmenter, la cyanose apparaître, puis, la respiration devenant de plus en plus faible, la mort arriver dans le coma.

Dans quelques cas, il existe une forme foudroyante et apoplectique.

Maintenant que vous connaissez l'ensemble des symptômes que présente un malade atteint de méningite cérébro-spinale épidémique, reprenons, comme nous l'avons fait pour le typhus et la fièvre typhoïde, quelques-uns de ces phénomènes en particulier.

Remarquons tout d'abord que le cycle fébrile a atteint son maximum en vingt-quatre heures, il est à 38°, 39°,5, et que la température s'élève dans quelques épidémies jusqu'au chiffre de 40°, 41°,8.

Notez également que le pouls, qui, au début, était à 100 et 120 pulsations, tombe vers la fin à 40 et 50 ; c'est là une grande différence d'avec le typhus et la fièvre typhoïde, auxquels cette maladie a été comparée.

Je dois vous dire également que, toutes les fois qu'il existe un défaut de parallélisme entre le pouls et la température, c'est toujours un signe de mauvais augure.

Si nous examinons les éruptions qui se manifestent dans le cours de cette affection, nous voyons qu'elles sont nombreuses ; aussi est-ce pour cette raison que les Anglais et les Américains l'ont appelée fièvre tachetée (*spotted fever*). Tout d'abord on voit apparaître l'herpès, qui siège sur les lèvres, les narines, les paupières, le cuir chevelu et le tronc. Puis des taches ecchymotiques, des pétéchies vraies, comme dans le typhus, la fièvre typhoïde et la peste ; ces taches abondantes et précoces ont été observées surtout en Amérique. On constate encore des éruptions érythémateuses, rubéoliques, scarlatiniformes, ressemblant à la varicelle ou à l'urticaire. Toutes ces éruptions, à mon avis, reconnaîtraient pour cause l'excitation du système nerveux.

L'albuminurie, vous ai-je dit, est très-fréquente, mais l'analyse des urines n'a jamais révélé la présence d'aucun sel particulier. On a noté quelques faits de glycosurie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des syphilides génitales ulcéreuses.

Cette syphilide consiste dans une ou plusieurs ulcérations, une entamure du derme, non pas dans une simple érosion comme la syphilide érosive, non pas dans une proéminence comme la syphilide hypertrophique, mais dans une perte de substance, une véritable ulcération. Elle est plus ou moins étendue, mais sa surface ne dépasse guère les dimensions d'un ongle ; elle est plus ou moins creuse, entamant le derme dans une profondeur de un à deux millimètres. Ces ulcérations peuvent être plus ou moins nombreuses et plus ou moins confluentes.

Mais ces caractères n'ont rien de spécial, rien de pathognomonique, et la maladie pourrait être confondue facilement avec le chancre simple, si nous n'avions d'autres signes à notre disposition pour nous permettre d'en établir le diagnostic différentiel, diagnostic difficile en bien des cas et qui a été à peine fait jusqu'à ce jour.

Le chancre simple et la syphilide ulcéreuse ont le même siège génital ; tous deux sont constitués par une ulcération qui entame le derme ou la peau des muqueuses; première difficulté. En effet, un ou une malade entre avec une syphilis avérée et des ulcérations sur les parties génitales ; avez-vous affaire à un chancre simple, ou à une plaque muqueuse ulcérée, une syphilide ulcéreuse ?

Comme premier élément de diagnostic, vous avez les commémoratifs, c'est-à-dire que le chancre simple dérive directement d'une contagion, tandis que la plaque muqueuse est un accident secondaire spontané. Or, si votre malade répond qu'il n'a eu aucun rapport, aucun contact suspect depuis plusieurs mois, la question peut être jugée : ce n'est pas un chancre, mais une syphilide ulcéreuse. Mais votre malade est-il sincère ? Ne se trompe-t-il pas lui-même ? Les commémoratifs ne sauraient donc suffire.

Vous avez alors comme signe pathognomonique la configuration de la lésion qui pourra vous venir en aide. L'ulcération syphilitique, en effet, affecte une forme circinée, demi-circulaire, en croissant. Vous avez encore la multiplicité et l'inégalité du développement des diverses lésions qui constituent la maladie. En effet le chancre simple est multiple et composé par des lésions d'âge et de développement iné-

gaux. Que votre malade ait deux ou trois chancres simples, vous aurez souvent au pourtour de ceux-ci d'autres chancres plus petits, satellites minuscules des premiers, qui sont aux grands chancres ce qu'un enfant est à son père. Le chancre simple réalise ce fait dans la plupart des cas par la présence d'un pus inoculable qui produit avec la plus grande facilité des inoculations de voisinage; de là des chancres moins âgés, plus petits que les premiers dont on peut dire qu'ils sont les fils.

Ce que vous trouvez là lorsqu'il s'agit du chancre simple, vous ne le rencontrez jamais avec des plaques muqueuses ulcérées, où toutes les lésions sont contemporaines, toutes sont du même âge et affectent un même développement.

Mais les différents signes que nous venons d'indiquer peuvent manquer et laisseraient notre diagnostic en suspens, si nous n'avions encore les caractères suivants :

1° L'état des bords de la lésion, c'est-à-dire, pour le chancre simple, bords abrupts, à pic, quelquefois décollés et flottants; tandis que, pour la syphilide ulcéreuse : bords inclinés en pente douce vers le fond, jamais abrupts, jamais décollés;

2° L'état du fond de la lésion : Chancre simple : fond inégal composé par une série de dépressions et de reliefs successifs faciles à voir à l'œil nu, distincts surtout à la loupe, fond que l'on a appelé déchiqueté, vermoulu. Syphilide ulcéreuse : fond absolument lisse, absolument uni, voire même souvent comme vernissé.

3° La coloration de la lésion : cette coloration est très-différente; dans le chancre simple elle est jaune, gaie, très-animée; dans la plaque muqueuse ulcérée la coloration est rougeâtre ou d'un rose gris lardacé.

Mais, il faut bien le dire, ces trois signes peuvent encore faire défaut, et, pour poser résolûment notre diagnostic, il ne nous reste plus qu'une dernière ressource, mais celle-ci est absolument péremptoire: c'est l'inoculation. D'une part le chancre simple s'auto-inocule toujours, fatalement, et l'inoculation donne lieu au développement d'un autre chancre simple. D'autre part, l'auto-inoculation du pus de la plaque muqueuse ulcérée sur un sujet syphilitique ne produit rien, absolument rien.

Vous êtes donc autorisé, dans l'indécision de votre diagnostic, à inoculer une gouttelette de pus sur le bras de votre malade, et, si dans les quarante-huit heures rien n'est apparu, c'est que vous avez eu affaire à une syphilide ulcéreuse; si, au contraire, quelque chose survient dans le point inoculé, c'est que votre malade porte un chancre simple.

Ce signe, je le répète, est absolument péremptoire, il est de la plus haute importance.

Évolution. — Tandis que les syphilides érosives, papulo-érosives ou hypertrophiques sont des lésions ultra-bénignes qui ne demandent qu'à guérir, par contre la syphilide ulcéreuse est d'une opiniâtreté désespérante, d'une résistance des plus grandes au traitement, et d'une durée de plusieurs mois. De même, elle ne s'associe jamais aux autres syphilides, mais fait, pour ainsi dire, bande à part.

La papule muqueuse peut affecter des variétés de forme : tantôt c'est une sorte de pastille ou un petit hémisphère, tantôt elle est caliciforme, légèrement excavée au centre en cupule. Elle est ordinairement rouge, mais quelquefois elle est grisâtre, opaline ou blanche comme de la porcelaine, d'où son nom de papule porcelanique, ou diphthéritique comme on l'appelle encore. Elle est parfois jaunâtre lorsqu'elle s'encroûte. Enfin la papule s'ulcère à son centre, l'ulcération s'étend de proche en proche, et il ne reste bientôt plus de la papule qu'une ulcération avec son parapet qui lui sert de bord, c'est ce que l'on a appelé la syphilide papulo-ulcéreuse. Enfin, dernière particularité, elle peut prendre la forme circinée, c'est-à-dire d'un demi-cercle ou des trois quarts d'un cercle. Ceci est très-important, car il n'y a que la syphilide sur les muqueuses qui réalise cette forme demi-cerclée ou cerclée, tandis que sur la peau beaucoup d'affections peuvent donner lieu à cette forme, ne serait-ce que le trichophyton.

Les complications sont assez rares. Dans la plupart des cas les plaques muqueuses évoluent sans complications, à moins qu'elles n'aient une certaine durée. En tous cas, ces complications sont : 1° un érythème de voisinage autour de la papule, quelquefois un véritable intertrigo qui peut prendre le caractère érysipélateux; 2° l'œdème des parties génitales; 3° le sclérème vulvaire chez la femme, caractérisé par une augmentation de volume des grandes ou des petites lèvres qui peuvent atteindre jusqu'au double ou au triple de leur volume normal. Elles sont en même temps d'un rouge sombre; elles sont dures, rénitentes; fermes, non comme l'œdème qui conserve l'impression du doigt ou conserve l'empâtement inflammatoire, mais d'une dureté sèche, dureté scléreuse secondaire de la syphilis comme on l'a dénommée.

Ces complications ont une résultante commune : la déformation de la vulve, partielle ou entière. Si elle apparaît sur les petites lèvres, celles-ci s'épaississent, se tuméfient, s'érigent en crête, se tortillent sur elles-mêmes, ou forment de véritables boudins et sortent de la vulve comme une sangsue gorgée de sang. Elles sont quelquefois tellement volumineuses qu'elles forment de véritables tumeurs. Dans d'autres circonstances ce sont les grandes lèvres qui sont le siège de ces déformations, et s'hypertrophient au point de devenir gigantesques, grosses comme un demi-citron, comme une tranche de melon, même comme une orange, et, si les deux grandes lèvres sont atteintes, elles se compriment mutuellement de façon à simuler deux côtes de melon juxtaposées.

Enfin il existe une dernière lésion vulvaire peu connue encore. Ce sont les folliculites secondaires qui peuvent se présenter sous deux formes différentes : la forme sèche et la forme hypertrophique ulcéreuse.

La forme sèche est caractérisée par une ou plusieurs petites tumeurs hémisphériques, rouges, dures, consistantes et résistantes sous le doigt. Lorsque plusieurs d'entre elles se touchent par la base, elles constituent ce qu'on appelle la folliculite agminée. Elles resemblent assez à de petites verrues, à des végétations; mais, ce qui les en distingue nettement, c'est un petit pertuis situé au sommet de la tumeur, pertuis d'où sort quelquefois un petit poil.

Cette folliculite secondaire est une affection dont il est extrêmement difficile de débarrasser les malades; rien n'y fait que le temps et le mercure, à moins que l'on n'ait recours à l'excision.

La folliculite sèche peut s'abcéder, s'ulcérer et donner lieu à une ulcération cratériforme, à parapet qui l'enserre, et du diamètre de 2, 3 ou 4 millimètres. Si plusieurs tumeurs agminées s'ulcèrent, le diamètre de l'ulcération peut atteindre jusqu'à 2 ou 3 centimètres.

Telles sont les deux formes de la folliculite vulvaire.

Enfin, avant de terminer je veux vous dire aussi quelques

mots des syphilides du vagin et du col de l'utérus, sujet encore très-peu étudié et peu connu.

Les plaques muqueuses du vagin et du col utérin sont très-rares relativement aux syphilides vulvaires, et, pour vous donner quelques chiffres ,je vous dirai que dans l'espace de deux ans, à Lourcine, tandis que l'on a reçu 522 femmes atteintes de plaques muqueuses de la vulve, il n'est entré que 25 femmes ayant une syphilis du col utérin et 9 seulement une syphilis du vagin. Il en est là comme de la bouche relativement au pharynx. Autant les syphilides de la bouche sont fréquentes, surtout sur les amygdales et les piliers du voile du palais, plus encore que sur les lèvres et la langue, autant elles sont rares sur le pharynx; c'est au point que les piliers du voile du palais ont reçu le nom de colonnes d'Hercule de la plaque muqueuse. On pourrait en dire autant de l'anneau vaginal.

Mais, si rares qu'elles s'y rencontrent, ces lésions n'en existent pas moins, et devront dans tous les cas être recherchées avec soin sur le vagin et sur le col de l'utérus.

Les syphilides du vagin se présentent dans un siège spécial, c'est-à-dire dans l'ampoule supérieure du vagin, près du col de l'utérus. Jamais je ne les ai rencontrées dans le cylindre vaginal, jamais sur le corps du vagin. Elles y affectent, soit la forme d'une simple érosion, soit celle d'une papule érosive d'un rose blanc ou même tout à fait blanche.

Un peu plus communes sur le col de l'utérus, comme le démontrent les chiffres que j'ai cités, elles revêtent la forme érosive, papulo-érosive ou ulcéreuse, et très-exceptionnellement la forme hypertrophique. La forme érosive y est constituée par une simple érosion épithéliale du col, desquamant légèrement la muqueuse. Le plus souvent on voit une papule muqueuse ayant la forme d'une pastille plate, d'une coloration blanche, opaline. On y rencontre aussi quelquefois la syphilide ulcéreuse, mais elle n'a rien de spécial, elle est un peu creuse, elle entame le col et se recommande à l'attention du médecin par deux caractères : 1° un contour à segments cerclés qui la distingue de l'ulcération de la métrite muqueuse et de la métrite granuleuse du col; 2° sa situation excentrique par rapport à l'orifice du col, c'est-à-dire que cette ulcération n'a pas le centre du col, pour son centre propre, mais qu'elle est située en dehors de son orifice. L'ulcération de la métrite, au contraire, rayonne du centre même du col.

A défaut de ces deux caractères qui peuvent parfois manquer, il en est un troisième qui est tiré de l'évolution. En effet, dans la métrite granuleuse l'évolution est très-lente, elle dure plusieurs mois, à cause du tempérament à corriger et de sa curabilité difficile.

Dans la syphilide, au contraire, son évolution est très-rapide et sa guérison extrêmement prompte. Son traitement, et c'est par là que je terminerai, consiste tout d'abord dans un repos relatif, dans une continence absolue, tout au moins dans l'intérêt d'autrui, puis dans des bains, des injections détersives dans le bain même, quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent ou la teinture d'iode, il consiste surtout encore à recouvrir les ulcérations d'une poudre inerte, soit d'oxyde de zinc, de tannin, voire même de kaolin, poudre sur laquelle on appliquera un tampon de ouate. Dans l'espace de huit, quinze ou vingt jours, les ulcérations seront cicatrisées.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. Leven.

L'estomac et le système nerveux.

Les réactions de l'estomac sur le système nerveux ne sont pas décrites jusqu'à présent. Les faits cliniques qui les démontrent sont très-nombreux.

Dès que la dyspepsie dure quelque temps avec intensité, tout le système nerveux est mis en branle. L'hyperesthésie est la première manifestation, la plus commune parmi les phénomènes nerveux dus à la dyspepsie. Elle a été rapportée jusqu'à présent à l'hystérie : c'est là une erreur clinique; elle est tributaire de la dyspepsie seulement. Sur 100 malades dyspeptiques dont j'ai groupé les observations, je compte 53 hommes et 47 femmes.

L'hyperesthésie paraît chez l'homme après l'âge de trente et quarante ans en général, et on la rencontre souvent après cinquante et soixante ans. Quand l'hyperesthésie existe du côté droit ou gauche, compliquée de fourmillements et de phénomènes cérébraux, vertige, céphalalgie, etc., les médecins craignent en général quelque affection cérébrale. L'hyperesthésie se développe parallèlement à la dyspepsie, grandit et disparaît avec elle. Bien des erreurs de diagnostic sont faites parce qu'on en a méconnu jusqu'à présent l'origine et la portée.

Chez la femme, ce symptôme paraît plus tôt que chez l'homme. La raison en est que c'est la menstruation, ce sont les grossesses qui provoquent la dyspepsie. L'hyperesthésie est le fait de la dyspepsie; seulement, si elle paraît chez une hystérique, c'est que l'hystérie est compliquée de dyspepsie. Le signe propre à la névrose hystérique est l'anesthésie que je n'ai jamais observée dans la maladie de l'estomac. Sur les 53 hommes dyspeptiques, 37 présentaient de l'hyperesthésie. Sur les 47 femmes, il y en a 41 qui avaient la peau, les muscles hyperesthésiés.

On peut presque dire, d'après la statistique, que ce symptôme est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme, et que c'est surtout chez l'homme arrivé à la maturité qu'on la constate. Cependant je l'ai notée chez des enfants (garçons et filles) âgés de huit et dix ans.

La dyspepsie, tant qu'elle ne se caractérise que par des symptômes locaux, gaz, acidités, gonflement de l'estomac, est une maladie qui guérit assez rapidement; mais elle devient tenace aussitôt que le système nerveux est envahi.

Jusqu'à présent ces symptômes éloignés avaient échappé à l'attention des médecins, parce qu'on n'avait fait de la dyspepsie qu'un trouble fonctionnel. Mais on comprend que, l'estomac étant un organe sujet à la maladie, ces congestions sont l'origine de symptômes multiples dont le plus grand nombre paraissent dans le système nerveux. Les développements que j'ai à donner à cette question mettront en évidence l'exactitude des idées que je professe sur la fonction et la maladie de l'estomac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de candidature de MM. de Ranse, Worms, Marjolin, Magitot, Mesnet, au titre de membre associé libre; Rey, au titre de membre correspondant national; Spencer Wells et Davila, au titre de membre correspondant étranger.

PRÉSENTATIONS

M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. le docteur de Ranse, une brochure intitulée : *Étude physiologique et clinique sur les phénomènes d'excitation produits par une série de bains tempérés dans une eau minérale à faible minéralisation.*

M. Constantin Paul présente, au nom de M. Byasson, une note sur l'essai du sulfate de quinine.

RAPPORT

M. CHATIN lit un rapport sur un travail de M. Gendrot, pharmacien à Bécherel, relatif à la nature de l'ergot de seigle. M. Chatin propose de donner acte à M. Gendrot de la priorité de sa découverte de l'appareil reproducteur de l'ergot de seigle attribué jusqu'alors à M. Tulasne.

LECTURES

Trichines et trichinose. — M. COLIN s'est proposé de rechercher si les trichines sont vivantes ou mortes dans les salaisons et de trouver un moyen pratique de constater la vitalité ou la mort de ces parasites. Dans les morceaux examinés par M. Colin et provenant de la saisie faite à Lyon, toutes les trichines des parties superficielles étaient mortes et l'étaient probablement depuis longtemps. Celles des parties profondes roses et moins chargées de sel avaient au premier abord l'aspect de trichines vivantes. Pour s'en assurer, M. Colin a fait un certain nombre d'expériences qui lui ont permis d'arriver à cette conclusion : que la salaison finit toujours par tuer les trichines, mais qu'il est impossible de savoir exactement au bout de combien de temps, et que, par conséquent, le danger est d'autant plus grand que la salaison est plus récente. La salaison ne constituant pas une garantie suffisante contre l'infection trichineuse, M. Colin a recherché dans quelles conditions la cuisson pouvait offrir cette garantie. Il ressort de ses expériences que l'ébullition est un moyen très-sûr de rendre la viande trichinée inoffensive, à la condition d'être prolongée proportionnellement au volume du morceau. Le rôtissage à feu nu n'a tué les trichines qu'après avoir été porté au-delà du point habituel pour le bœuf et le mouton. Le rôtissage incomplet et l'ébullition de courte durée qui laissent au centre des parties saignantes ou seulement rougeâtres sont insuffisants. De là le danger de faire usage, n'importe sous quelle forme, de la viande de porc soumise à une cuisson imparfaite.

M. Colin pense que beaucoup de malaises, d'embarras gastriques, de diarrhées, survenant à la suite d'ingestion de charcuterie crue ou imparfaitement cuite, sont des indices de trichinisation légère. C'est seulement dans les cas où la viande crue ingérée en fortes proportions se trouve saturée de parasites qu'elle détermine la trichinose grave, assez souvent mortelle.

Au point de vue de l'étiologie, M. Colin est d'avis que la trichine, quoique collectionnée par un grand nombre d'animaux (carnassiers de grande et petite taille, rongeurs, herbivores, oiseaux, reptiles, poissons, insectes même), est échangée entre eux dans des conditions très-variées et ne peut guère revenir à l'homme sans l'intermédiaire de la viande de porc.

M. DAVAINE lit un travail sur le même sujet.

Les études qu'il a faites de ces questions il y a vingt ans environ et l'attention qu'il a apportée aux faits qui ont été publiés depuis lors, ne lui permettent pas de partager la manière de voir de M. Laboulbène.

Il envisage la question à un double point de vue :

1° Cette maladie est causée par l'usage de la viande de porcs élevés dans la contrée où elle se déclare ;

2° Elle est causée par la viande de porcs importés de l'étranger.

Sur le premier point, M. Davaine conclut qu'il n'y a pas lieu, quant à la trichinose qui serait déterminée par l'usage de la chair de porc de notre pays, de solliciter des mesures sanitaires nouvelles relativement à l'inspection des porcs abattus en France, — la statistique des accidents des rues dans Paris comparée avec celle des cas de trichinose en France démontrant, suivant lui, qu'il y a beaucoup plus de danger, en parcourant les rues de Paris, de recevoir une cheminée sur la tête que de prendre la trichinose en France en mangeant de la chair de porc élevé dans le pays.

Sur la deuxième question, des expériences récentes faites en Allemagne confirment ce qu'on pouvait présumer déjà d'après les recherches antérieures, savoir que les trichines ne supportent que pendant très-peu de temps la température de 56 degrés centigrades.

Voilà la solution de la première partie de la question; la deuxième a été donnée avec la même certitude.

Ces expériences démontrent avec beaucoup d'autres que, pour la même température initiale, la durée de la cuisson est proportionnelle au poids du jambon et qu'on peut l'évaluer à trente ou trente-six minutes par chaque 1/2 kilog., suivant que ce dernier est à 17° (en été) ou à 7° (en hiver), en défalquant de ce temps la moitié de celui qui est nécessaire pour que l'eau entre en ébullition.

L'usage en France, d'après les informations que j'ai prises, est de donner à la cuisson du jambon une durée de quatre à six heures ou bien de faire varier le temps de la cuisson en proportion du poids du jambon, et cette durée est de cinquante minutes par kilogramme.

On voit donc, d'après les expériences mentionnées ci-dessus, que les trichines sont toutes parfaitement mortes lorsque l'on sert le jambon sur nos tables. Quant aux morceaux de moindre volume, personne, je pense, ne conteste l'efficacité de la cuisson telle qu'on la pratique en France.

J'ai dit que, depuis sept ans, il est constaté que les jambons importés d'Amérique contiennent des trichines dans la proportion de 2 à 5 pour 100. Dernièrement, les jambons examinés à Paris étaient infestés de trichines dans la proportion de 8 pour 100. Or on a importé en 1880 39 millions de kilogrammes de porc. A 8 pour 100, c'est environ 2 millions de kilogrammes de viandes trichinées qui ont été consommées en France en 1880. Je demanderai à nos conseils d'hygiène publique combien, dans cette année 1880, il y a eu de cas de trichinose en France.

Il ressort de ce qui précède que la terreur qu'inspire aujourd'hui la trichinose est certainement très-exagérée, et que, si l'Académie y prenait une part trop marquée avant la production de faits nouveaux, elle risquerait de compromettre sa considération et son autorité.

M. COLIN ne trouve pas que M. Davaine, dans sa communication, ait apporté aucun fait nouveau relatif à la question de la trichinose. Les expériences qu'il a rappelées ont été faites bien postérieurement à celles de M. Colin, qui datent de 1866, et d'ailleurs ces expériences ont été mal faites, en ce sens qu'elles consistaient à placer de très-petits morceaux de viande dans l'eau chaude; dans ces conditions les trichines meurent de suite. Ces expériences n'ont donc aucune valeur.

Relativement à la durée de la cuisson des viandes trichinées, on a beaucoup exagéré en disant qu'elle devait être de quatre à cinq heures ; il suffit qu'elle soit d'une heure et demie. On s'effraie beaucoup trop de la présence de cadavres de trichines dans les salaisons.

M. JULES GUÉRIN. Il y a dans cette discussion deux questions distinctes : l'une d'économie politique, l'autre d'étiologie générale. Au point de vue de l'économie politique, la crainte qu'inspire la trichinose fait prendre des mesures sanitaires qui lèsent de grands intérêts commerciaux. Ces mesures sont-elles justifiées par les notions scientifiques dont elles découlent ? Il en est des épidémies de trichinose comme de toutes les épidémies en général : elles sont sujettes à des interruptions dont les causes nous échappent. C'est avec raison que l'Académie ne veut pas donner sans de grandes réserves son assentiment à des mesures préventives très-sévères qui, pour toutes les épidémies, pour le choléra comme pour la trichinose, lèsent des intérêts souvent très-considérables.

Au point de vue de l'étiologie générale, les idées ont bien changé depuis quarante ans. La contagion était fort combattue alors ; aujourd'hui, au contraire, la science médicale est pleinement envahie par les idées de contagion et de transmission. Une maladie épidémique peut être à la fois contagieuse et spontanée. Il serait de la plus haute importance de bien étudier et de bien connaître la véritable étiologie de la trichinose, avant de décréter, à cause d'elle, des mesures préventives aussi préjudiciables au commerce.

M. VALLIN lit un mémoire sur *la résistance des trichines à la chaleur et sur la température centrale des viandes préparées.* (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 février 1881, M. Gross, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Nancy, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale de ladite Faculté, en remplacement de M. Rigaud, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bazy, docteur en médecine, est délégué provisoirement dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Quénut.

M. Haussmann est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1880-81, des fonctions de préparateur des cours de pathologie externe, en remplacement de M. Marchand, appelé à d'autres fonctions.

M. Martin (Édouard) est nommé commis au secrétariat, en remplacement de M. Bertringer, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Coutagne, docteur en médecine, est nommé chef des travaux de médecine légale.

M. Guérin est nommé chef des travaux de chimie organique et de toxicologie (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Saunier (Célestin), né à Ménil-sous-Harol (Vosges) le 31 janvier 1855, est nommé préparateur d'hygiène (emploi nouveau).

— La chaire de médecine opératoire et la chaire de pathologie externe sont déclarées vacantes.

— Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy le mardi 26 avril 1881, à huit heures du matin. Les épreuves consisteront :

1° En une composition écrite sur un sujet de pathologie externe avec considérations se rapportant à l'anatomie et à la physiologie (cinq heures seront accordées pour cette composition écrite) ;

2° En épreuves cliniques : examen de deux malades, un quart d'heure sera accordé pour l'examen de chaque malade ; leçon orale d'une demi-heure au plus sur ces deux malades après un quart d'heure de préparation ;

3° En épreuve pratique de médecine opératoire et de déligation.

Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique s'ouvrira devant la même Faculté le mardi 3 mai 1881, à huit heures du matin. Les épreuves consisteront :

1° En une composition écrite sur un sujet de pathologie oculaire avec les considérations se rapportant à l'anatomie et à la physiologie (cinq heures seront accordées pour cette composition écrite);

2° En épreuves cliniques : examen de deux malades, un quart d'heure sera accordé pour l'examen de chaque malade ; leçon orale d'une demi-heure au plus sur ces deux malades, après un quart d'heure de préparation ;

3° En épreuve pratique de médecine opératoire, diagnostic instrumental, anatomie et histologie pathologiques.

A chacun de ces emplois de chef de clinique, dont la durée est de trois ans, est attaché un traitement annuel de 1,000 francs.

Peuvent concourir tous les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé et les étudiants ayant subi les cinq examens de doctorat.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine trois jours avant l'ouverture de chaque concours. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

— Le budget de l'instruction publique pour 1882 est augmenté de 6,680,625 francs sur celui de l'année courante. On y relève, avec plaisir, le crédit de 80,450 francs pour les laboratoires de la Faculté de médecine ; celui de 30,800 francs pour le Collège de France, et celui de 40,000 francs pour le Muséum.

— Par arrêté du préfet de police, en date du 11 février 1881, l'admission à l'emploi d'expert-inspecteur du laboratoire municipal de chimie est subordonnée aux épreuves suivantes :

« Nul ne peut être nommé à l'emploi d'expert-inspecteur, s'il n'est Français et s'il n'a satisfait à la loi sur le recrutement. Les candidats experts-inspecteurs devront en outre être âgés de plus de vingt-un ans et de moins de trente ans. Ils devront passer un examen qui aura lieu à la préfecture de police.

« Cet examen comprendra une épreuve écrite se composant de : une dictée orthographique, une rédaction sur un sujet d'histoire ou de littérature de connaissance générale, un problème d'arithmétique.

« Les candidats admis après l'épreuve écrite subiront une épreuve orale qui consistera en questions sur la chimie générale, sur les falsifications les plus communes et les principaux moyens de les reconnaître, sur les lois et les règlements relatifs à la salubrité des denrées et marchandises (loi des 16-24 août 1790, tit. XI ; arrêté consulaire du 12 messidor an VIII, art. 23, 32 et 33 ; lois des 27 mars 1851 et 5 mai 1855, art. 319, 320, 423, 471, § 15, et 477 du Code pénal).

« Les candidats justifiant d'un diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences seront dispensés de l'épreuve écrite. »

— La réunion annuelle des sociétés savantes aura lieu à la Sorbonne du 20 au 23 avril prochain.

Les lectures ou expositions verbales occuperont les séances des mercredi 20, jeudi 21 et vendredi 22 avril. Le samedi 23 avril, à deux heures précises, aura lieu à la Sorbonne la distribution des récompenses accordées aux membres des sociétés savantes, tant des départements que de Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10826.

N° 24. — SAMEDI 26 FÉVRIER 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 26 FÉVRIER 1881. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pneumonie typhoïde ou adynamique.

Une jeune fille de seize ans et demi, en paraissant au plus quatorze par sa complexion délicate, est entrée à la Charité dans le service de M. Maurice Raynaud, le 7 ou le 8 février dernier, présentant au premier aspect toutes les apparences d'une fièvre typhoïde. Ce qui frappait surtout en s'approchant de son lit, c'était la teinte légèrement violacée de la peau, accusant un état asphyxique, et l'aspect de stupeur et d'accablement porté aussi loin que possible, air d'étonnement et d'hébétude.

Il n'y avait point de délire, d'ailleurs, mais une difficulté extrême à recueillir ses souvenirs et par suite une grande lenteur dans ses réponses, trahissant manifestement une grande fatigue du cerveau. Enfin ses forces semblaient épuisées; lorsqu'on l'avait fait placer sur son séant, elle retombait presque aussitôt comme accablée. Le pouls était fréquent, il battait de 128 à 132, la température à 40°. Avec un aspect pareil, neuf fois sur dix on eût pu presque à coup sûr diagnostiquer une fièvre typhoïde. On se trouvait ici dans le cas d'exception ou plutôt de doute.

Cette jeune fille, récemment arrivée à Paris et qui n'était pas encore acclimatée, avait eu trois mois auparavant un érysipèle dont elle avait été soignée à l'hôpital d'abord, puis au Vésinet où elle était allée passer sa convalescence. Elle en était sortie depuis trois semaines, lorsque, il y a une huitaine de jours, après d'assez grandes fatigues, elle fut prise d'une sensation de froid dans le dos, de frissons et de points de côté, avec une céphalalgie atroce, une insomnie absolue, des nausées et de temps à autre des vomissements. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée, pas de taches, un peu de météorisme du ventre seulement, rate volumineuse.

Du côté de la poitrine, un peu de dyspnée, toux, expectoration de crachats muqueux au milieu desquels on remarquait des stries sanguinolentes et quelques petits noyaux de crachats pneumoniques, jus de pruneaux.

A droite de la poitrine et en arrière, on constatait, à la percussion, une matité très-prononcée dans la fosse sus-épineuse. En avant, au sommet, il y avait un son légèrement tympanique. Dans le point correspondant on entendait, à l'auscultation, pendant les efforts de toux, du souffle et des râles crépitants fins.

A gauche, la percussion donnait un résultat douteux, une légère submatité dans la fosse sus-épineuse; rien à l'auscultation, du moins le premier jour.

Les jours suivants, les choses étaient légèrement modifiées, on entendait des râles de bronchite disséminés dans les deux côtés, du souffle dans la fosse sus-épineuse gauche avec augmentation de la matité.

Tels étaient les éléments du diagnostic.

Avait-on affaire à une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie? L'absence signalée plus haut de quelques-uns des signes essentiels de cette affection devait naturellement éloigner l'idée d'un pareil diagnostic, bien que plusieurs circonstances fussent de nature à faire hésiter.

Était-ce une pneumonie? Oui, mais une pneumonie d'une nature spéciale. Avant d'arriver à déterminer sa nature, il restait encore à discuter plusieurs points.

En présence d'une pneumonie du sommet accompagnée de symptômes graves, il y avait lieu d'examiner si l'on n'avait pas affaire à une tuberculose à marche aiguë, qui en impose si souvent pour une fièvre typhoïde. Plusieurs raisons ont paru à M. Maurice Raynaud devoir faire rejeter cette hypothèse : d'abord la forme lobaire de la pneumonie, tandis que la granulie aiguë à forme typhoïde s'accuse par des signes de bronchite.

Restait la question de la pneumonie typhoïde ou adynamique, type très-réel et connu anciennement. Ici on trouvait en faveur de ce diagnostic la réunion de toutes les conditions étiologiques propres à produire l'adynamie et la forme typhoïde: l'âge de la malade, son séjour récent à Paris, le surmenage, l'épuisement qu'elle avait subis. Aussi est-ce à ce diagnostic que s'est arrêté M. Maurice Raynaud.

Cette détermination n'était pas sans importance au point de vue pratique, car il en ressortait naturellement l'indication des moyens empruntés à la médication tonique et antiseptique: vin de quinquina, potion de Tood, préparations phéniquées; — ce qui a été mis à exécution.

L'évènement a justifié ce diagnostic et le traitement mis en usage. Quoique le pronostic parût grave, l'état de la malade s'est peu à peu amendé sous l'influence de cette médication, la température s'est abaissée, la fréquence du pouls a diminué, la défervescence s'est accusée de plus en

plus rapidement, les symptômes thoraciques ont notablement diminué; et, au bout de quelques jours, la malade est entrée en pleine convalescence.

Extirpation du rectum.

La chirurgie d'aujourd'hui n'est plus comparable à la chirurgie de la première moitié de ce siècle, et nos anciens maîtres éprouveraient un étonnement réel s'il leur était donné de reparaître. Cette réflexion nous venait tout naturellement à l'esprit en assistant, la semaine dernière, à une extirpation du rectum. Ceux qui ont pratiqué autrefois cette opération n'ont sans doute pas oublié le temps incalculable que le chirurgien passait à faire l'hémostase, à lier les nombreux vaisseaux divisés à chaque instant par l'instrument tranchant. Que de sang perdu malgré les précautions prises !

M. le professeur Trélat procédait, il y a juste aujourd'hui quinze jours, à une extirpation du rectum pour une tumeur épithéliale de la partie inférieure de cette portion d'intestin (ce n'est guère que dans ce cas qu'on enlève le rectum). La lésion remontait à 5 centimètres 1/2 au-dessus de l'anus et envahissait la circonférence de l'intestin. Il fallait extirper une portion du rectum supérieure à 5 centimètres 1/2 et inférieure à 8, puisque le péritoine descend ordinairement, en avant du rectum, jusqu'à 8 centimètres de l'ouverture anale, en formant le cul-de-sac recto-vésical.

Voici comment le chirurgien a procédé. Il a divisé l'opération en trois temps : incision de la peau; dissection du rectum; résection du rectum.

Premier temps. — La peau a été incisée circulairement avec le bistouri, à 1 centimètre de l'anus.

Deuxième temps. — La dissection du rectum a été faite sans hémorrhagie et sans avoir recours à aucune ligature. M. Trélat s'est servi du thermocautère pour exécuter ce temps de l'opération. Saisissant l'extrémité inférieure du rectum avec la main gauche, il a disséqué l'organe avec la pointe du thermocautère porté au rouge sombre, en suivant successivement les faces antérieure, latérales et postérieure. Le thermocautère s'enfonçant graduellement, les muscles releveurs de l'anus ont été divisés. L'instrument a séparé ensuite le rectum de la prostate. A ce niveau, on arrivait à la limite supérieure de la lésion, et on pouvait craindre l'ouverture du cul-de-sac péritonéal recto-vésical ordinairement situé à 2 centimètres au-dessus de la prostate.

L'ouverture de ce cul-de-sac chez l'homme, l'ouverture des culs-de-sac recto-vaginal et vésico-utérin chez la femme, généralement considérée comme un accident très-fâcheux, ne paraît pas effrayer M. Trélat outre mesure. Si l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal, dit-il, on se comporte comme s'il n'était pas ouvert, et cet accident n'apporte pas un obstacle sérieux à la guérison. Nous avons été habitué à considérer comme très-grave l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux du petit bassin, et nous avouons ne pas partager l'optimisme du chirurgien de l'hôpital Necker. Lorsque, tout dernièrement, M. Polaillon ouvrit le cul-de-sac recto-vaginal en cautérisant la partie postérieure du col utérin, lorsque M. Verneuil, extirpant le col de l'utérus, ouvrit le cul-de-sac recto-vaginal, et vit l'intestin grêle de sa malade venir à la suite de la chaîne de l'écraseur linéaire, il est fort à présumer que ces chirurgiens considérèrent l'accident comme fort sérieux.

Troisième temps. — Arrivé à la limite supérieure de la lésion rectale, M. Trélat a traversé le rectum avec un fil un peu fort, et il a divisé la circonférence de l'intestin en deux moitiés qu'il a sectionnées séparément au moyen de l'anse du galvanocautère.

L'opération a été parfaitement conduite jusqu'au bout, et 6 centimètres environ du rectum ont été extirpés.

Il s'agissait de *procéder au pansement.* L'extrémité supérieure du rectum s'est considérablement rétractée; M. Campenon, chef de clinique, pourvu de doigts extrêmement longs, a pu la saisir et la ramener en bas, où on l'a essayé de la fixer à la partie postérieure de la plaie cutanée.

Le malade, qui avait été chloroformisé et couché sur le côté, a été réveillé et transporté dans son lit. On lui a placé dans le rectum une sonde en caoutchouc à demeure, sonde de 12 millimètres de calibre, permettant l'écoulement des matières fécales. Pansement à l'eau phéniquée.

Les *soins consécutifs* et les *suites* ont été simples. La température du malade n'a jamais dépassé 38°. On a fait matin et soir un lavage à l'eau phéniquée. Le point de suture unissant l'intestin à la peau n'a pas résisté. On ne s'est pas préoccupé de ce petit accident, et on a continué à réintroduire la sonde en caoutchouc à chaque pansement. Lorsque les matières fécales paraissent un peu dures, on prescrit un laxatif pour diminuer leur consistance et faciliter leur passage par la sonde.

Tout fait présumer que ce malade guérira bientôt; il est presque guéri. Mais un rétrécissement cicatriciel annulaire du rectum n'est-il pas à craindre ?

Nouveau traitement des affections articulaires subaiguës et chroniques.

Ces affections sont du domaine de la chirurgie aussi bien que de la médecine. On sait combien sont variés, et surtout capricieux, les résultats du traitement par l'iode, les vésicatoires, etc. Nous désirons attirer l'attention des praticiens sur l'emploi d'une nouvelle substance, l'*oakum,* employé avec succès par M. Constantin Paul à l'hôpital Lariboisière. Voulez-vous savoir ce qu'est l'oakum ? C'est tout simplement du chanvre imprégné de goudron. Les marins s'en servent pour calfater leurs embarcations. On peut se le procurer dans tous les ports de mer et même chez les droguistes. La première provision d'oakum employée par M. Constantin Paul est venue d'Angleterre et a été fournie par les pharmacies anglaises.

Ces jours derniers, nous avons été émerveillés de l'amélioration produite rapidement par l'oakum dans une arthrite blennorrhagique du genou chez la femme. L'articulation avait été complètement enveloppée avec ce chanvre goudronné, formant une couche de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, et laissée en permanence autour du genou.

M. Constantin Paul emploie aussi ce médicament dans l'*arthrite déformante*, dont il a considérablement amélioré un cas en quelques semaines.

L'oakum ne réussit pas seulement dans les affections articulaires, mais dans tous les cas où l'iode est recommandé en application. Il produit les meilleurs effets dans la bronchite et il remplace aussi bien l'emplâtre de poix de Bourgogne.

La première application thérapeutique de l'oakum appartient à un ingénieur anglais, M. Verderman, qui l'aurait conseillé aux matelots qui souffraient de douleurs articu-

laires. C'est par le plus grand des hasards que le savant médecin de l'hôpital Lariboisière en a eu connaissance.

Traitement de la vaginite blennorrhagique.

On a beaucoup vanté, et avec raison, les applications de tampons d'ouate imprégnée de poudre d'alun. Nous avons pu constater les heureux effets obtenus avec un mélange d'eau de chaux et de baume de Gurjun, à parties égales. Ce traitement, renouvelé tous les deux jours ou tous les jours, selon les cas, est journellement employé, et avec succès, par M. Constantin Paul, dans son service.

Traitement des brûlures par le liniment au sucrate de chaux.

Nous possédons l'excellent liniment oléo-calcaire contre les brûlures. M. Constantin Paul lui préfère le liniment au sucrate de chaux, dont on étend une couche sur la brûlure et qu'on recouvre d'une couche de coton.

Pour préparer ce liniment, on triture du sucre et de la chaux éteinte à parties égales; puis on y ajoute peu à peu une certaine quantité d'eau de manière à rendre le mélange très-liquide. Après quarante-huit heures on filtre. Puis on évapore jusqu'à consistance d'un sirop très-clair. On mélange ensuite ce résidu avec parties égales d'un liquide composé d'une partie de glycérine et de trois parties d'huile.

Ce liniment a, sur le liniment oléo-calcaire, l'avantage de contenir une plus grande quantité de chaux sous le même volume.

RÉSISTANCE DES TRICHINES A LA CHALEUR

ET TEMPÉRATURE CENTRALE DES VIANDES PRÉPARÉES.

Par le docteur Vallin.

Dans des recherches faites, il y a plusieurs années, sur la température nécessaire pour tuer la trichine, M. Vallin faisait chauffer, dans un bain de sable à température bien déterminée, des débris très-minces de viande trichinée placés dans des tubes de verre remplis d'eau, puis il introduisait cette viande dans l'estomac de lapins; au bout de quinze à vingt jours, on voyait quelle température avait empêché la trichine d'apparaître dans les muscles de ces animaux.

Au-dessous de + 52 degrés, l'infestation avait presque toujours lieu, ce qui prouve que les trichines n'étaient pas détruites; celles-ci étaient tuées d'ordinaire par la température de + 54 à 56°; cependant, une fois, après un échauffement de la viande à + 54°, une autre fois même à + 56 à 57° centigrades, la trichinisation eut lieu. M. Vallin attribue ce fait exceptionnel à cette circonstance que les trichines ainsi chauffées étaient enkystées depuis deux ou trois mois; or il est démontré qu'à cet état leur développement est plus complet que lorsqu'elles viennent d'arriver dans les muscles, et qu'aussi leur résistance aux agents de destruction est beaucoup plus grande. Les embryons, libres encore dans les muscles, sont parfois digérés dans le suc gastrique, et l'animal qui a mangé de cette viande crue peut ne pas être infesté (Davaine, Goujon, Pagenstecher); ces embryons peuvent être détruits par une température de + 48 à 50°, tandis que les larves enkystées, à structure bien plus compliquée, résistent à une plus forte chaleur. C'est là sans doute ce qui explique les chiffres différents, donnés par les auteurs, de la température qui tue sûrement les trichines. En tout cas, il n'existe aucun fait qui fasse penser que les trichines puissent supporter la température de + 60° centigrades.

M. Vallin a relevé les températures les plus basses indiquées par le thermomètre implanté au centre de rôtis de bœuf et de mouton, tels qu'on les sert d'ordinaire sur nos tables. Pour le roastbeef, quand il est cuit à point, à l'anglaise, les chiffres les plus bas sont + 57°, + 58°; — quand il est un peu trop saignant, qu'il existe çà et là quelques points violacés, les chiffres minima sont: + 54°, 53°, 52° et même 51°. — Pour les gigots cuits à point, on trouve de 52° à 56°; mais parfois le centre est violacé par places et la viande, est à la rigueur, acceptable, quoique la température centrale puisse ne pas dépasser 48°, 49°, 50° et 51°. Les personnes non prévenues ont toujours mangé ces viandes sans observation. Il y a danger à continuer dans cette voie, et il est nécessaire de revenir un peu plus aux anciennes coutumes de la cuisine française.

En ce qui concerne la viande bouillie, M. Vallin a trouvé qu'un morceau de bœuf de 3 kilogrammes n'atteint dans son centre 90 à 100° qu'au bout de quatre heures; au bout d'une heure, il marque déjà + 50° et plus.

Un morceau de lard de poitrine, de 1 kilogramme et de 4 centimètres d'épaisseur, plongé dans l'eau en ébullition, marquait déjà + 54° centigrades au bout de vingt minutes, + 75° au bout de quarante minutes et + 84° au bout d'une heure; à ce moment, son épaisseur restait encore augmentée de 2 centimètres.

Il en est tout autrement dans les jambons, dont la viande est serrée, desséchée, entourée d'une couche épaisse de graisse qui conduit mal la chaleur. M. Vallin, sur des jambons de 5 à 6 kilogrammes, a trouvé les températures minima suivantes, après l'immersion dans de l'eau déjà bouillante: au bout d'une demi-heure, + 16° centigrades; une heure, + 26°; une heure et demie, + 32°; deux heures, + 38°; deux heures et demie, + 45°; trois heures, + 55°; trois heures et demie, + 65°; quatre heures, + 69°; cinq heures, + 76°; six heures, + 82°; six heures quarante, + 86°.

On voit donc que trois heures d'ébullition ne suffisent pas pour tuer avec certitude les trichines, surtout si l'on tient compte des temps d'arrêt de l'ébullition par l'entretien du feu, par l'addition d'eau *froide* en remplacement de l'eau vaporisée. On pourrait dire que la cuisson d'un jambon doit durer près d'une heure par kilogramme; il faut toutefois éviter l'exagération, car un jambon de 4 kil. 100 gr., au bout de six heures d'ébullition, avait perdu 1,330 grammes, soit le quart de son poids. Même au bout de ce temps, la viande du jambon reste d'un rouge très-vif; cette couleur tient sans doute au nitrate de potasse et ne prouve nullement que le jambon n'ait pas été assez cuit.

Ces expériences peuvent servir de base aux conseils hygiéniques à donner au public; la cuisson mieux surveillée est la véritable sauvegarde contre le danger des trichines, et l'on peut ajouter que c'est une sauvegarde suffisante.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas de filaire de Médine. — Dans l'une des dernières réunions du Wien med. Collegium, le docteur Zontides a présenté un cas de *dracunculus* ou *filaria medinensis*, affection des plus rares qui n'a encore été observée que deux fois à Vienne.

Cette maladie se rencontre dans la Perse, mais seulement dans la contrée basse, près du golfe Persique. On l'a observée chez des soldats envoyés en expédition dans cette contrée et qui étaient revenus à Téhéran, souffrant de cette affection. Le siège occupé par la filaria est habituellement la région de la malléole interne. L'incubation dure en moyenne six mois. Cependant, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, elle a duré près d'une année. L'extraction du ver en tirant dessus est très-difficile, à moins que la tête n'ait été arrachée. Il est ordinairement roulé en spirale dans sa cavité, quelquefois il est étendu. On suppose qu'il s'introduit dans l'organisme humain par les voies digestives, de même qu'il peut être déposé dans la piqûre de certains insectes, à l'état d'œufs. Enfin nous ajouterons que les caractères distinctifs du mâle et de la femelle ne sont pas encore bien connus, bien qu'en Perse on considère la filaire mâle comme très-petite et la filaire femelle comme très-longue.

Quoi qu'il en soit, l'observation du docteur Zontides est celle d'un individu qui, après avoir séjourné pendant huit mois à Djidda, en Arabie, était de retour à Vienne depuis une année environ, lorsqu'il se plaignit de vives douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. L'examen de la région malade fit découvrir, à 3 centimètres au-devant de la malléole interne, au niveau du scaphoïde, vers le bord interne du pied, un petit orifice, large comme la tête d'une épingle, à bords irréguliers, donnant issue, sous la pression des doigts, à un peu de liquide séreux.

Le mal pris pour une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané sans suppuration, on prescrivit des compresses d'eau glacée et le repos au lit avec position élevée du pied. Mais, dès le lendemain, apparaissait dans le petit orifice une sorte de cordon blanc que le docteur Zontides saisit au moyen d'une pince pour l'attirer au dehors. Une longueur dudit cordon d'un mètre environ fut ainsi amenée à l'extérieur. C'était un parasite que le professeur Weinlechner reconnut pour une filaria medinensis. La cavité dans laquelle elle était logée mesurait 8 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur. La guérison survint rapidement. Le malade se souvint après l'extraction qu'il avait eu plusieurs mois auparavant quelques douleurs en différents endroits de la jambe droite. (*Presse méd. belge.*)

Enchondrome ossifiant sous-unguéal du gros orteil. — Un garçon de dix-neuf ans portait depuis dix-huit mois une tumeur grosse comme un pois et pointue sur la dernière phalange du gros orteil droit. La tumeur était lisse, arrondie, dépourvue de toute mobilité; elle faisait corps avec les parties sous-jacentes, elle paraissait émerger de l'os présentant un certain étranglement au point d'émergence.

Enlevée une première fois par M. le docteur Lauzet (de Marseille), elle se reproduisait au bout d'un mois avec les mêmes caractères et recouverte par une mince pellicule cornée appartenant à l'ongle. Seconde ablation, et M. Lauzet applique de la pâte de Canquoin au niveau du point d'implantation; mais résultat négatif, récidive dans les mêmes conditions. M. Lauzet emploie cette fois le fer rouge après une nouvelle ablation de la tumeur, et il obtient un résultat favorable, mais partiel : la tumeur se reforme un peu plus petite.

Enfin, dans une quatrième opération, il augmente l'étendue de la cautérisation en largeur et en profondeur. Cette fois la guérison est définitive et depuis cette époque s'est parfaitement maintenue.

Cette tumeur n'était pas une exostose, elle n'était ni pyramidale ni dure comme le tissu osseux; de plus, l'ongle n'était pas retroussé en forme de trompette, signes donnés par Dupuytren. Ce n'était pas non plus un carcinome. La tumeur était formée de tissu cartilagineux; de plus, vers son point d'implantation, on apercevait quelques corpuscules osseux. Elle s'était développée peu à peu au niveau de la partie d'un ongle que le malade s'était arraché quelque temps auparavant. (*Marseille médical.*)

Asphyxie des nouveau-nés. — M. le docteur R. Battey a donné récemment lecture à l'Association médicale américaine d'une note sur un enfant paraissant mort-né et revenu à la vie au bout de deux heures cinq minutes. Il s'agit d'un cas où, après une présentation du siège, l'enfant était venu au monde en état de mort apparente, profondément cyanosé, presque sans pouls et le cœur n'ayant plus que des battements faibles et irréguliers, qui bientôt même parurent cesser complètement. La respiration artificielle resta sans résultat : on enveloppa le nouveau-né dans de la flanelle chaude et on pratiqua l'insufflation de bouche à bouche.

Le premier mouvement respiratoire ne fut obtenu qu'après plus d'une heure et le second se fit attendre dix minutes après le premier. Enfin ce ne fut qu'au bout de deux heures cinq minutes que la respiration et la circulation redevinrent réellement normales. Il y a dans ce fait, dit le docteur R. Battey, une leçon de patience et de persévérance pour tous ceux qui se trouveront en présence d'un cas d'asphyxie chez le nouveau-né. (*Revue méd.-chir. des mal. des femmes.*)

Cette observation confirme les conclusions d'une note publiée l'an dernier dans la *Gazette des hôpitaux* (1) par M. le docteur Fort touchant l'état de mort apparente consécutive à l'asphyxie proprement dite, note dans laquelle l'auteur citait le cas d'un enfant et celui d'un adulte rappelés à la vie par la persévérance avec laquelle le docteur Fournol et lui avaient pratiqué la respiration artificielle pendant plus de quatre heures consécutives.

Sans revenir ici sur le fait communiqué à la Société de médecine pratique par M. le docteur Goyard, que nous avons publié le mois dernier (2), d'un enfant rappelé à la vie par le procédé de M. le docteur Le Bon, c'est-à-dire par l'immersion dans l'eau chaude à 50 degrés, nous devons citer encore cependant une observation un peu semblable de Mlle Anna Puéjac, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier (3).

Il s'agit d'un enfant qui présentait également, dès la naissance, tous les symptômes de l'asphyxie et chez lequel tous les moyens usités en pareil cas étant restés sans résultat, Mlle Puéjac eut recours à l'eau chaude, chauffée à 60 ou 65 degrés environ, non pas, comme les docteurs Le Bon et Goyard, pour y plonger rapidement l'enfant, mais pour lui en asperger la poitrine avec une serviette. L'action, ajoute l'auteur, ne se produisit pas au bout de trente secondes, mais elle fut instantanée. Chaque goutte d'eau fit sur la peau une tache rosée qui s'étendit rapidement de telle sorte que toute la surface du corps, de livide qu'elle était, recouvra bientôt sa coloration normale, sans inflammation ni phlyctènes.

La différence du procédé est peu sensible, immersion ou aspersion; la température de l'eau chaude n'est pas beaucoup plus élevée dans un cas que dans l'autre, 50 degrés chez le docteur Le Bon, 60 ou 65 degrés environ pour Mlle Puéjac. Quant à l'interprétation du fait, elle diffère davantage. En effet, le docteur Le Bon a cherché surtout, dans les expériences qu'il a instituées sur de jeunes animaux asphyxiés, à modifier la température du corps, très-basse dans ces conditions, considérant, dit-il, que, pour que la vie reprenne son cours, il ne suffit pas d'oxygéner le sang, mais qu'il faut surtout ramener l'organisme à un certain degré de chaleur.

Le docteur Goyard, au contraire, devant la rapidité d'action de l'eau chaude chez l'enfant dont il a rapporté l'observation, rapidité qui n'a pu laisser au rayonnement calorifique le temps de s'exercer, le docteur Goyard serait plutôt porté à voir là une excitation vitale s'exerçant brusquement sur les innombrables terminaisons nerveuses de la surface tégumentaire, excitation qui parvient au bulbe et de là, par acte réflexe, aux pneumo-gastriques (4). C'est à peu près la même explication que Mlle Puéjac croit devoir donner du fait. Ce que l'on cherche à obtenir, dit-elle, c'est le réveil de la sensibilité des nerfs thoraciques et du pneumo-gastrique, pour que les muscles inspirateurs et les poumons entrent en activité. Or l'eau chaude, très-chaude, ajoute-t-elle, projetée avec force à l'aide d'une serviette, produira plus d'impression que l'immersion dans un liquide d'une température moins élevée.

Enfin nous ajouterons que l'immersion des nouveau-nés dans l'eau chaude à une température qui n'est pas déterminée avec le thermomètre, il est vrai, est de pratique courante en Bretagne, ainsi que l'a fait remarquer dans une des dernières séances de la Société de médecine pratique la lettre d'un médecin de cette région.

Maladie nerveuse du saut. — Il règne en ce moment en Amérique, dans les districts du New-Hampshire, du Maine et du Canada, une petite épidémie d'accidents nerveux bizarres, essentiellement caractérisés par la production de réflexes désordonnés à la suite de certaines excitations, par une soumission passive à des ordres donnés d'autorité, enfin par un besoin d'imitation irrésistible.

C'est ainsi que le moindre attouchement brusque fait sursauter

(1) *Gazette des hôpitaux*, année 1880, nº 36, p. 284 et 285.
(2) *Gazette des hôpitaux*, nº 6, 15 janvier 1881.
(3) *Gazette médicale de l'Algérie*, nº 20, octobre 1880.
(4) *Nouveau Journal médical*, nº 6, 5 février 1881.

le malade; si on le pousse, l'agitation est plus violente; enfin, si on augmente l'excitation, il fait des bonds extravagants. Qu'un ordre soit donné d'une voix haute et brève, il le répète et obéit. Ainsi vient-on, par exemple, au bord d'une rivière, à lui ordonner de se jeter à l'eau, il s'écrie lui-même à son tour : « Jette-toi à l'eau », et en même temps il s'y précipite. Lui dit-on de frapper un de ses voisins, il répète : « Frappe-le », et l'acte suit la parole sans la moindre hésitation.

L'ordre est quelquefois ainsi reproduit accompagné d'un cri violent analogue à ceux de l'hystérie ou de l'épilepsie.

M. le docteur Beard, qui a rapporté à la Société neurologique de New-York les faits dont il a été témoin, raconte qu'il récita devant un de ces sauteurs absolument illettrés quelques vers de Virgile et d'Homère et qu'immédiatement le malade répétait chaque syllabe comme un écho, en même temps qu'il sautait ou exécutait quelques contorsions.

Tous les bruits soudains, coup de canon, coup de pistolet, claquement de porte, déterminent chez les sauteurs des cris, des tressaillements et des sauts caractéristiques. L'un d'eux même se coupa la gorge en entendant le bruit violent d'une porte tandis qu'il se rasait. Tous ces malades sont épuisés par ces contorsions surtout en raison de leur fréquence.

La maladie du saut est essentiellement chronique, elle paraît avoir quelque analogie avec les troubles psychiques qui régnèrent épidémiquement au moyen âge. Elle diffère des convulsions hystériques en ce sens qu'elle n'est pas particulière aux sujets nerveux et impressionnables. Les sauteurs sont des individus vigoureux, capables de durs travaux, et d'une intelligence moyenne. L'affection paraît être héréditaire; c'est ainsi que l'on a pu voir quatre familles renfermer ensemble quinze de ces malades. Les femmes sont rarement atteintes, et les jeunes enfants au-dessous de quatre ans sont épargnés.

D'après M. le docteur Beard, cette maladie serait une conséquence pathologique des chatouillements; elle résulterait d'une singulière habitude propre aux habitants de ce pays, de se chatouiller les uns les autres dans les bois.

Le bromure de potassium a été employé chez ces malades sans aucun succès; en réalité, aucune médication n'a réussi. (*Medical Times and Gazette.*)

Fièvre typhoïde adynamique grave, mort, autopsie, découverte de trente cysticerques dans le cerveau. — Il s'agit d'une fillette de quatorze ans, pubère, bien développée, très-forte, réglée depuis un an, qui succomba le mois dernier, dans le service de M. le docteur Bouchut, à une fièvre typhoïde grave adynamique, ainsi que l'autopsie l'a parfaitement démontré. Mais, outre les lésions caractéristiques de cette malade, l'ouverture de la boîte crânienne a fait voir à la surface des hémisphères et à leur base, çà et là entre les circonvolutions, sous la pie-mère et à la surface du cerveau, de petits kystes hyalins, transparents, jaunâtres, remplis d'un liquide transparent avec point jaune opaque sur la paroi. Ce point est dû à la présence du cysticerque.

Chaque kyste avait le volume d'un gros pois ou d'une petite noisette. Ceux de la surface étaient légèrement adhérents à la pie-mère, mais non à la substance corticale, et l'on pouvait les énucléer facilement. A l'intérieur du cerveau il y en avait un dans le corps strié et un dans la couche optique. Un autre a été trouvé *tout à fait libre* dans le quatrième ventricule près de l'ouverture supérieure, et la substance nerveuse était parfaitement saine. Le microscope a démontré que l'on avait affaire à des cysticerques. Ils étaient au nombre de trente dans les parties examinées, c'est-à-dire dans l'hémisphère droit; quant à l'hémisphère gauche, il a été conservé sans être ouvert. Il est donc permis de supposer que le nombre de ces cysticerques devait être beaucoup plus considérable.

Comme dans tous les cas analogues précédemment observés, ils n'avaient donné lieu à aucun symptôme appréciable, et leur présence n'avait pu être reconnue pendant la vie. C'est ainsi que cette jeune fille avait pu jusqu'au moment de sa fièvre typhoïde faire des études complètes sans que celles-ci aient jamais été entravées par aucun trouble intellectuel ou autre, sans convulsions ni paralysies. (*Paris médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Traitement de la pustule maligne. — M. DESPRÈS, à l'occasion des communications de MM. Chipot (d'Orléans) et Bréchemier sur divers modes de traitement récemment proposés pour la pustule maligne, fait observer qu'aucun de ces traitements ne vaut celui qui est employé depuis des siècles, toujours avec le même succès, dans certaines contrées, particulièrement dans la Beauce. Il y a, dit-il, une distinction très-importante à faire entre l'œdème malin avec pustule maligne et l'œdème malin sans pustule maligne. L'œdème malin ne guérit pas, sauf chez les individus jeunes. Je suis donc porté à croire que, dans l'observation de M. Bréchemier, comme dans le cas de M. Anger, il s'agissait d'un œdème malin avec pustule maligne. Le meilleur traitement est sans contredit la cautérisation faite le plus rapidement possible avec du sublimé corrosif, comme l'emploient depuis longtemps avec succès les médecins de la Beauce. Les chirurgiens n'ont donc pas le droit d'abandonner ou de modifier ce traitement qui, depuis longtemps, a fait ses preuves.

M. DELENS. Il ressort, des détails très-précis fournis par M. Bréchemier, que, dans son observation, il n'y avait pas de pustule maligne. Cette observation démontre, en outre, les bons effets des injections de teinture d'iode.

M. ANGER. Je n'ai pas eu affaire, dans mon cas, à une pustule maligne, mais bien à un œdème malin pur et simple. Le traitement proposé par M. Desprès, et qui consisterait à cautériser dès le début, est souvent inutile. Il faut attendre, au contraire, car, parmi les pustules malignes, il en est de très-graves et d'autres qui le sont moins; parmi ces dernières, il en est qui guérissent très-bien d'elles-mêmes. J'attends donc, pour cautériser, la production de phénomènes inflammatoires. Mais je ne crois pas qu'il soit indiqué, dans tous les cas, de toujours cautériser dès le début, comme le veut M. Desprès.

M. TRÉLAT. M. Briquet me disait récemment qu'étant interne à la Pitié, à une époque où l'on rencontrait beaucoup plus de pustules malignes qu'aujourd'hui, il ne voyait presque jamais cette affection entraîner la mort, et, qu'à cette époque, on ne recourait à aucun traitement chirurgical. Tout en tenant compte de ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans les souvenirs, déjà lointains, de M. Briquet, il n'en est pas moins vrai que la guérison spontanée de la pustule maligne n'est pas chose si rare. Je ne veux pas en conclure qu'il ne faut rien faire pour la combattre. Toutefois il faut tenir compte des faits de guérison spontanée. Il est bien certain que la cautérisation a souvent permis d'obtenir la guérison de la pustule maligne; mais est-ce une raison pour repousser tout autre moyen, surtout quand il s'agit de moyens qui, comme les injections sous-cutanées de teinture d'iode, sont absolument rationnels, conformes à l'expérimentation physiologique, et qui, d'ailleurs, ont déjà fait leurs preuves?

M. DESPRÈS. La guérison spontanée de la pustule maligne est un fait exceptionnel. Je fais un procès aux nouveaux modes de traitement, parce que l'on ne nous fait connaître que les succès qu'ils procurent et qu'on laisse dans l'ombre les insuccès.

M. Desprès rappelle, à cette occasion, tous les traitements qui ont été proposés contre la pustule maligne, depuis l'application de feuilles de noyer jusqu'aux purgatifs et à la saignée. Il ajoute que les cas de guérison spontanée n'ont jamais été observés que chez des jeunes gens. C'est là une question de résistance.

M. FARABEUF a été témoin de succès très-nombreux obtenus par M. Raphaël avec de simples applications de feuilles de noyer.

Dans d'autres arrondissements, tous les médecins obtiennent de très-bons résultats de la cautérisation.

M. TRÉLAT. Il est impossible de laisser M. Desprès tourner en ridicule un traitement aussi rationnel que celui qui repose sur l'emploi d'agents léthifères de la véritable cause de la pustule maligne. Il est impossible d'assimiler un pareil traitement à de simples applications de feuilles de noyer. Les affirmations de M. Desprès ne changent rien aux faits. L'expérience du laboratoire et celle des cliniciens sont d'accord pour admettre le bien fondé du traitement de la pustule maligne par les injections sous-cutanées de teinture d'iode.

Kystes de l'iris. — M. GIRAUD-TEULON lit un rapport sur une observation de M. Masse (de Bordeaux), relative à un cas d'épithélioma perlé de l'iris dont il a eu l'occasion de suivre le complet développement chez un malade qui s'est refusé à l'opération.

M. ANGER. On a fait cette remarque générale sur les transplantations d'épithéliums dans les différents tissus, que, dans un assez grand nombre de cas, ces petits kystes finissent par disparaître spontanément, c'est-à-dire que ces épithéliums ainsi transplantés dans divers tissus, après s'y être développés pendant un certain temps, finissent par se résoudre et disparaître. Il serait donc intéressant, à ce point de vue, de suivre le malade de M. Masse.

Anévrysmes spontanés. — M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. Combalat (de Marseille), qui comprend trois observations d'anévrysmes spontanés, traités d'abord sans succès par la compression et la réfrigération, et finalement guéris par la ligature au-dessus du sac. Dans le premier cas, il s'agissait d'un anévrysme de l'arcade crurale et de la ligature de l'iliaque externe; dans les deux autres, il s'agissait d'anévrysmes du creux poplité.

Dans ses considérations générales, M. Combalat insiste sur l'utilité des fils de catgut pour ces cas. Il n'est pas question, dans ces cas, de la bande d'Esmarch, par la raison que ces observations sont antérieures à l'emploi de cette bande.

La taille chez la femme. — M. LE DENTU a extrait un volumineux calcul de la vessie d'une femme de soixante-quinze ans, dans des conditions particulièrement difficiles. Cette femme avait un vagin très-long, très-étroit; l'orifice de l'urèthre se trouvait à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'entrée de la vulve. En outre, cette femme avait une affection cardiaque qui contre-indiquait l'emploi du chloroforme. En présence de ses très-vives souffrances, de son incontinence d'urine, etc., il était facile de reconnaître qu'on avait affaire à un calcul très-volumineux. M. Le Dentu se décida donc pour la taille vésico-vaginale. Frappé de l'insuffisance de l'instrumentation pour cette opération, il a fait construire par M. Collin un instrument spécial qui permet de bien saisir la paroi vésico-vaginale et de l'inciser très-facilement sur la longueur voulue. Le calcul qu'il a ainsi extrait pèse 58 grammes.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

46. M. COMOY. Fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus dans les luxations de l'avant-bras en arrière. — 47. M. HUCHARD. De l'hémarthrose traumatique du genou. — 48. M. GUÉGAN. Considérations sur l'emploi du café dans le traitement des métrorrhagies. — 49. M. BORDAS. Contribution à l'étude des complications de la gale et leur traitement. — 50. M. DOASSANS. Thalictrum macrocarpum. — 51. M. TARRIUS. De la gangrène pulmonaire. — 52. M. BRAULT. Contribution à l'étude des néphrites. — 53. M. LACRONIQUE. Des hémarthroses et de leur traitement. — 54. M. BUET. Des zones hystérogènes. — 55. M. MARCHAND. Contribution à l'étude de la leucocythémie dans ses formes latentes. — 56. M. GRENIER. Étude sur une modification apportée au manuel opératoire de la céphalotripsie et de l'embryotomie. — 57. M. COLLARDOT. Des kystes du vagin. — 58. M. DESCUBES. Phlegmons diffus cervicaux d'origine dentaire. — 59. M. BOILLEREAU. De la fièvre typhoïde chez les enfants. — 60. M. LABAT. Recherches cliniques et expérimentales sur la tête du fœtus au point de vue obstétrical. — 61. M. DE CHAMPEAUX. Contribution à l'étude des symptômes du diagnostic et de la pathogénie de la maladie de Ménière. — 62. M. MARTIN. Des accidents réflexes survenant après l'opération de l'empyème. — 63. M. DUBOC. Considérations sur la nature du rhumatisme blennorrhagique. — 64. M. ROUSSEL. De la syphilis tertiaire dans la seconde enfance et chez les adolescents. — 65. M. COMBET. Sarcome primitif des muscles. — 66. M. ORTIS (Octave). De l'ictère dans les kystes hydatiques du foie. — 67. M. GIRAUD. Des caractères de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 68. M. CHAMBAND. Du somnambulisme en général. — 69. M. POUSSIÉ. Étude sur la pellagre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Honoraires médicaux; dernière maladie; faillite.

Un client a été déclaré en faillite peu de temps après la mort de sa femme, qui avait reçu les soins d'un médecin. Ce médecin a-t-il le droit de faire admettre au rang privilégié dans la liquidation ses honoraires de la dernière maladie de sa cliente ?

Cette question posée au *Concours médical* a reçu de M. Oudin la réponse suivante, qui mérite d'être mise sous les yeux de nos lecteurs, malgré les nombreuses occasions que nous avons eues d'éclairer nos anciens lecteurs sur cette question de la dernière maladie :

Les frais quelconques de la dernière maladie sont privilégiés sur la généralité des meubles. (Art. 2101, § 3, code C.)

La dernière maladie est celle qui précède immédiatement le décès.

D'autre part, les frais de dernière maladie sont à la charge de la communauté.

La femme étant décédée, le médecin est privilégié sur l'actif qui existe au moment du décès, actif qui est forcément aux mains du mari, chef de la communauté.

La faillite du mari, survenant postérieurement, ne change rien à cette situation.

Le médecin doit donc se présenter à la faillite comme créancier privilégié.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une médaille d'or a été décernée, par M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, au Conseil central d'hygiène du département de l'Indre, pour le zèle et le désintéressement dont il a fait preuve en faisant imprimer aux frais personnels de ses membres, par suite de refus de subvention, le volume très-intéressant contenant ses travaux.

— Sont nommés membres du Comité des travaux historiques (section des sciences) : MM. Mathias (Duval), directeur du laboratoire d'anthropologie à l'École pratique des hautes études, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Van Tieghem, professeur au Muséum d'histoire naturelle et directeur à l'École des hautes études.

— Sont nommés pour trois ans membres du Conseil départemental de l'instruction publique : MM. les docteurs Dumas (Hautes-Pyrénées), Gaché (Isère).

— Le ministre de l'intérieur vient de nommer une commission de quarante membres chargée de reviser la loi de 1838 sur les aliénés et d'étudier les conditions des asiles d'aliénés au point de vue sanitaire.

— L'administration de l'Assistance publique, sur l'avis favorable émis par le Conseil municipal de Paris dans la séance du 4 janvier dernier, va faire très-prochainement construire à l'hôpital des Enfants-Malades un bâtiment spécial, exclusivement réservé au traitement des affections diphthéritiques, tout en conservant une allée d'arbres à quelques mètres autour de ce nouveau pavillon.

Cette création a été assez vivement critiquée dans une de ses dernières leçons, leçon sur la trachéotomie, par M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants, qui considère ce nouveau pavillon comme un foyer de plus. « Je comprendrais, a-t-il dit, que l'on construisît un pavillon semblable hors Paris, à Bellevue, par exemple, où l'on transporterait les enfants dès les premières atteintes de la diphthérite, pour les y soumettre à un traitement spécial, médication stibiée, onctions mercurielles, etc., tandis que dans les chambres, maintenues à une température uniforme de 16 degrés centigrades, des pulvérisations phéniquées continues seraient faites autour des malades. »

M. de Saint-Germain a d'autant plus insisté là-dessus que, chaque fois qu'il lui est arrivé de pouvoir éloigner à temps de Paris des malades atteints de cette affection, ne serait-ce qu'en les faisant conduire à Asnières ou à Charenton, ceux-ci ont toujours guéri. Il a cité, à l'appui, l'observation de deux étudiants en médecine très-gravement atteints, qu'il a pu ainsi éloigner de la ville et qui ont été sauvés tous deux. Le déplacement opéré à temps serait donc, pour le chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, l'une des premières conditions de salut.

— La Société de médecine de Lyon vient de décerner, dans sa séance publique annuelle, deux médailles d'or: l'une à M. le docteur Aubert, pour un mémoire intitulé : *Influence des bains de mer sur la température du corps; études physiologiques sur les bains froids;* l'autre à M. le docteur Guinand, pour son mémoire intitulé : *Syphilis des verriers, hygiène et prophylaxie par la visite sanitaire.*

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours seront suspendus à l'occasion des jours gras du lundi 28 février au mercredi 2 mars. Ils reprendront le jeudi 3 mars.

— *Muséum.* — M. le professeur G. Ville commencera son cours de physique végétale le samedi 26 février 1881, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux.

— Un nouveau laboratoire de zoologie maritime, dépendant de la Faculté des sciences de Paris, va être très-prochainement installé à Port-Vendres, dans les Pyrénées-Orientales, dans les mêmes conditions que celui de Roscof, qui a été fondé en 1872, grâce au dévouement scientifique de M. le professeur de Lacaze-Duthiers. Ce nouvel établissement, annexe des laboratoires de la Sorbonne, aura pour but l'étude de la faune méditerranéenne, que ses caractères spéciaux, en plus d'un cas, différencient de la faune océanique étudiée à Roscof.

— *Occasion.* — Mobilier de médecin à vendre. S'adresser au bureau du journal.

Les systèmes d'évacuation des eaux et immondices d'une ville, par M. le docteur Van Overbeek de Mijer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht. In-8° de 100 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. — Paris, 1881, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10842.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, ce lundi-gras 28 février 1881.

Initium sapientiæ timor constipationis.
Et nunc intelligite; erudimini, qui constipati estis.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

De la constipation.

La constipation est un retard d'évacuation par rapport aux habitudes d'un individu. Elle a des lois de périodicité non absolues, mais relatives aux individus et à l'état différent de santé ou de maladie chez le même sujet. Pour juger de la constipation d'un individu, il faut tenir compte de ses habitudes antérieures.

La constipation n'est pas seulement horaire, mais encore quantitative. Ainsi tel individu qui ne va à la garde-robe que tous les jours rend une quantité en rapport avec le stock des matières qu'il possède dans son magasin intestinal. C'est une question de doit et d'avoir, d'entrée et de sortie. Tel autre, au contraire, bien qu'il aille régulièrement chaque jour à la selle, rend moins que son stock ne l'exigerait, et par suite ne vide pas complètement son gros intestin.

Vous pouvez comparer cela à la vessie d'un homme qui urine cinq ou six fois dans une nuit. A-t-il pour cela vidé sa vessie? Non, car il peut avoir une rétention vésicale, et rien ne dit que, malgré ces mictions répétées, il ne reste pas encore une certaine quantité de liquide dans le réservoir vésical.

Le nombre de fois, non plus que la régularité horaire, ne suffisent pas pour déterminer s'il y a ou non constipation, mais il est aussi nécessaire d'avoir la quantité.

Il y a donc deux constipations : la constipation apparente, celle qui est manifeste pour le malade, et la constipation latente, c'est-à-dire celle dont il ne se rend pas compte.

On peut avoir de la constipation, tout en ayant une diarrhée de cinq à six selles même par jour. Vous avez dans ce cas affaire à un constipé qui a détaché, à chacune de ses garde-robes, une petite quantité de son stock ; la première fois ce sera une selle caprine, une petite crotte à peine grosse comme le bout du doigt, puis les selles suivantes, toutes diarrhéiques qu'elles sont, seront le résultat d'une sécrétion particulière qui liquéfie peu à peu partie des matières accumulées dans son gros intestin, comme une petite pluie mouille parfois considérablement un trottoir transformant en une boue liquide la poussière qui le recouvre, sans entraîner pour cela toutes les immondices qui y ont été déposées.

La constipation peut donc exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et sèchement, comme elle peut exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et humidement.

C'est alors qu'appelé auprès d'un malade pour cette diarrhée qui s'allie parfaitement à une constipation qu'on vous laisse ignorer parce qu'elle est latente et dont vous n'avez nul souci, que vous ignorez absolument, vous ordonnez bravement, et sans examen, de l'opium, fournissant ainsi un nouvel aliment à cette constipation que vous auriez dû combattre, mettant ainsi un nouveau bouchon à la bouteille de votre malade.

Tout homme doit-il, ou non, rendre une certaine quantité de matières dans un temps donné, et, s'il ne le fait pas, manque-t-il à tous ses devoirs? Ces matières doivent-elles être rendues proportionnellement à la dose qui a été ingérée, et à la manière dont elles ont été ingérées, autrement dit en un ou plusieurs repas? Doivent-elles être rendues proportionnellement aussi à la qualité des aliments introduits dans le gros intestin, proportionnellement aux déperditions qui peuvent se faire par d'autres voies telles que les urines, la sueur, etc., et ces déperditions ont-elles une influence sur la qualité même de la matière et facilitent-elles leur induration?

Vous voyez que le problème de la constipation est loin d'être simple.

Un homme est au lit depuis huit jours, par exemple, pour une pleurésie, une bronchite ou autre accompagnée d'une fièvre modérée, son régime est annulé ; antérieurement à cet état morbide, il n'avait jamais de constipation, et le voilà qui tout à coup reste sept ou huit jours sans aller à la garde-robe, c'est-à-dire dès le début de sa maladie. Son médecin a oublié de s'en occuper, et ce n'est qu'un certain jour qu'il s'aperçoit qu'il y a là une rétention des matières fécales. Quant au malade, il ne s'en étonne nullement; il y a huit jours, dit-il, qu'il n'a rien mangé ; il n'a rien pris, il n'a rien fait; pas d'argent pas de suisse. C'est une phrase que vous entendrez prononcer chaque jour.

Toutes les fois qu'en médecine une induction est tirée du sens commun, elle est mise à la porte. Nous vivons non pas sur ce qu'on dit, mais sur ce qui est. C'est ainsi que nous ne tenons pas compte de ce que nous dit le malade sur l'absence d'alimentation, comme cause de sa constipation, et nous ordonnons un purgatif afin de faciliter l'écoulement du stock des matières intestinales accumulées. Le malade pourra remplir un vase à la suite de ce purgatif sans que pour cela ce vase soit plein de matières fécales, mais bien rempli par la sécrétion liquide due au purgatif, et les matières n'auront de fécales que l'aspect. La quantité rendue ne prouvera donc rien relativement au stock dont l'intestin aura été débarrassé.

Comment donc reconnaître la constipation véritable de la rétention fécale? Les rétentions fécales absolues, telles qu'elles constituent une dérogation aux lois physiologiques, sont de la rétention, tandis que la constipation dans laquelle il entre d'autres éléments est une constipation proprement dite.

Dans toutes nos conversations médicales, la constipation est doublée d'une épithète, et nous disons que le malade a une constipation habituelle, c'est-à-dire un état flottant, incertain, qui ne va pas jusqu'à la rétention. Il faut donc séparer ces deux modes, dont le plus difficile à étudier est bien certainement la constipation. La rétention fécale peut parfois entraîner la mort. Elle peut se faire dans différentes régions de l'intestin.

Et ici nous allons faire une série de demandes et de réponses comme dans le catéchisme.

D. Dans quelle région la rétention fécale a-t-elle lieu de préférence?

R. On suppose qu'elle a lieu de préférence dans l'extrémité inférieure du rectum.

D. Pourquoi a-t-elle lieu de préférence en cet endroit ?

R. Parce que c'est là qu'on la rencontre avec le doigt.

D. Pourquoi ne se ferait-elle pas plus haut dans le gros intestin?

R. Parce qu'on ne peut pas l'y reconnaître.

D. Pourquoi ne peut-on pas l'y reconnaître?

R. Parce qu'il n'existe aucun moyen de la distinguer, si ce n'est dans la région cæcale, dans la typhlite.

La rétention fécale dans le côlon est surtout difficile à reconnaître lorsque le malade a, de temps à autre, des petites évacuations trompeuses.

A ce sujet, et pour couper un peu l'aridité du sujet que je traite, je vous raconterai l'histoire suivante : A l'époque où j'étais chef de clinique de Trousseau, celui-ci donnait des soins à un personnage célèbre, surtout par les caricatures qui en étaient journellement faites par des artistes avec lesquels il s'était lié, à tel point que sa charge se voyait partout. C'était un chef de bureau d'un ministère quelconque, qui avait remplacé un œil perdu par un bandeau noir, de préférence à un œil de verre, qui, disait-il, se voyait beaucoup plus. Cet homme était porteur d'un ventre si colossal qu'il ne ressemblait à rien; seul un potiron sur sa tige pouvait lui être comparé. Un beau jour, il tomba malade, et ce ventre, si extraordinairement volumineux, augmenta encore; il souffrait beaucoup, mais il n'existait ni diarrhée, ni constipation, pas de vomissements, à peine quelques nausées. Médecins sur médecins furent appelés, et chacun de porter un diagnostic plus ou moins fantaisiste, lorsqu'une nuit, tout à coup, huit ou dix mois après le début de ses souffrances, notre homme est réveillé par un mal soudain, et n'a que le temps de sonner son domestique pour qu'on lui apporte en hâte un vase de nuit; mais à peine celui-ci est-il rempli jusqu'au bord, que nouveau coup de sonnette, nouveau vase demandé, nouveau vase rempli; troisième coup de sonnette, troisième vase rapporté et rempli; le domestique est..... sur les dents, et suffit à peine à la consommation des pots de chambre; enfin, au dix-septième, l'intestin était satisfait, et notre homme éprouvait un de ces bien-êtres comme comme il n'en avait eu depuis longtemps. Sa maladie avait donc consisté tout simplement dans une rétention fécale de dix-sept pots de chambre, ce dont personne n'avait eu garde de se douter, d'abord par la difficulté d'explorer un pareil abdomen, ensuite par la régularité de son fonctionnement intestinal, tel que, comme l'employé de bureau modèle, il consultait chaque jour sa montre pour ne pas oublier l'heure réglementaire de sa présentation aux water-closets.

Et le lendemain, Trousseau, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, s'empressa d'aborder ses collègues réunis dans la salle des médecins, qui devisaient encore de ce malade et du diagnostic de cette affection, leur disait : « Vous savez : Un tel », et chacun de s'écrier : « Saprelotte! oui, nous le savons, sa tumeur? Aurait-il succombé? — Sa tumeur, répond Trousseau d'un air bourru, cette fameuse tumeur, c'était de la ......! »

Stupéfaction générale.

A la sortie de l'hôpital, comme un de ses confrères lui reprochait l'expression qui lui avait échappé, Trousseau lui répondit : « Eh bien! quand j'aurais dit « des excréments », cela aurait-il sauvé grand'chose ? »

Mais revenons à la rétention fécale. La cause peut aussi exister non plus dans l'intestin lui-même, mais en dehors, et nuire à sa perméabilité ou l'obstruer. Telles sont : l'augmentation de volume de l'utérus, la grossesse, la tuméfaction de l'ovaire, la formation de brides dans le ventre à la suite de péritonites, etc.

Dans une autre catégorie rentrent les intoxications, notamment l'intoxication saturnine, ou l'ingestion de certains médicaments spéciaux, tels que le fer, qui amène parfois chez les jeunes filles des rétentions terribles, et l'opium, mais celui-ci moins cependant que le fer et le plomb.

Il existe encore d'autres causes, mais celles-ci d'un ordre plus délicat, très-importantes, et qui se rapportent au fonctionnement du système nerveux relativement au mécanisme intestinal.

Parmi les affections de l'intestin d'origine nerveuse, nous avons les affections centrales, telles que la méningite infantile, qui amène une constipation absolue malgré les médicaments employés pour la combattre, si ce n'est parfois dans les derniers moments. Mais, de toutes, l'hystérie est le triomphe de la rétention fécale.

Une hystérique, dont la rétention fécale n'a d'autre origine que son état nerveux, la supporte avec indifférence, et sa durée peut varier de huit jours à six semaines, plus encore, parfois de six semaines à trois mois, voire même à six mois. J'ai eu l'occasion de voir une rétention de six mois, j'entends du moins qu'on me l'a dit dater de cette époque; personnellement je n'en pouvais rien savoir, et franchement je ne pouvais suivre partout ma malade avec un panier pour recevoir ce qu'elle aurait eu besoin de rendre. Nous n'avons donc aucun moyen de vérifier l'authenticité de pareils faits, surtout lorsqu'ils se passent dans un pensionnat de jeunes filles, et, vous le savez, nul n'est

trompeur comme une hystérique. Eh bien! vous verrez chez de pareils sujets des rétentions fécales de trois mois supportées sans aucune incommodité.

Il est donc des cas où l'intestin n'est nullement touché par la présence de matières fécales accumulées, tandis qu'il en est d'autres où la rétention de courte durée peut amener des désordres. Les phénomènes sont donc complètement différents ; de là un rôle différent aussi dans l'emploi des purgatifs selon que le bouchon fécal obture complètement ou incomplètement le tube intestinal, c'est-à-dire selon qu'il existe une obstruction absolue ou une simple rétention fécale.

L'apothéose du lavement.

Parmi les médications topiques de l'intestin, il en est une que je tiens à réhabiliter, et dont tout le malheur provient de ce qu'elle s'administre par une porte pour ainsi dire bâtarde, par un endroit généralement mal fréquenté, ceci soit dit sans aucune allusion à des faits hors nature. Je veux réhabiliter le lavement de nos pères ; je veux sa glorification, son apothéose, bien qu'il soit comme une de ces choses dont on se cache, dont on rougit par une chasteté menteuse. Ordonnez un collutoire à une femme du monde, elle ne craindra nullement d'en parler ; conseillez-lui un lavement, vous la verrez, dès le mot prononcé, faire sortir au plus vite quiconque est dans sa chambre, voire même sa fille, si celle-ci est présente. Je le répète, ô chasteté menteuse qui nuit à la médication d'un excellent remède, dont on ne parle qu'en cachette, dont on se sert le moins possible parce qu'on s'en sert mal, d'un remède aux allures presque militaires par l'instrument qui sert à l'administrer.

Et cependant le lavement, cet être si déconsidéré, est un remède de premier ordre qu'il faut saluer au passage en retirant bien bas devant lui son chapeau.

Qu'est-ce donc qu'un lavement ? Un lavement, c'est un clystère, le clystère de nos ancêtres, c'est une chose qui lave. Ne serait-il composé que d'eau pure, c'est un topique tout autant qu'un bain simple de rivière ou de baignoire.

Il lave, c'est très-bien ; que lave-t-il ? c'est l'intestin, très-bien encore ; mais jusqu'où lave-t-il ? jusqu'où pénètre-t-il l'intestin ? Ceci est une grosse question que l'on se pose rarement et qu'il faut cependant savoir vider. Mais, avant de pénétrer ensemble plus avant dans cette partie terminale du tube digestif, nous devons encore faire l'apothéose non plus d'une chose, mais d'un homme auquel la reconnaissance publique, — qui n'a pris dans sa vie un lavement au moins? — devrait certainement élever quelque jour une petite statue ; je veux parler du docteur Éguisier, qui imagina avec le plus grand succès de remplacer l'apothicaire d'autrefois, le donneur de clystères, par un instrument bienfaisant, qui fait, du malade même, le juge et la partie, l'administrateur et l'administré.

Apothéose n'est pas trop dire, car le docteur Éguisier a rendu un service signalé aux intestins de l'humanité entière.

Mais la hauteur jusqu'où peut atteindre la colonne d'eau chassée dans l'intestin dépend-elle de l'instrument chargé de l'opération ou de la configuration de l'intestin disposé pour la recevoir ?

L'orifice du rectum ne saurait être mieux comparé qu'à la bouche ouverte de l'un de ces Anglais en contemplation devant un monument quelconque ; il est plus ou moins infundibuliforme naturellement, en tout bien tout honneur. Ne nous méprenons pas sur le sens du mot infundibuliforme appliqué à la région de l'anus auquel on a voulu si souvent à tort attacher une idée de pédérastie. Combien de pauvres diables, qui n'en pouvaient mais, ont failli payer de la prison un anus coupable cependant d'aucun autre méfait que d'être ainsi naturellement formé !

Mais si nous pénétrons cependant hardiment par cette porte bâtarde à la suite de notre lavement, nous voyons que celui-ci, non-seulement ne dépasse pas même l'ampoule rectale, dont la capacité de distension est considérable, mais encore que le demi-litre d'eau qui lui est administré par l'irrigateur Éguisier la remplit à peine. Eh bien, si peu de chose que cela vous paraisse, le lavement est encore supérieur à un bain pour le but à remplir.

Quelques-uns, pensant que les limites de l'ampoule pouvaient être franchies et qu'il y aurait utilité à les dépasser, ont imaginé de modifier la posture du personnage passif, du patient, en regard de l'instrument actif, afin de pénétrer plus loin.

Prendre un lavement tout debout est par trop seigneurial ; trop de dignité nuirait à une pénétration profonde.

L'administrer au lit, couché sur le dos, cela ne dit pas grand'chose.

Mais la véritable posture est celle qui permet la déclivité plus grande, c'est-à-dire la posture de l'homme voulant marcher à quatre pattes, la tête touchant presque le sol de telle sorte que l'orifice anal soit à un niveau supérieur à l'ampoule du rectum.

Le lavement agit de deux façons : comme expulseur et comme modificateur, selon qu'il avance plus ou moins loin dans l'intestin, selon qu'il agit en douche ou en irrigation. L'expulsion se fait exactement comme chez les enfants qui ont un corps étranger dans l'oreille, un noyau, par exemple. Autrefois on prenait une pince pour l'extraire ; on tirait sur le noyau ; on tirait aussi sur l'oreille, et rien ne venait, si ce n'est l'oreille elle-même ; mais, un beau jour, les médecins auristes se sont souvenus de l'admirable lavement, et, rejetant tous instruments, se sont servis de la seringue ou de l'irrigateur. Or, l'oreille externe, ce n'est autre que la conque externe de l'intestin.

Par la douche anale, on voulait non-seulement obtenir l'expulsion, mais encore on espérait forcer l'extrémité supérieure de l'ampoule intestinale et pouvoir laver le gros intestin ; on oubliait que la véritable barrière des apothicaires n'est pas la valvule iléo-cæcale, et qu'elle se trouve au commencement du côlon descendant. Les douches, si fortes qu'elles soient, ne peuvent donc pas pénétrer au delà. C'est malheureux, mais c'est comme cela.

L'on peut comparer la muqueuse intestinale à la muqueuse bronchique. Or il est entré dans la mode, qui est une puissance thérapeutique de premier ordre, de faire faire des inhalations bronchiques, ce qui est, aux eaux, par un temps de pluie, l'idéal de la distraction, alors que les journaux ont été lus, que les bains ont été pris, que le courrier a été décacheté et qu'un va et vient de droite à gauche et de gauche à droite devant l'hôtel ou le casino a été accompli pendant un certain temps, et que l'on en est réduit à se demander ce que l'on ferait bien pour remplir le vide des nombreuses heures du jour qu'il reste à vivre. Alors on a imaginé un petit appareil destiné à envoyer une douce vapeur dans la

bouche avec l'espérance qu'elle pénétrera dans les bronches. Mais, ô comble de l'erreur! elle n'y pénètre et n'y pénétrera pas plus que le lavement dans le gros intestin.

Cependant ces pulvérisations sont un très-bon modificateur, mais qui agit à distance par propagation de son action modificatrice des tissus avec lesquels il est en contact aux tissus voisins. Il en est ainsi du lavement, dont l'influence s'étend par propagation des points où il est accessible aux régions voisines jusqu'à une distance plus ou moins grande. Il agit donc ainsi à la fois localement et d'une façon générale.

La circulation gastro-intestinale est dans des conditions exceptionnelles, sans ressemblance aucune avec toute autre circulation veineuse.

Les médecins du dix-septième siècle, qui étaient très-forts, très-experts sur les affections intestinales, ont été « épatés », — c'est le mot, — de la structure de la veine-porte qui ne ressemble à aucun autre appareil de l'économie humaine. Ils se sont demandé alors si beaucoup de maladies intestinales n'auraient pas leur cause dans le système de la veine-porte. Ils avaient admis comme donnée générale qu'il existe une stase possible de cette circulation sanguine de la veine-porte, d'où la possibilité aussi d'un flux et d'un reflux des gros troncs de ce vaisseau, et, par suite, d'un arrêt de la circulation dans chacun des viscères où ils se distribuent. Donc arrêt veineux possible de l'intestin et, comme conséquence, l'engorgement veineux ou la veinosité abdominale de certains individus.

Connaissant ainsi leur malade, ce qui n'était pas indifférent pour la médication à faire intervenir, et s'étant bien rendu compte de la solidarité des viscères, tels que le foie, l'estomac, le pancréas, l'intestin et même la rate, les médecins de cette époque instituèrent une médication qu'ils appelèrent la médication modératrice de la veine-porte, dont le but était de modifier la sécrétion intestinale en modifiant aussi la circulation de l'intestin et en agissant sur le système nerveux.

Pour en revenir au lavement et en terminer avec lui, je dirai donc que son action s'étend bien au-delà du point où le liquide pénètre, qu'il agit non-seulement par la force avec laquelle il est lancé, mais aussi par sa quantité et par sa qualité, c'est-à-dire par les substances qu'il renferme. C'est ainsi qu'un simple verre d'eau sucrée administré par les voies inférieures dans le tube intestinal peut donner lieu à des coliques plus ou moins vives qui se répandront plus ou moins loin. L'extrémité inférieure de l'intestin semble jouer ainsi le rôle de concierge de l'immeuble, chargé de veiller à la garde du bâtiment.

HOPITAL MILITAIRE SAINT-MARTIN. — M. PONCET.

Tétanos terminé par la mort, malgré le traitement au chloral.

P..., soldat au 74e de ligne, âgé de vingt-deux ans, sujet nerveux, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 14 septembre 1880, pour une luxation de la première phalange sur la deuxième avec plaie dans le pli palmaire du pouce. La blessure, qui avait marché normalement après la réduction, donna lieu au huitième jour à un peu de trismus. Le malade fut enlevé en trois jours par les accidents tétaniques qui prirent la forme d'opisthotonos et de pleurosthotonos. La température restait à 36°,5, le premier jour du trismus; montait à 37°,8 le deuxième; restait le matin même de la mort à 37°,7, pour se porter subitement à midi à 40°; le malade mourait le soir à quatre heures, avec une température de 39°,8. Pendant cette période, il fut prescrit en moyenne 12 grammes de chloral par jour, soit près de 40 grammes. (Purgatifs, belladone et bain de vapeur.)

Cette observation est intéressante au point de vue des lésions constatées à l'autopsie et au point de vue du traitement.

Dans ces derniers temps, M. Amidon a signalé en effet dans le tétanos des lésions de la moelle et du bulbe. Outre la congestion habituelle des méninges, il aurait rencontré une dégénérescence granulo-graisseuse siégeant dans le canal épendymaire et atteignant dans le bulbe les racines du spinal, du trijumeau et du pneumo-gastrique.

M. Poncet, examinant avec soin, et douze heures après la mort, les centres nerveux de ce malade mort de tétanos, a constaté en effet, dans les méninges, une congestion très-vive, ecchymotique, ne disparaissant pas sous le filet d'eau. Sur des coupes de la moelle, dans la région cervicale, il a trouvé une altération du canal épendymaire consistant en la destruction des cellules épithéliales et en la présence d'une grande quantité de leucocytes; de plus, les environs de ce canal, sur une assez grande étendue, étaient frappés de désintégration granuleuse, formant des blocs non colorés par le carmin. Il est certain que cette altération, qu'on rencontre souvent sur la moelle normale, était ici beaucoup plus développée, étant donné l'âge du sujet. Mais, sur ces coupes de la moelle cervicale, les vaisseaux des tubes nerveux, la substance grise, les cellules des cornes étaient absolument intactes. Quelques vaisseaux de la névroglie étaient gorgés de sang, sans hémorrhagie toutefois, et cette névroglie était saine.

Au bulbe, aucune altération n'existait sur le tissu des fibres nerveuses ni sur les cellules des noyaux d'origine. La région des olives était particulièrement normale et la branche descendante de la cinquième paire absolument saine. A part la congestion des vaisseaux, M. Poncet n'a constaté aucune lésion dans un grand nombre de coupes faites sur le bulbe. M. Mathias Duval, auquel l'état normal de cette région est si familier, n'a pu non plus relever rien d'anomal sur ces préparations des fragments de la branche nerveuse collatérale externe du pouce blessé; des parties du médian, traitées par l'acide osmique, ne présentaient aucune trace de névrite, ni interstitielle, ni parenchymateuse.

Il résulte de cet examen que les assertions de M. Amidon sur la dégénérescence bulbaire auraient besoin d'être constatées à nouveau.

Le traitement au chloral doit enregistrer un nouvel insuccès, malgré la rapidité et l'intensité avec lesquelles il fut institué. M. Poncet s'est demandé s'il y avait lieu de recourir à l'élongation dans un cas semblable. A côté de quelques succès, cette méthode a donné en effet deux insuccès à Eben-Watson, un troisième à Hutchinson, un quatrième à H. Morris.

Ce dernier auteur considère même cette manœuvre comme dangereuse et augmentant la fréquence et la force des contractures. Enfin, dans une observation de Clark, terminée par guérison, les accidents tétaniques ont persisté néanmoins après la traction nerveuse. Or les expériences récentes de Laborde nous donnent peut-être la clef de ces phénomènes physiologiques. Laborde a démontré en effet que l'élongation arrête le courant sensitif, mais laisse parfaitement passer le courant moteur. Si donc on admet, — ce que semblent prouver et les amputations et les sections nerveuses pratiquées autrefois infructueusement pour le tétanos, — qu'il existe bien dans cette affection une lésion centrale matérielle, il est évident que l'élongation restera impuissante pour entraver le courant centrifuge moteur, dû à cette irritation cérébro-spinale. Si l'élongation doit être utilisée, ce serait immédiatement après l'apparition de la plus légère contracture du masséter ou de la nuque, tout à fait au début, alors que l'irritation partie de la plaie n'a pas encore eu le temps de produire des lésions centrales.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Leçons sur les hallucinations et les illusions (1).

VII

Manière d'être des hallucinés chroniques : les loquaces et les taciturnes.— Quoi qu'il en soit, une fois que les frontières sont franchies et que l'activité morbide s'est propagée, d'une façon permanente et automatique, aux différentes zones de l'écorce, le mouvement commencé continue et se déroule de lui-même. Les hallucinés chroniques constituent un type morbide des mieux déterminés.

Ils vivent de plus en plus isolés, avec les conceptions imaginaires qui les dominent; livrés à eux-mêmes, ils vont et viennent incessamment dans les asiles. Ils marchent sans cesse, sans prendre garde à ce qui se passe autour d'eux. Ils parlent seuls, ils rient seuls, ils font des gestes insolites sans signification apparente, comme s'ils croyaient chasser des êtres ou des substances invisibles, ou bien pour se défendre des vapeurs et des fumées qui les environnent. Lorsqu'on les interpelle, ils vous répondent par monosyllabes ou en prononçant des mots qu'ils ont inventés et qui n'ont aucune signification réelle. On ne peut solliciter leur attention que pendant un temps très-court; on voit qu'immédiatement ils reprennent la suite de leurs conceptions subjectives. Ils s'habillent d'une façon bizarre, négligeant complètement la propreté du corps et la tenue de leurs vêtements. Ils conservent soigneusement des manteaux, des chapeaux d'une autre époque et sont complètement les esclaves fidèles des habitudes prises. Ils vivent d'une façon mécanique, exacts aux heures de repas, bizarres et excentriques par leur mode d'alimentation, attentifs aux heures du coucher et du lever. Dans leurs promenades, ils suivent les mêmes allées, et, quand l'habitude est prise, ils ne dépassent jamais certains alignements.

Une jeune dame hallucinée, depuis deux ans que je l'observe, vient, à la même heure, s'asseoir à la même chaise, tirer de sa poche le même livre qu'elle ouvre machinalement à la même page et sans la parcourir des yeux, la garde devant elle pour contenance, et au bout de deux heures ferme le livre et se promène dans la même allée avec la même allure machinale, sans le moindre écart.

En général, une fois que cet état psychique a été organisé et que l'habitude est venue le consacrer, les malades entrent dans une période qui peut se prolonger des années, pourvu que d'autres causes ne viennent pas aviver l'excitation latente.

Les hallucinés qui ont appartenu à la catégorie des loquaces lucides, et que je considère, dans une certaine limite, comme n'ayant été frappés que dans un seul de leurs lobes cérébraux, peuvent vivre ainsi de longues années dans la retraite, et, s'ils ont des habitudes de travail intellectuel, ils peuvent conserver ainsi longtemps une certaine lucidité apparente; on cause volontiers avec eux des choses usuelles, ils se tiennent assez bien au courant de ce qui se passe; mais, si l'on vient à toucher une des cordes sensibles qui ont primitivement suscité les troubles de l'esprit, on reconnaît que, si la verdeur de leurs facultés est respectée dans une certaine limite, cette même verdeur se montre pareillement pour les conceptions morbides qui sont toujours actives, ressenties encore avec énergie.

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 février 1881.

Les hallucinés taciturnes, au contraire, chez lesquels l'état d'absorption s'est manifesté, soit primitivement, soit consécutivement, continuent à vivre en eux-mêmes, hantés qu'ils sont par leurs conceptions subjectives. Cette absorption est telle qu'ils oublient tout leur passé, toutes leurs affections les plus élevées, et deviennent de plus en plus indifférents pour tout ce qui se passe autour d'eux. Ils ne demandent qu'une chose, la tranquillité, le repos, et, toutes les fois qu'une visite imprévue vient leur rappeler leur passé, la visite est souvent mal reçue et suivie d'un certain degré d'excitation. La démence les envahit insensiblement, et, dans les dernières années, ils oublient les signes du langage, parlent de moins en moins et tombent dans un mutisme presque complet, avec profonde indifférence de tout ce qui les entoure, ou articulent des phrases incohérentes.

Malgré cette régularité automatique de la vie des hallucinés chroniques, il ne faut pas croire que les foyers d'activité morbide soient éteints en eux. On est surpris, en effet, de voir ces existences tranquilles traversées par des orages soudains, et il arrive souvent que, sous l'influence d'une excitation accidentelle, d'une insomnie avec rêves, des impulsions subites se développent. On voit alors des malades tranquilles, apathiques en apparence, qui subitement se mettent à vociférer comme si on les interpellait, ou bien à briser les vitres sans motifs, ou bien encore à chercher à mettre le feu à leurs rideaux, à leurs vêtements, ou bien à jeter à terre les assiettes chargées d'aliments qu'on leur présente et sur lesquelles ils voient des objets impurs. Ces écarts subits sont susceptibles quelquefois de provoquer des scènes dangereuses pour l'entourage, pouvant devenir l'occasion de regrettables méfaits (1).

Marche, durée, terminaison. — Les processus hallucinatoires ont une marche essentiellement envahissante. Ils procèdent par accès dans leur début. Ces accès ont une durée de quelques semaines, de deux ou trois mois même, et s'amendent quelquefois heureusement par un traitement régulier. Une période de tranquillité apparente se révèle alors. Les malades peuvent être rendus à leur famille et reprendre quelquefois leurs occupations.

En général, ces périodes d'accalmie ne sont pas des retours francs à l'état physiologique; on trouve toujours chez l'ancien halluciné des bizarreries de caractère, des habitudes insolites pour s'habiller, pour se vêtir. Il se nourrit irrégulièrement, il voyage sans motif et commet ces mille excentricités en actes et en paroles qui le font toujours considérer comme étant un personnage original et excentrique.

A un moment donné, un nouvel accès se développe et nécessite un nouvel isolement, puis cet accès peut être suivi d'une série d'autres; mais, en général, au bout de deux à trois accès sérieux, le processus morbide se caractérise et s'incarne dans l'individu. Il suit alors une marche progressivement envahissante; les conceptions délirantes et l'excitation se constituent à l'état permanent.

Les malades, devenus inconscients de tout ce qui se passe autour d'eux, ne se rendent bientôt plus aucun compte des motifs de leur séquestration. Ils réclament incessamment leur liberté et font des demandes réitérées auprès des autorités, auxquelles ils envoient des écrits et des mémoires, remplis de détails relatifs aux prétendues persécutions dont

(1) Macario, *Des hallucinations. Annales médico-psych.*, 1845, t. II, p. 316.

ils sont l'objet. Au bout d'un temps variable, ils se calment insensiblement et finissent par devenir complètement indifférents à ce qui les touche et à tomber dans une passivité des plus complètes.

La durée des processus hallucinatoires, compris ainsi que nous venons de les définir, est égale à celle de la vie. Ils commencent avec la jeunesse, se prolongent à travers l'âge mûr avec des périodes de rémission qui peuvent durer plusieurs années; mais ils ne s'en perpétuent pas moins jusqu'aux périodes les plus avancées de la vie. Ce sont les anciens hallucinés déments qui constituent, en général, le fond immuable de la population de tous les asiles (1).

La terminaison fatale des processus hallucinatoires est l'obnubilation plus ou moins complète des facultés mentales et affectives, c'est-à-dire la démence.

La démence arrive plus ou moins rapidement, suivant le tempérament cérébral des sujets et suivant l'intensité des accès du début et leur rapprochement; suivant encore les habitudes d'esprit qui permettent au malade de s'occuper de quelques travaux intellectuels, de quelques ouvrages manuels qui tiennent son attention en éveil et font surnager ce qui lui reste encore de facultés vivantes.

Néanmoins, en raison des sollicitations incessantes intracérébrales qui amènent l'usure insensible des éléments nerveux, la zone des régions mortes et silencieuses s'élargit de plus en plus dans les régions psycho-intellectuelles. L'individu peu à peu perd de sa verdeur et de son énergie morale, il devient passif et crédule, se laisse facilement convaincre et accepte volontiers les explications banales qu'on lui donne pour expliquer sa séquestration. Le souvenir des choses anciennes disparaît, la perception des choses récentes s'émousse, et l'halluciné, chez lequel les facultés mentales supérieures rétrocèdent insensiblement, finit peu à peu par être gouverné par les seules activités automatiques de son cerveau. Il se promène, n'entame de conversation avec personne, se complaît dans la retraite et l'isolement, et, n'ayant plus de pensées à communiquer à ses semblables, cesse de parler et de s'épandre au dehors. Il se confine dans un mutisme presque absolu, marmottant encore quelques phrases entre ses lèvres, et devient complètement indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, plongé qu'il est dans une suite de rêveries persistantes.

Une fois qu'ils sont arrivés à ces périodes ultimes, les hallucinés chroniques sont, la plupart du temps, emportés par des congestions cérébrales, par des symptômes d'épuisement progressif, avec anorexie et gangrène; d'autres fois ils succombent à quelques maladies aiguës intercurrentes.

Il est à noter que, dans le cours de ce long processus morbide, qui a constamment pour point de départ une surexcitation purement d'un appareil sensoriel, ces mêmes appareils sensoriels sont eux-mêmes à la longue simultanément intéressés et frappés souvent dans leurs manifestations fonctionnelles.

Ainsi, chez certains des hallucinés de la vue, j'ai rencontré la myopie extrême, la diplopie, l'amblyopie d'abord et l'amaurose ensuite. Chez d'autres sujets ayant été à un moment donné tourmentés par des hallucinations auditives, j'ai constaté pareillement des troubles de l'ouïe, tels que des bruissements dans les oreilles, revenant d'une manière intermittente et par des surdités passagères, qui dans les derniers temps finissaient par devenir permanentes.

Pour les autres sens, je n'ai pas eu encore l'occasion de rencontrer des troubles analogues.

(1) Je connais un vieillard de quatre-vingt-deux ans qui, toute sa vie, a été halluciné; le malade a commencé par avoir vers l'âge de dix-huit à vingt ans des hallucinations très-nettement accusées, et, depuis cinquante ans, il habite le même pavillon, ayant vécu indifférent à toutes les révolutions, ainsi qu'à tous les gouvernements qui se sont succédé autour de lui, sans avoir prêté la moindre attention à tous les changements de visage qui ont eu lieu autour de lui pour son service personnel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 février 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Tétanos. — M. PONCET communique une observation de tétanos suivi de mort, malgré le traitement au chloral. (Voir plus haut.)

M. LABORDE. Si, après avoir fait l'élongation d'un nerf dans son bout central, on pince la patte animée par ce nerf, on ne détermine rien, ni d'un côté, ni de l'autre. Si on pince la patte du côté opposé, on détermine un mouvement dans les deux pattes. Donc, dans ce nerf le courant sensitif est aboli, tandis que le courant moteur est conservé. Il résulte de ce fait que, dans le tétanos, on n'est pas, comme dans l'ataxie, dans les conditions de l'élongation des nerfs. En effet, dans l'ataxie, c'est la sensibilité qui est d'abord atteinte; dans le tétanos, au contraire, c'est la motricité.

M. LUYS. On trouve habituellement à l'autopsie de malades morts de tétanos une vascularisation très-intense de la substance grise et un gonflement des cellules antérieures. Au point de vue de l'état du cerveau, il y a lieu de se demander si le tétanos n'est pas le fait de certaines prédispositions nerveuses individuelles. En effet, M. Luys a plusieurs fois constaté que, chez les individus morts de tétanos, le cerveau présentait habituellement un volume et un poids considérables, ce qui serait enr apport avec cette prédiposition nerveuse qu'il est disposé à admettre.

M. PONCET croit plutôt à l'influence de la température et surtout des brusques changements de température sur la production du tétanos.

M. PAUL BERT, relativement à l'élongation des nerfs, croit que c'est dans la moelle que se passent les phénomènes observés. Si l'on tire sur un nerf mixte, c'est toujours le mouvement qui disparaît le premier et la sensibilité qui persiste. C'est le contraire qui a lieu pour un nerf élongé.

Des anesthésiques. — M. PAUL BERT a fait, sur des chiens, des souris et des moineaux, un grand nombre d'expériences avec les anesthésiques suivants: l'éther, le chloroforme, l'amylène, le bromure d'éthyle et le bichlorure de méthylène. Ces expériences avaient surtout pour but de déterminer les différences qui séparent les doses anesthésiques des doses mortelles, c'est-à-dire les proportions dans lesquelles l'agent anesthésique doit se trouver mélangé au sang pour qu'il anesthésie ou qu'il tue l'animal en expérience. Voici les résultats auxquels est arrivé M. Bert. Les chiffres qui suivent représentent le nombre de grammes de l'anesthésique pour 100 litres d'air nécessaire pour produire l'anesthésie et la mort:

	CHIEN.		SOURIS.		MOINEAU.	
	Anesthésie.	Mort.	Anesthésie.	Mort.	Anesthésie.	Mort.
Éther	37	74	12	25	18	40
Chloroforme	15	30	6	12	9	18
Amylène	30	55	15	30	30	60
Bromure d'éthyle	22	45	7,5	15	15	30
Bichlorure de méthylène	21	42	12	20	12	24

On voit, d'après ces chiffres, que les quantités qui amènent la mort sont assez exactement le double de celles qui sont nécessaires pour produire l'anesthésie. Or, dans la pratique, lorsqu'on verse du chloroforme, par exemple, sur une compresse, il arrive constam-

ment qu'on fait inspirer au patient une quantité de chloroforme double de celle qui est nécessaire pour l'anesthésier. On tourne, pour ainsi dire, constamment autour de la dose mortelle. Il est assez effrayant de songer que pour amener la mort il suffit d'une dose double de celle qui est nécessaire pour amener l'anesthésie, et il est à supposer que, si ces expériences avaient été faites avant l'introduction dans la pratique chirurgicale des agents anesthésiques, on n'eût jamais osé y recourir. Heureusement, les faits n'ont pas justifié les craintes que n'auraient pas manqué d'inspirer de pareils résultats; mais il n'en serait pas moins important de pouvoir arriver à régulariser l'administration des agents anesthésiques.

Or il résulte des expériences de M. Bert : 1° que les anesthésiques agissent par les tensions de leurs vapeurs et leur proportion dans le sang, et non par les quantités inhalées ; 2° que le rapport entre la dose maniable et la dose mortelle est comme 1 est à 2.

Grâce à un appareil très-simplement disposé, l'application de ce procédé de régularisation serait très-facile chez l'homme.

La séance est levée.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté vient de décerner le prix Lacaze, d'une valeur de 10,000 francs, à M. le docteur Grancher, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

— L'École de médecine de Reims demande un directeur. — Renvoyé au ministère de l'instruction publique.

— M. le docteur Camille Appay est nommé conseiller à la cour d'appel de Limoges. Notre confrère était docteur en droit et juge-suppléant près le tribunal civil de la Seine, lorsqu'il a soutenu à la Faculté de médecine de Paris, en 1875, sa thèse si remarquable sur la syphilis.

— L'Université d'Édimbourg vient de perdre une de ses illustrations, le docteur William Rutherford Sanders, professeur de pathologie et de clinique médicale. Sanders n'était pas un étranger pour nous. Il avait complété son éducation en France et pris son diplôme de bachelier ès lettres à Montpellier; sa sœur avait épousé notre illustre chimiste, Gerhardt. Depuis le mois de septembre dernier, le professeur Sanders était éloigné de l'exercice par une attaque de paralysie, à laquelle il a succombé le 18 de ce mois.

— A l'occasion des jours gras, les cours et la Bibliothèque de la Faculté sont fermés jusqu'au mercredi 2 mars inclusivement.

— Le cours de pathologie externe de M. le professeur Duplay, suspendu depuis le 25 février, reprendra le vendredi 4 mars.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10848.

N° 26. — JEUDI 3 MARS 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 3 MARS 1881. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

De trichines plus n'a été question. Il semble que, pour l'Académie du moins, la question soit résolue. N'en parlons plus. Il n'en sera pas de même, de longtemps au moins, de la question du charbon et de la vaccine charbonneuse. Voici de nouvelles expériences de M. Colin qui sembleraient devoir remettre tout en question. Il résulterait de ces expériences, entre autres faits, que le sang dont la virulence a été éteinte par la chaleur ne confère pas l'immunité pour des inoculations ultérieures. Affirmations et négations fondées sur l'expérimentation, voilà le spectacle que nous offre en ce moment la science. Qui nous sortira de ces alternatives et de ces contradictions ?

M. J. Rochard a exposé de vive voix l'histoire d'une épidémie de suette miliaire qui a régné dans le courant de l'année dernière dans l'île d'Oléron. C'est l'une des épidémies de ce genre les plus graves que l'on ait eu l'occasion d'observer depuis l'épidémie qui a sévi dans la Somme en 1851 et dont nous devons une excellente relation à notre ancien collaborateur Foucart. Cette nouvelle épidémie a donné l'occasion de confirmer une fois de plus les bons effets de la médication par l'ipéca qui donna de si heureux résultats entre les mains de cet habile médecin, et qui a été si nettement formulée dans le rapport de M. J. Guérin sur la suette en 1851. Une différence, toutefois, ressort du rapprochement de ces deux épidémies. Dans l'épidémie qui a fait le sujet de ce rapport, la médication consistait principalement et dès le début de la maladie dans l'administration de l'ipéca qui détruisait l'élément gastrique; mais, cet élément détruit, il restait ordinairement l'élément rémittent ou intermittent qui nécessitait l'emploi du sulfate de quinine, dont le résultat a été presque aussi constamment heureux. C'est ici que se place la différence dont nous venons de parler. Dans l'épidémie de l'île d'Oléron, l'ipéca a toujours produit son bon effet; mais, l'élément intermittent manquant, le sulfate de quinine a été promptement reconnu inutile.

En revanche, ce sont les lotions froides pour combattre l'hyperthermie qui ont, paraît-il, admirablement secondé l'action du vomitif. Tant il est vrai, malgré les ressemblances symptomatiques de la maladie aux deux époques, qu'il y a souvent entre des épidémies de même nom des différences qui entraînent des modifications nécessaires, sinon dans l'élément principal de la médication, du moins dans ses éléments secondaires.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Stéatose pathologique et physiologique du foie, vastes suppurations et grossesse.

Je reviens intentionnellement sur le malade dont je vous ai parlé dans l'une de mes précédentes leçons, malade que j'avais amputé de la cuisse par l'écraseur linéaire et qui a succombé mercredi soir, c'est-à-dire six jours après l'opération. J'y reviens parce que nous avons trouvé chez lui, comme nous l'avions du reste diagnostiqué pendant la vie, une lésion viscérale dont il faut savoir tenir compte dans les indications thérapeutiques relatives à l'opération ou à la non-opération des malades. Aussi ne cesserai-je d'appeler sur elle toute votre attention, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Cet homme, dont l'articulation du genou était ouverte, et dont les plaies, suite de brûlures très-étendues, donnaient lieu à une suppuration considérable, était voué d'avance à une mort certaine, et l'opération, que je n'ai pratiquée que sur ses instances réitérées, ne lui a fait ni bien ni mal. Mais, sans parler ici de l'état athéromateux considérable de ses artères, sans parler des athéromes de l'aorte et de son rétrécissement au niveau de l'orifice cardiaque, sans parler enfin de l'état du cœur, jaune feuille morte, flasque par suite d'un commencement de dégénérescence graisseuse que nous avons trouvé à l'autopsie, il est un organe sur lequel les vastes suppurations retentissent fatalement. Cet organe, c'est le foie, et l'altération dont il est, dans ce cas, constamment le siège, est la dégénérescence graisseuse, que nous avions parfaitement reconnue sur notre malade.

Les vastes suppurations rendent donc le foie gras; aussi, chaque fois que vous verrez un malade, qui est depuis longtemps à l'hôpital, en proie à une suppuration continue et abondante, être pris, à un moment donné, d'une diarrhée intense, si elle n'est pas d'origine rénale, c'est-à-dire s'il n'existe aucune lésion antérieure du côté des reins, vous pouvez la considérer hardiment comme étant d'origine hépatique. De plus encore, si la diarrhée se complique

d'œdème des deux membres inférieurs, alors qu'il n'existe aucune altération du cœur ni des reins, cet état œdémateux est un nouveau signe de la lésion hépatique.

Je dois ajouter que nous avons découvert à l'autopsie, en outre des lésions que je vous ai indiquées, une altération rénale que nous n'avions pas soupçonnée du vivant de cet homme, c'est-à-dire le rein sénile.

Puisque je suis en train de vous parler de la stéatose hépatique consécutive aux grandes suppurations, je vous citerai le fait d'une autre malade du service qui se trouve dans les mêmes conditions que notre amputé et va, selon toutes probabilités, mourir aussi prochainement.

Cette femme, forte et vigoureuse encore avant sa dernière couche, est entrée dans notre service il y a trois mois, c'est-à-dire six semaines après être accouchée, se plaignant d'une douleur abdominale assez vive, qui siégeait dans la fosse iliaque droite que nous avons cru pouvoir, de prime abord, et d'après les phénomènes concomitants, considérer comme due à l'existence d'un phlegmon de la fosse iliaque. Sous l'influence de quelques vésicatoires, les symptômes diminuèrent; mais peu après la douleur reparaissait, localisée cette fois à la racine du membre, et je pensai à une thrombose des veines, enfin je reconnus l'existence d'un abcès profond, ossifluent, provenant de l'articulation coxo-fémorale.

Cependant, comme chez notre amputé, cette femme est devenue pâle, blême; elle n'a plus d'appétit, les deux jambes sont œdématiées; de plus, depuis quelques jours, elle a une diarrhée incoercible. Mais, les urines ne présentant aucune altération, le cœur étant sain, nous avons donc encore là certainement une stéatose du foie qui, d'une part, est le résultat d'une suppuration de longue durée, et, d'autre part, empêche la plaie de se cicatriser. Cette femme va donc finir par succomber par épuisement.

Mais, chez elle, pourquoi et comment cette stéatose est-elle survenue? La grossesse entraîne avec elle, on le sait, chez toutes les femmes, une stéatose du foie que l'on peut appeler naturelle, stéatose physiologique qui disparaît avec la cause qui l'a produite. Le fait est aujourd'hui parfaitement reconnu et prouvé par les recherches faites sur les femelles des mammifères. Ce phénomène normal explique la tendance pyogénique des femmes récemment accouchées, comme chez tous les individus qui ont un foie gras. Notre malade a donc conservé sa stéatose physiologique, stéatose devenue plus tard morbide, pathologique, et qui est allée en augmentant chaque jour depuis la formation de l'abcès et la suppuration à laquelle celle-ci a donné lieu.

Trouverons-nous chez elle, à l'autopsie, les reins malades? Bien qu'il n'existe aucun symptôme apparent de ce côté, je ne saurais rien affirmer; mais, ce que je puis dire, c'est qu'elle succombera fatalement à la dégénérescence graisseuse du foie, soit qu'elle meure d'épuisement et de faim, soit qu'il survienne quelque complication dans les derniers jours qui lui restent à vivre. Ces complications, dans la stéatose du foie, se montrent le plus souvent du côté des séreuses qui ont une grande tendance à se prendre, soit la séreuse pleurale, et nous verrons une pleurésie terminer la scène, soit plus probablement la séreuse péritonéale. Depuis hier, en effet, elle se plaint de douleurs abdominales assez vives; déjà elle a eu fréquemment des nausées, et dès ce matin les vomissements sont apparus; le faciès est celui des malades atteints de péritonite; enfin, de plus, la présence du foyer purulent, en rapport avec la cavité abdominale, rend plus facile la propagation du travail inflammatoire au péritoine.

Dans tous les cas, la cause directe, primitive, de la mort sera la stéatose du foie.

Quant au malade que nous avons amputé, et j'y reviens avec intention pour résumer ce que je vous ai dit en commençant, et pour vous montrer la filiation des accidents, cet homme est brûlé, ses viscères sont sains, mais la brûlure est très-étendue, elle suppure longtemps, le foie se prend, la cicatrisation languit; le malade ne mange plus, il s'épuise, devient incurable et meurt.

Quant à la femme, bien portante avant d'être enceinte, sa grossesse amène la stéatose physiologique du foie, elle accouche, l'état du foie persiste, il ne se fait aucune régression de la graisse, la stéatose devient pathologique, un abcès de l'articulation coxo-fémorale se produit, la dégénérescence graisseuse augmente avec la suppuration, la malade perd tout appétit, elle ne mange plus, les phénomènes diarrhéiques se montrent, le marasme survient, et la péritonite par propagation va l'emporter.

Telle est la filiation des accidents, filiation, comme vous le voyez, constamment la même, et que j'aurai soin de vous faire remarquer chaque fois que l'occasion s'en présentera.

L'enseignement que nous devons retirer de ces faits, aujourd'hui bien prouvés, c'est d'opérer le moins possible chez les malades atteints de stéatose du foie, bien que celle-ci ne soit pas toujours une contre-indication formelle de toute opération, mais l'exception confirme la règle. Je vous citerai à ce sujet l'histoire d'un facteur de la poste qui avait eu la jambe écrasée, fracture comminutive. Je cherchai en vain à lui conserver son membre, et, devant l'impossibilité d'y parvenir, je m'étais décidé à l'amputer malgré l'état graisseux de son foie, parfaitement constaté, qui augmentait en raison de la suppuration. Deux ou trois poussées de lymphangite retardèrent l'opération. Cependant je pus la pratiquer; elle réussit parfaitement, et, dès que la suppuration diminua, je pus voir également l'état du foie s'améliorer. Enfin, la plaie chirurgicale étant parfaitement cicatrisée, nous pûmes constater aussi la disparition progressive de la stéatose hépatique.

La stéatose du foie joue donc un très-grand rôle dans le dénouement des opérations chirurgicales.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Duguet.

Un cas de mort inopinée dans le cours d'une phthisie pulmonaire avancée.

Le 18 janvier dernier, entrait dans notre service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une bronchite chronique, Albert S..., garçon limonadier, âgé de trente-deux ans.

Ce malade avait joui, paraît-il, d'une santé assez bonne, quand, il y a un an, il se mit à tousser.

Plusieurs hémoptysies ont marqué le début de sa maladie; mais pendant huit mois encore il a pu continuer son travail habituel. Peu à peu, cependant, les forces ayant trahi son courage, il fut obligé de s'arrêter, et, depuis six semaines, il passe presque toutes ses journées au lit, en proie à une fièvre qui s'exaspère assez régulièrement chaque soir, et s'accompagne de sueurs nocturnes plus ou moins abondantes. N'en pouvant plus et à bout de ressources, il entre à l'hôpital.

Nous le trouvons pâle, amaigri, fatigué. Il a des quintes de toux fréquentes, de l'oppression et une expectoration composée de crachats nombreux, déchiquetés, nummulaires. Son appétit est presque nul; mais il n'a ni diarrhée ni vomissements.

Il est facile de constater que tout le côté droit du thorax est mat, principalement dans les régions supérieures. De haut en bas s'entendent du souffle caverneux avec gargouillement, puis des râles cavernuleux, puis de gros et nombreux râles sous-crépitants.

A gauche la matité est des plus nettes dans le tiers supérieur et disparaît peu à peu dans les régions inférieures. La respiration, rude, prolongée, s'accompagne dans la moitié supérieure de râles cavernuleux, et, dans la moitié inférieure, elle n'est altérée que par des râles sous-crépitants fins, disséminés.

L'examen des autres organes révèle leur intégrité parfaite ; les urines sont normales ; le malade ne se plaint d'*aucune douleur* dans les membres, et, chose remarquable, malgré son grand affaiblissement et son état cachectique, il ne présente pas au pourtour des malléoles *la plus petite trace d'œdème.*

Nous avions donc sous les yeux un cas de phthisie pulmonaire tout à fait vulgaire, que nous croyions destiné à finir lentement et que nous avions désigné pour un transfert prochain à l'hôpital Laënnec. Soutenu par des bouillons, des potages, des œufs, un peu de viande, du quinquina et du bordeaux, Albert S... passait tranquillement sa journée tantôt couché, tantôt en allant et venant dans la salle.

Le 30 janvier, nous le trouvions, à la visite du matin, exactement dans le même état que le jour de son entrée. Il se coucha le soir comme d'ordinaire. A onze heures, il se leva, ainsi qu'il le faisait souvent, pour aller aux cabinets situés à une faible distance de son lit.

On ne le vit pas revenir. A onze heures et demie, un autre malade de la salle voisine, venant également aux cabinets, heurta du pied notre malade tombé la face contre terre et replié sur lui-même ; il appela ; l'infirmier accourut ; ils relevèrent Albert S... pâle, encore chaud, mais ne respirant plus : il était *mort.*

Que s'était-il passé ? L'autopsie seule pouvait nous l'apprendre. Elle fut faite le surlendemain.

Le thorax étant ouvert, le poumon droit fut trouvé complètement retenu aux parois costales par des néo-membranes épaisses, vasculaires, infiltrées de sérosité et de granulations tuberculeuses. Le lobe supérieur est converti en une immense caverne anfractueuse; le lobe moyen est détruit de la même façon; le lobe inférieur est complètement transformé par des tubercules à tous les degrés de développement depuis la granulation jusqu'à l'infiltration tuberculeuse.

Le parenchyme ne crépite plus nulle part.

Le poumon gauche, relié aux côtes par des adhérences limitées au sommet, est emphysémateux en avant, mais renferme dans son lobe supérieur un grand nombre de cavernules et de tubercules à tous les degrés.

Le lobe supérieur du poumon gauche, comme le poumon droit tout entier, était donc à peu près totalement perdu depuis quelque temps pour la respiration. Le lobe supérieur, parsemé seulement de quelques tubercules crus, présente une coloration rouge très-intense.

La trachée et les bronches ne contiennent qu'un peu de muco-pus. L'artère pulmonaire, dans le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche, est presque vide ; on n'y rencontre que de faibles débris de caillots cruoriques noirâtres. Mais la branche artérielle qui se rend au lobe inférieur gauche est *complètement oblitérée* par des caillots grisâtres, fermes, homogènes, à cassure grenue et feuilletée, dont voici la disposition :

Immédiatement au niveau de la bifurcation de la branche gauche de l'artère pulmonaire, apparaît, émergeant de la division inférieure, un premier caillot oviforme, un peu aplati et offrant assez bien l'aspect d'un petit cœur d'oiseau ; conoïde par son extrémité libre, il s'est un peu aplati, étalé et comme creusé à l'extrémité opposée, qui repose sur une sorte d'éperon épais, grisâtre aussi ; mais il est exempt de toute adhérence; un filet d'eau l'entraîne et met à découvert un autre caillot semblable, qui oblitère complètement les deux premières branches de division qui desservent le lobe inférieur. Ce second caillot est à cheval sur l'éperon artériel, courbé sur cet éperon, et se prolonge jusqu'à 3 centimètres et demi dans la branche inférieure et jusqu'à 3 centimètres seulement dans la branche supérieure. Le coude qu'il présente sur l'éperon artériel forme cette sorte d'éperon épais sur lequel le premier caillot cordiforme, décrit plus haut, était venu appuyer sa base, qui s'y est légèrement aplatie et même creusée en s'y moulant. Ce grand caillot, de 7 centimètres de long environ, se termine dans la branche supérieure par une extrémité *irrégulière* et comme *cassée;* dans la branche inférieure, au contraire, par une extrémité *mousse, un peu bicorne*, ce qui se comprend facilement, attendu que cette extrémité aboutit directement à un éperon de division secondaire de la branche où le caillot est engagé, et s'y trouve arrêtée et comme à cheval.

En poursuivant la dissection de ces branches secondaires, on constate d'abord qu'elles ne contiennent qu'un peu de sang noirâtre coagulé ; mais bientôt on rencontre dans chacune de ces deux branches secondaires un troisième caillot dans l'une, un quatrième caillot dans l'autre, caillots en tous points de même composition et de même aspect que les précédents, sauf le volume qui est moindre. Celui de la branche secondaire supérieure est long de 3 centimètres environ, terminé vers le cœur par une extrémité mousse, vers la surface du poumon par une extrémité bifide ou mieux bicorne, à cheval à son tour sur un éperon de division de troisième ordre. Au delà, les dernières ramifications artérielles ne renferment qu'un peu de sang noirâtre. Celui de la branche secondaire inférieure, d'une longueur analogue, est moniliforme, d'un gris noirâtre, et se termine brusquement à son tour sur un éperon de troisième ordre en projetant un léger prolongement, une corne de chaque côté de l'éperon. Puis, au delà, plus rien.

Aucun de ces quatre caillots n'a contracté d'adhérences avec les parois artérielles, qui ont conservé d'ailleurs une *intégrité parfaite.*

Incontestablement, il s'agit là de caillots emboliques, et l'idée d'une thrombose pulmonaire ne saurait être soutenue un seul instant.

Incontestablement aussi, la mort inopinée, soudaine peut-être, de notre malade doit leur être attribuée. Mais où trouver l'origine de ces *embolies* ? Quel département du système veineux en a été le point de départ ? L'autopsie de tous les organes, du cœur en particulier, faite avec beaucoup de soin, ne nous apprend rien ; nous ne trouvons ni dans la poitrine ni dans l'abdomen aucun foyer de thrombose.

Nous pouvions nous en tenir là, sous prétexte que notre malade n'avait présenté *ni œdème ni douleur* des membres supérieurs ou inférieurs, aucun signe, en un mot, de la *phlegmatia alba dolens*.

En agissant ainsi, nous aurions imité ceux (et ils sont assez nombreux) qui décrivent des faits analogues sous le nom de *thromboses marastiques de l'artère pulmonaire*, et nous aurions pu ajouter une observation incomplète et mal interprétée à celles qui encombrent déjà la science.

Instruit par l'expérience et par des recherches qui remontent à l'année 1862, mis en garde par notre ami, le professeur Ball, qui établit en principe dans sa thèse inaugurale qu'il faut rechercher partout, dans toutes les branches du système veineux périphérique, l'origine des caillots anciens trouvés dans l'artère pulmonaire, nous avons donc poussé plus loin l'autopsie. N'ayant rien trouvé dans la veine cave inférieure ni dans les iliaques, nous avons ouvert toutes les veines des membres inférieurs.

A gauche, toutes étaient vides ; à droite, elles l'étaient également, sauf la crurale, dans le segment qui s'étend de la veine crurale profonde à l'arcade crurale.

Ainsi donc, en incisant de bas en haut avec des ciseaux la veine crurale droite, qui représentait un cylindre à moitié rempli seulement et par places, nous sommes tombé sur un caillot grisâtre ayant une longueur de 4 centimètres environ et qui s'est trouvé sectionné en deux portions à peu près égales dans toute sa longueur. Ce caillot, dont le volume est tel qu'il n'occupe pas plus de la moitié du calibre de la veine crurale, prend naissance dans un nid valvulaire par une extrémité arrondie, monte et s'arrête à 2 centimètres au-dessous d'une autre valvule veineuse ; là, son extrémité représente une cassure irrégulière ; il rampe le long de la paroi veineuse avec laquelle il a contracté des adhérences intimes et qui est dépolie à ce niveau.

A côté de cette valvule d'où part ce caillot prolongé et cassé, se trouve l'autre valvule, qui est située immédiatement au-dessous de l'orifice de la veine crurale profonde et qui contient, masquant l'embouchure de cette veine, un caillot grisâtre, homogène, ressemblant à un petit œuf aplati, contenu dans le nid valvulaire et dépassant de moitié de sa hauteur le bord supérieur de la valvule qui le soutient. Il est libre de toute adhérence, puisqu'il s'échappe de la valvule sous l'effort d'un faible filet d'eau. Ce caillot oviforme tient la valvule déployée sans oblitérer, pas plus que le précédent, la lumière du vaisseau.

A 5 centimètres de cette paire de valvules, non loin du niveau de l'arcade crurale, existe une autre paire de valvules veineuses dont l'une est libre, flottante, tandis que l'autre, celle qui surmonte le caillot allongé et cassé indiqué tout à l'heure, est distendue par un caillot oviforme un peu allongé, exactement semblable au précédent, dépassant la valvule d'un peu plus de la moitié de sa hauteur et libre comme lui de toute adhérence avec le voile valvulaire ou avec la paroi veineuse.

Terminons en disant que là s'arrêtent toutes les constatations positives de cette autopsie ; nous ne voulons nous en tenir qu'aux faits intéressants.

Cherchons donc maintenant à interpréter. Rien, il nous semble, n'est plus facile.

Le malade, que ne retenait ni l'œdème, ni surtout la douleur du membre inférieur droit, continuait à aller et venir, bien que des caillots marastiques fussent en voie de formation dans les nids valvulaires de la crurale droite ; l'un d'eux avait déjà acquis une grande longueur, sans oblitérer complètement le vaisseau, sans entraver sensiblement, pas plus que les autres caillots oviformes, la circulation du sang noir. Il va aux cabinets, il se courbe, se fléchit, casse son caillot principal, lequel entraîne avec lui ou avant lui, sur son passage, deux ou trois petits caillots oviformes logés dans des nids valvulaires, mais libres de toute adhérence, qu'il rencontre sur son chemin. La poussée du sang de la veine crurale profonde, jointe à celle du sang de la crurale restée libre en dessous des caillots, permet de comprendre la débâcle du vaisseau une fois le grand caillot cassé et détaché ; et quelques secondes sans doute, quelques minutes peut-être, ont suffi à ces caillots, grands et petits, pour venir obturer complètement la branche artérielle qui alimente le lobe pulmonaire inférieur gauche, le seul qui servît encore (l'autopsie l'a démontré) à la respiration. De là une mort très-rapide, et, en tout cas, imprévue.

Le grand caillot cassé, nous le retrouvons à cheval sur l'éperon principal ; le petit caillot cordiforme et libre, qui s'appuie sur le coude formé par le grand, provient, à n'en point douter, d'un des nids valvulaires libres maintenant de la veine crurale. Nous en dirons autant des deux autres qui, entraînés par le grand caillot, se sont engouffrés avant lui dans des branches plus petites en subissant sous l'effort du sang un tassement, un allongement attribuable uniquement à l'action de la poussée du sang par le cœur droit, jusqu'au moment très-rapproché sans doute où l'obturation par le grand caillot a été complète. Ces caillots fibrineux oviformes, encore mous, sont, à n'en pas douter, sur le vivant, comme une pâte un peu ferme, susceptibles de certaines modifications dans leur forme par les pressions qui peuvent s'exercer sur elles.

En résumé, cette observation démontre, croyons-nous, d'une façon péremptoire :

1° Que les cachectiques tuberculeux peuvent présenter dans certains points du système veineux, dans la crurale en particulier, des *coagulations fibrineuses*, des thromboses marastiques, bien avant que les deux signes principaux de ce qu'on appelle *la phlegmatia alba dolens des cachectiques* se montrent, à savoir : *l'œdème* et *la douleur ;*

2° Qu'une mort imprévue, rapide et même soudaine, peut, chez les malades, en être la conséquence, par le fait d'*embolies pulmonaires ;*

3° Qu'enfin il faut rechercher avec un soin minutieux dans tous les points du système veineux périphérique, *même quand rien ne l'aurait indiqué pendant la vie*, l'origine des caillots anciens trouvés dans les branches de l'artère pulmonaire et ayant pu amener une mort plus ou moins subite ; la thrombose pulmonaire en pareil cas, *si tant est qu'elle existe quelquefois*, étant plus que douteuse.

COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. le Dr A. René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

I

La fièvre typhoïde est endémique dans la ville de Nancy ; en outre, les épidémies y reviennent fréquemment. Il n'est donc pas étonnant que les phénomènes et les complications de la fièvre typhoïde aient fourni le sujet de nombreuses thèses inaugurales soutenues à la Faculté de Nancy.

1° *Complications laryngées* (L. Blaising, Nancy, 1880). — L'au-

teur publie un certain nombre d'observations de complications laryngées survenues dans le cours de la fièvre typhoïde.

Dans un cas, il s'agit d'une fille, âgée de vingt et un ans, domestique, qui fut prise de fièvre typhoïde trois mois après son arrivée à Nancy. La fièvre présenta la forme adynamique. La malade se plaint d'abord de sensation de picotement à la gorge; elle avale difficilement, et on voit quelques plaques blanchâtres, diphthéritiques, sur le voile du palais (borax, 4 grammes; nitrate d'argent, 2/30). Au treizième jour, aphonie (cautérisations et benzoate de soude, 6 grammes pour 120 grammes de potion gommeuse).

Les symptômes s'améliorent ensuite, et, après une rechute de fièvre typhoïde, la malade guérit.

Un autre cas est celui d'un cordonnier, âgé de vingt-huit ans, pris aussi de fièvre typhoïde adynamique avec prostration très-grande. Le malade se plaignant de sa gorge, on trouve à l'inspection de la cavité buccale une plaque diphthéritique de la grosseur d'une fève sur le pilier antérieur gauche (gargarisme au chlorate de potasse). Hémorrhagie intestinale très-abondante (injection d'ergotine, champagne, potion de Tood). La transfusion est reconnue indispensable; elle est faite avec 120 grammes de sang fourni par un infirmier de la salle. La mort survint néanmoins trente-six heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva l'épiglotte légèrement boursouflée et très-injectée. Sur sa face antérieure, on remarque des plaques jaunâtres entourées de portions de muqueuse d'un rouge foncé; les plaques se laissent difficilement détacher de la muqueuse qui, par endroits, est légèrement ulcérée. Elles recouvrent également les bords. Les piliers postérieurs, d'une coloration rouge violacée, sont recouverts de ces fausses membranes. Il en est de même des replis épiglottiques. A la partie postérieure, la rougeur s'étend jusqu'au niveau du cartilage cricoïde. La partie interne du larynx est vivement injectée jusqu'aux cordes vocales qui sont complètement saines. La muqueuse, recouvrant les cartilages aryténoïdes, est légèrement œdématiée.

Un autre cas est celui d'un soldat du train qui, dans une fièvre typhoïde d'une intensité moyenne, est pris d'une légère douleur à la gorge; on reconnaît des plaques grisâtres sur le pilier antérieur gauche. La voix devient voilée et s'éteint. En six jours, les accidents asphyxiques emportent le malade. A l'autopsie, on trouve la muqueuse laryngée recouverte d'une fausse membrane épaisse de 1 millimètre, recouvrant aussi les cordes vocales et les ventricules. Elle est assez adhérente et se détache par grands lambeaux. A certains endroits il existe de petites ulcérations. La fausse membrane s'arrêtait exactement au niveau de la bifurcation des bronches. On n'a trouvé ni nécrose ni carie des cartilages.

Citons encore l'observation d'un autre soldat, atteint de fièvre typhoïde adynamique, qui présenta encore à l'autopsie des plaques diphthéritiques dans le larynx et des ulcérations de la muqueuse.

Hoffmann (de Bâle) a rapporté des observations de laryngite diphthéritique avec ulcérations sur les cordes vocales, de laryngite nécrosique ou ulcéro-nécrosante. M. Bernheim a également communiqué une observation de fièvre typhoïde grave avec des phénomènes thoraciques et du délire. Enrouement au vingt-sixième jour. Mort le vingt-septième jour. Outre les lésions abdominales et pulmonaires, on trouva à l'autopsie des ulcérations de la muqueuse recouvrant l'épiglotte, avec dénudation du fibro-cartilage.

Une autre observation comprend une fièvre typhoïde grave, arrivée à la convalescence, quand tout à coup le malade commence à se plaindre de douleur de gorge, puis d'aphonie. Surviennent des accès de suffocation qui nécessitent la trachéotomie. Le malade meurt pendant l'opération, sans qu'on ait constaté dans la plaie d'autre ouverture vasculaire un peu importante que celle d'une jugulaire antérieure assez développée. L'autopsie fit découvrir que l'aryténoïde droit était nécrosé.

M. Spillmann donne aussi une observation de laryngite ulcéro-nécrosante dans une fièvre typhoïde adynamique, survenue chez un ébéniste âgé de vingt ans. C'est encore pendant la convalescence que se déclarent la gêne de la respiration et la douleur laryngée. L'aphonie était complète; les accès de violente suffocation obligèrent à pratiquer la trachéotomie. La guérison fut obtenue, mais le malade fut obligé de conserver la canule.

Enfin d'autres observations montrent que la nécrose des cartilages peut se produire dans le larynx et n'éveiller du côté de cet organe aucun symptôme pouvant laisser supposer une altération aussi profonde. L'examen laryngoscopique qui avait été tenté, mais inutilement, n'aurait d'ailleurs fourni aucune notion sur la lésion existante, la partie supérieure du larynx et les cordes vocales étant entièrement saines.

En résumé, les accidents laryngés survenant dans le cours de la fièvre typhoïde sont constitués, en majeure partie, par la laryngite ulcéreuse et la laryngite diphthéritique. Lorsqu'ils éclatent pendant la convalescence, ils sont dus à la laryngite nécrosante.

Les plaques diphthéritiques et les ulcérations de la muqueuse sont dues à la prolifération des éléments cellulaires, et non à une exsudation. La périchondrite et la nécrose des cartilages sont d'ordinaire les résultats de la propagation de l'inflammation de la muqueuse aux tissus sous-jacents. Elles peuvent, en certains cas, s'établir d'emblée.

Ces accidents ne sont pas toujours précédés, pendant un temps plus ou moins long, par les symptômes propres aux laryngites.

Quant au traitement, lorsque l'asphyxie est imminente, et que le péril sera moins dans l'état général que dans la lésion locale du larynx, on ne devra pas hésiter à pratiquer la trachéotomie, seule capable de sauver le malade. Les chances de succès de l'opération sont d'autant plus grandes qu'elle aura été pratiquée plus tôt.

Le traitement par la dilatation graduelle doit être tenté et continué assez longtemps dans tous les cas de laryngosténose survenant à la suite des complications typhiques.

2° *Complications pulmonaires* (Haguenthal, Nancy, 1880). — Les lésions pulmonaires, dans la fièvre typhoïde, sont beaucoup plus fréquentes que les complications laryngées; elles sont, pour ainsi dire, inséparables de la fièvre typhoïde. Le catarrhe des bronches manque très-rarement dans cette affection; il sert souvent à différencier la fièvre typhoïde légère de l'embarras gastrique fébrile. Il commence dans le courant ou vers la fin de la première semaine de l'affection, et s'accompagne généralement d'un peu de toux. Il s'annonce cliniquement par des rhonchus et des sibilances, qui peuvent bientôt se transformer en râles sous-crépitants, signes d'une congestion passive commençante. Ils constituent alors la bronchite capillaire qui amène l'atélectasie ou collapsus pulmonaire, état fœtal ou splénisation.

Le processus inflammatoire peut aussi revêtir la forme de la pneumonie dite catarrhale, lobulaire ou lobaire. Celle-ci se développe ordinairement vers le deuxième septénaire, et se caractérise par de la submatité à la percussion, du souffle à l'auscultation, de la bronchophonie, quelquefois des râles sous-crépitants ou des râles crépitants, ces derniers rares dans la fièvre typhoïde.

Un autre genre de complications pulmonaires peut aussi surgir au plus fort de la maladie, le plus souvent dans son déclin. Sous l'influence de l'insuffisance de la respiration, consécutive à un catarrhe bronchique intense, on voit apparaître dans le poumon une congestion passive, d'où les splénisations hypostatiques qui se localisent exclusivement dans les parties inférieures et postérieures des poumons. Ces pneumonies sont toujours une complication grave, surtout lorsqu'elles sont étendues; toujours elles retardent la guérison lorsqu'elles ont une issue favorable.

Toutes ces diverses lésions peuvent se présenter combinées entre elles; elles sont, pour ainsi dire, solidaires les unes des autres. Mais il est une autre affection, bien plus rare que les précédentes, qui peut éclater tout à coup dès la première semaine, quelquefois même avant que la fièvre typhoïde ait annoncé son invasion par des symptômes bien nets : c'est la pneumonie lobaire, la pneumonie franche ou fibrineuse qui se distingue de toutes les autres par des phénomènes plus nets, par une évolution plus régulière, et qui fait parfois dominer ses signes propres sur ceux de l'affection générale.

La pneumonie fibrineuse n'est pas toujours une complication grave de la fièvre typhoïde. D'après Jurgensen, Griesinger, Bernheim, le plus grand danger des pneumonies typhoïdes réside moins dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire que dans la faiblesse du cœur.

Quel sera le traitement des diverses complications pulmonaires de la fièvre typhoïde?

Les dangers provenant des troubles de l'appareil respiratoire sont souvent très-graves; les remèdes qu'on peut leur opposer sont peu nombreux, et ne sont guère que des palliatifs. Dans les bronchites du début, lorsqu'elles sont simples et qu'elles conservent leur caractère d'enchifrènement bronchique, on ne donne généralement aucun traitement. Tout au plus prescrit-on des ventouses sèches, lorsque l'oppression est un peu considérable. Mais, si la bronchite passe à l'état capillaire, si les bronches sont remplies de ces crachats visqueux que les malades ont tant de peine à expectorer, le danger devient bien plus sérieux. On ne peut en effet songer à donner les expectorants habituels, ipéca, kermès, ou émétique; ceux-ci développeraient dans l'intestin un catarrhe intense qui, venant s'ajouter aux lésions déjà existantes de la fièvre typhoïde, pourrait être la cause de perforations intestinales. C'est encore aux ventouses sèches qu'il faudra avoir recours. Comme expectorants proprement dits, on choisira avec soin ceux qui ont une action très-faible ou nulle sur la muqueuse intestinale, comme les ammoniacaux, l'acétate d'ammoniaque par exemple, ou la liqueur ammoniacale anisée (2 à 4 grammes par jour dans une potion). Ces agents sont encore des excitants, et ils rentrent dans la médication tonique et stimulante qui rend de si grands services dans certaines formes adynamiques de la fièvre typhoïde; dans ces cas, les alcools, rhum, punch, vin de Malaga, le thé, le café, l'extrait de quinquina, etc., seront d'un puissant secours. Les alcools, en effet, comme on le sait aujourd'hui, abaissent plutôt qu'ils n'élèvent la température; ils rendent moins considérable la dose d'oxygène nécessaire au système nerveux, et lui donnent, en un mot, une force de réaction capable de lutter contre la maladie.

La complication la plus redoutable est la pneumonie lobulaire, surtout lorsque les foyers sont nombreux, et par leur réunion embrassent tout un lobe du poumon. Aux ventouses et à la médication tonique on joint l'usage des vésicatoires laissés peu de temps en place, de la digitale pour modérer la rapidité du pouls et le régulariser, des bains tièdes pour calmer l'agitation et le délire.

L'hypostase pulmonaire, qui aggrave les autres symptômes, offre peu de prises à la médication. On la combattra en faisant souvent changer le malade de côté. On doit aussi, au moyen de la digitale, essayer de rendre un peu d'énergie au muscle cardiaque, dont l'affaiblissement est une des causes premières de l'hypostase.

Contre la pneumonie lobaire, complication moins grave de la fièvre typhoïde, du moins lorsqu'elle est seule, les ventouses sèches et la médication tonique offriront encore le plus de secours.

Enfin reste une question importante à élucider. Il peut arriver que l'excès de la température dans la fièvre typhoïde, ou bien des accidents cérébraux, nécessitent l'emploi des bains froids dont l'efficacité n'est plus à contester dans ces conditions. Or, des observations de M. le professeur Bernheim montrent nettement que l'engouement pulmonaire, la pneumonie, la bronchite typhoïde, ne contre-indiquent pas les bains froids lorsque le cœur fonctionne bien. On pourrait croire que le refoulement du sang à l'intérieur, produit par la contraction *à frigore* des vaisseaux de la surface, détermine des congestions viscérales et aggrave l'hyperémie et l'inflammation broncho-pulmonaires existantes. Il n'en est rien. La théorie du refoulement interne ne paraît guère admissible (voir *Thèse de Nancy*, 1876, Hussenet). L'abaissement instantané et simultané de la température dans le foie, le rectum et l'aisselle pendant le bain froid, prouve que toute la masse sanguine est très-rapidement et totalement refroidie; d'autre part la congestion des organes n'a pas été observée par les expérimentateurs; au contraire, la contraction de la rate par les douches froides a été signalée et étudiée par Mosler et Schuchardt. D'ailleurs, les faits cliniques ont démontré que les lésions pulmonaires semblent être parfois amendées favorablement par les bains froids. Un malade de M. Bernheim reçut cinquante-deux bains froids en douze jours; sa pneumonie et sa bronchite typhoïdes se résolurent, et l'on ne vit pas même apparaître l'hypostase. Les bains froids ne sont donc pas contre-indiqués par la présence de lésions pulmonaires, nous le répétons, lorsque le cœur fonctionne bien.

Furoncles. — Les furoncles sont une complication assez fréquente de la convalescence de la fièvre typhoïde. Ils occupent des régions très-variables, fesse, région dorsale, bord antérieur de l'aisselle, mollet au dessous du creux poplité, pourtour du genou, etc. Toutes les fois qu'ils sont survenus, et c'est là le fait clinique intéressant, une élévation notable de la température a signalé leur apparition.

Cholécystite typhoïde. — Ce fait curieux a été observé dans le service de M. le professeur Bernheim, chez une femme de vingt-deux ans, qui était en convalescence d'une fièvre typhoïde ayant duré trois septénaires, et n'ayant présenté aucune complication.

La malade fut reprise tout à coup de douleurs abdominales vives, localisées à l'hypochondre droit. En même temps la température, le pouls et la respiration subirent une ascension considérable. La malade ne présentait ni céphalalgie, ni vertiges, ni diarrhée; néanmoins on pensait à une rechute, lorsque la mort survint sans autres symptômes que les douleurs abdominales dont l'intensité avait toujours augmenté.

A l'autopsie, on trouva la cicatrisation des lésions intestinales et un abcès dans l'épaisseur de la paroi de la vésicule biliaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note manuscrite de M. le docteur Leroy des Barres intitulée : Pustule maligne du cou, destruction de l'eschare et des vésicules de l'aréole inflammatoire avec le nitrate acide de mercure, acide phénique à l'intérieur, persistance d'accidents généraux graves, injections hypodermiques de phénol aux cuisses; guérison; 2° un travail manuscrit de M. Louis Mond, sur la rage; 3° des lettres de MM. Krishaber, Decaisne, Foville, candidats dans la section des associés libres, et Bifani, candidat au titre de membre correspondant étranger.

RAPPORTS

M. BOURGOIN lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

Charbon. — M. COLIN (d'Alfort) lit une note sur un prétendu moyen de conférer l'immunité contre le charbon. Les résultats des expériences qu'il a faites sur ce sujet prouvent :

1° Que la virulence du sang charbonneux s'éteint ou à peu près entre 55 et 57 degrés centigrades, pour des causes qui restent à déterminer ;

2° Que, dans les cas où le sang chauffé à ce degré ne perd pas ses propriétés, il détermine un charbon complet avec tous ses attributs;

3° Que le sang chauffé dont la virulence est perdue ne jouit plus d'aucune action et se comporte comme celui d'un animal sain ;

4° Que ce même sang dont la virulence a été éteinte par la chaleur ne confère pas l'immunité, car les animaux auxquels on l'a inséré contractent ultérieurement le charbon aussi facilement que les autres et y succombent dans les délais ordinaires en présentant toutes les lésions caractéristiques de la maladie.

Suette miliaire. — M. J. ROCHARD fait une communication sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans l'île d'Oléron, pendant l'été de 1880.

La suette débuta dans les premiers jours de juin au village des Allards. Elle y resta cantonnée jusqu'au 2 juillet, et dans ce laps de temps elle y fit cinq victimes. Le 2 juillet, un homme d'un village voisin vint aux Allards pour assister à l'enterrement d'un de ses parents. Il rentra chez lui le soir, fut pris de fièvre, d'étouffement, de délire, et mourut avant l'arrivée du médecin. La maladie n'avait pas duré douze heures.

A partir de ce moment, la suette se répandit dans toute la commune, et en quinze jours elle avait envahi l'île entière. L'épidémie s'arrêta brusquement à la fin de juillet. Cette épidémie a été exactement semblable à celles qui ont été observées à d'autres époques; elle a eu le même début brusque, une évolution rapide, les sueurs profuses, même éruption caractéristique, avec la douleur épigastrique, l'anxiété respiratoire souvent poussée jusqu'à la suffocation, la constipation et l'insomnie. Les médecins ont noté la même marche souvent foudroyante de la maladie, dont la durée dans quelques cas n'a pas dépassé douze heures.

La maladie a acquis en peu de temps une telle étendue et une telle intensité que les deux médecins de l'île n'ont pas tardé à être débordés. Deux médecins de la marine et le directeur M. Maisonneuve se sont transportés sur les lieux pour les aider. Des tracés thermographiques ont été recueillis. Ils ont donné des résultats variables. Au début, on a constaté 39°; avec l'aggravation des symptômes la température s'élevait à 41°, 41°,2 même 42°,3.

Pour le traitement, les médecins se sont en grande partie conformés aux conseils donnés par M. J. Guérin dans son rapport de 1851. La confiance de M. J. Guérin dans l'ipécacuanha a été justifiée. Quant au sulfate de quinine, on n'a pas trouvé son indication comme antipériodique.

Les affusions froides ont été mises en usage avec un plein succès par M. le directeur Maisonneuve.

M. J. Rochard termine sa communication par des considérations générales sur l'hyperthermie dans les pyrexies et sur les avantages que donne pour la combattre l'usage de l'eau froide.

De l'hospitalisation des épileptiques. — M. LUNIER lit sous ce titre un mémoire qui peut être résumé en ces termes :

Parmi les infirmités auxquelles l'homme paye un large tribut, il en est une, l'épilepsie, qui a, pour ainsi dire, été reléguée au second plan. La loi de 1838, qui a profondément modifié la situation des aliénés, n'a rien fait pour les épileptiques, qui ne sont admis dans les asiles que s'ils sont réputés aliénés.

Or, des recherches nouvelles que vient de faire M. Lunier, en se servant à la fois des procès-verbaux du recrutement et des relevés faits dans tous les asiles publics et privés et dans tous les départements, il résulte : 1° que le nombre des épileptiques en France est de 33,225, soit 9,203 pour 10,000 habitants ; 2° que, sur ce nombre, 3,550 sont séquestrés ; 3° que 1,650 environ sont hospitalisés dans quelques rares établissements privés et dans les hospices d'incurables.

M. Lunier s'est assuré du reste qu'il en était à peu près de même partout ailleurs, aux États-Unis comme dans les divers pays d'Europe.

Quoi qu'il en soit, sur les 28,000 épileptiques vivant dans leur famille, M. Lunier estime que 10,000 environ devraient être internés ou hospitalisés, les uns parce qu'ils présentent des chances de guérison ou tout au moins d'amélioration, les autres parce qu'ils ne peuvent subvenir à leurs besoins ; presque tous, enfin, parce que, à un moment donné, ils peuvent devenir dangereux pour la société.

Les épileptiques, pris dans leur ensemble, ne peuvent être considérés ni comme des malades ordinaires, ni comme des aliénés ; il est donc nécessaire de leur appliquer des moyens de traitement et d'assistance tout particuliers.

M. Lunier, après avoir examiné de près ce qui a été tenté jusqu'ici en France et à l'étranger, en tenant compte des conditions spéciales que présentent les épileptiques envisagés d'une façon générale, pense que le mieux serait de créer dans le voisinage d'un certain nombre d'asiles d'aliénés des quartiers destinés à recevoir les épileptiques de la région. Mais il voudrait, en outre, que l'État fît pour les épileptiques, ce qui a été réalisé déjà pour les sourds-muets, les aveugles et les aliénés, et qu'il créât de toutes pièces un établissement spécial où seraient reçus, à des prix de pension modérés, les épileptiques des deux sexes qui ne pourraient être admis ni dans les asiles d'aliénés, ni dans les hôpitaux ordinaires.

La question dans tous les cas demande une prompte solution : on ne peut pas laisser plus longtemps dans une sorte d'abandon une classe aussi nombreuse et aussi intéressante d'infirmes et de malades.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — M. Desgranges, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1880-1881, par M. Vincent, agrégé près ladite faculté.

— M. Pasteur, membre de l'Institut, vient de recevoir la grande médaille d'or de la Société des agriculteurs de France pour ses belles recherches sur les fermentations et les contagions au point de vue des applications médicales et agricoles.

— La Société de médecine pratique de Paris décernera en janvier 1883 un prix de 300 francs, argent et médaille, à l'auteur du meilleur travail manuscrit inédit qui lui sera communiqué pendant les années 1881 et 1882.

Ce prix sera délivré tous les deux ans.

De l'hydrorrhée pendant la grossesse, par le docteur STAPFER. 1 vol. in-8° de 104 pages.— Prix : 3 fr. — Paris, H. Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10860.

N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 5 MARS 1881. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des divers moyens de traitement de la rage.

La multiplicité des cas de rage humaine qui se sont produits depuis quelque temps appelle à la fois l'attention et sur les mesures de sûreté, qui, malgré les assurances données à l'Académie de médecine, dans sa séance du 21 septembre dernier, par M. Leblanc, sembleraient en ce moment en défaut, et sur les moyens prophylactiques et les moyens curatifs, si décevants jusqu'à présent, de cette terrible affection.

Plusieurs essais nouveaux ont été faits tout récemment, et des expériences diverses se poursuivent en ce moment même. Nos lecteurs nous sauront gré de les tenir au courant des résultats obtenus.

Voici d'abord quelques faits intéressants. M. le docteur Dujardin-Beaumetz fut appelé à Saint-Denis par M. le docteur Leroy des Barres pour un malade atteint de rage. Ce malade avait été léché par un chien enragé; les premiers symptômes s'étaient manifestés vingt-quatre jours après. On lui avait déjà administré le chloral par la bouche et par le rectum et pratiqué des injections de morphine. M. Dujardin-Beaumetz prescrivit, de concert avec son confrère, 1 gramme de pelletiérine (principe de l'écorce de grenadier) en injections sous-cutanées. Ce médicament n'eut aucune influence notable, et le malade succomba quelques heures après l'injection au milieu d'un accès convulsif. C'était la première fois qu'on essayait cette substance contre la rage. Ce qui avait porté M. Dujardin-Beaumetz à l'essayer dans ce cas, c'est la grande analogie qu'il a démontré exister entre les sels de pelletiérine et le curare, le seul agent médicamenteux qui ait produit jusqu'à présent la guérison dans la rage confirmée.

D'après des indications fournies par M. Dujardin-Beaumetz, qui étudie en ce moment avec M. Restrépo, un de ses élèves, un nouvel alcaloïde, le waldivine, alcaloïde du cédron, M. le vétérinaire Nocard a expérimenté cet agent sur des chiens atteints de rage. Si cette substance n'a pas empêché la mort de ces animaux, elle a du moins atténué les crises convulsives et les a même éteintes tout à fait. C'est là une propriété qui pourra être utilisée et qui doit engager à renouveler les expériences. M. Dujardin-Beaumetz se propose de l'essayer à la première occasion, ainsi que la cédrine, autre alcaloïde du même végétal, qui passe en Colombie pour avoir la propriété de guérir la rage et les morsures de serpents. Ce qui entretient surtout dans l'esprit de M. Dujardin-Beaumetz cet espoir d'arriver par ces expérimentations à la guérison de la rage, ce sont les résultats de l'autopsie, qui ne montre chez les sujets qui ont succombé à cette affection que des lésions congestives, notamment la congestion du bulbe.

Dans l'une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Potain entretenait ses élèves d'un cas de rage qui venait d'être observé dans son service, à l'hôpital Necker, et dans lequel il a essayé l'emploi de la pilocarpine en injections hypodermiques, sans succès définitif, mais non cependant sans un résultat partiel et passager qui paraît de nature à devoir encourager de nouveaux essais.

Il s'agissait d'une jeune femme qui, après avoir été mordue à la face par un chien, avait été prise, au bout de trois semaines, des premiers symptômes de la rage : sensation de malaise et de tristesse profonde au début, puis difficulté de la déglutition, s'accompagnant d'anhélation et de spasmes de la poitrine, puis enfin convulsions cloniques, grande anxiété, hallucinations, délire, agitation, terreurs, tentatives d'évasion ayant nécessité l'usage de la camisole de force.

En présence de cet état, et d'après le souvenir de la tentative d'emploi du jaborandi faite en 1874 ou 1875 par Axenfeld dans une circonstance semblable, M. Potain a essayé l'usage de la pilocarpine dont l'action salivante lui a paru appropriée à l'une des indications principales, qui est la provocation de la salivation. Il a préféré la pilocarpine au jaborandi, à cause de l'action syncopale de ce dernier agent. La pilocarpine a été administrée en injections sous-cutanées à la dose de 2 centigrammes. En même temps, pour combattre le spasme, M. Potain a prescrit 4 grammes de bromure d'ammonium en lavement. Sous l'influence de cette médication, le spasme pharyngé a d'abord notablement diminué, mais cet effet n'a été que passager. La malade n'a pas tardé à succomber.

Dans un autre cas de rage, dans le service de M. Brouardel, à l'hôpital de la Pitié, on a eu recours aux injections morphinées, qui sont restées sans effet.

Enfin, dans un autre cas, M. Bouchard, à Lariboisière, a

fait usage du curare. Il a injecté d'abord 1 gramme d'un curare qui avait perdu toutes ses propriétés ; puis, en présence de ce résultat négatif, il a employé 30 centigrammes d'un autre curare fourni par la Pharmacie centrale des hôpitaux. Comme il n'en obtenait aucun résultat, il se servit enfin d'un curare expérimenté par M. Vulpian, qu'il a injecté à la dose de 18 centigrammes. Cette dose a seule produit quelques effets physiologiques, qui n'ont point empêché la terminaison fatale.

Au moment où nous écrivons ces lignes, un nouveau malade atteint de rage est en traitement à l'hôpital Saint-Antoine. Nous ferons connaître les résultats de la médication à laquelle il est soumis.

Un mot maintenant sur les moyens prophylactiques. Le seul que l'on connaisse jusqu'à présent est la cautérisation de la plaie de morsure. Voici quelques renseignements fournis à cet égard par la petite discussion qui s'est élevée sur ce sujet à la Société de thérapeutique, à l'occasion de quelques-uns des faits que nous venons de rappeler.

La cautérisation avec le nitrate d'argent est inefficace. Cette inefficacité est suffisamment démontrée par le fait de l'enfant mort à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Lannelongue. Cet enfant, qui a été le sujet des expériences dont s'est entretenue récemment l'Académie, avait été cautérisé par le nitrate d'argent à deux reprises, après la morsure.

Le crayon de Moser, composé de charbon, de nitre et de gomme, et de substances balsamiques, a l'inconvénient de n'agir que trop superficiellement. Bon pour les piqûres d'insectes, il est insuffisant pour la rage. M. Constantin Paul lui préfère de beaucoup la pâte de Vienne.

L'ammoniaque et l'alcool camphré dont se servent souvent les pharmaciens dans cette circonstance sont inefficaces. Dans quatre cas de rage sur lesquels M. Dujardin-Beaumetz a été appelé à faire une enquête depuis le 1er janvier, comme membre du Conseil d'hygiène et de salubrité, une fois la cautérisation avait été faite avec du nitrate d'argent, deux fois avec l'ammoniaque, et une fois avec l'alcool camphré. Dans aucun de ces cas la maladie n'a pu être prévenue. Ce sont donc là des moyens à abandonner.

Le fer rouge manque souvent aussi son effet, soit à cause de la perte de temps qu'il entraîne, la cautérisation devant être faite le plus promptement possible, vu la rapidité avec laquelle se fait l'absorption du virus déposé dans la plaie ; soit par la difficulté que l'on éprouve, dans quelques circonstances, à faire pénétrer le fer rouge jusqu'au fond de la plaie.

A raison de ces diverses circonstances, M. Blachez préfère les caustiques liquides.

Enfin M. Trasbot, qui a eu de fréquentes occasions d'observer des morsures de chiens enragés à Alfort, dit avoir constaté de bons résultats d'un moyen beaucoup plus simple que tous ceux dont il vient d'être question ; il consiste à faire largement saigner la plaie et à la laver à grande eau.

Mais, quand il n'y a pas de plaie, comme dans le cas de MM. Leroy des Barres et Dujardin-Beaumetz, aucun de ces moyens n'est applicable. Ne serait-ce pas le cas alors d'essayer un procédé analogue à celui que l'on a employé récemment dans les pustules malignes, les injections, dans les parties atteintes, d'acide phénique ou de teinture d'iode? Nous poursuivrons cette enquête.

De la voussure sous-clavière dans les épanchements pleuraux chez l'enfant.

On sait que la pleurésie est une maladie fréquente dans l'enfance ; mais on sait aussi qu'elle présente assez souvent des difficultés de diagnostic, et qu'elle reste parfois méconnue, soit par l'insuffisance des signes qui la font reconnaître si facilement d'habitude chez l'adulte, soit par la présence d'autres symptômes qui la masquent et en rendent les débuts insidieux. Dans ces conditions, ce serait un service à rendre que d'indiquer un signe qui pourrait devenir par la suite un élément précieux de diagnostic. Ce signe serait, d'après M. le docteur Louis Rivet, la voussure sous-clavière. Pendant une année d'internat dans le service de M. Bergeron, à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Rivet a eu l'occasion d'observer cinq petits malades affectés de pleurésie avec épanchement, et qui tous ont offert cette particularité intéressante qu'il s'est manifesté sous la clavicule, du côté malade, au niveau des premier et deuxième espaces intercostaux, une voussure très-évidente.

Voici ce que l'analyse de ces cinq observations nous apprend.

De ces cinq enfants, un était âgé de deux ans, deux de trois ans, un de quatre ans, et un de cinq ans et demi ; trois étaient des garçons, et deux, des filles. Sur ces cinq enfants, la voussure sous-clavière s'est rencontrée quatre fois avec une pleurésie du côté gauche et une fois seulement avec une pleurésie du côté droit.

Dans quatre cas où la ponction a permis de constater la nature du liquide, l'épanchement était purulent.

Pour trois de ces enfants, l'époque du début de la pleurésie a complètement échappé ; mais, dans les deux autres, où l'épanchement s'est effectué pour ainsi dire sous les yeux de l'observateur, la voussure sous-claviculaire s'est manifestée dès les premiers jours de l'épanchement.

Dans l'observation première, il s'agit d'une petite fille âgée de trois ans, atteinte d'une pleurésie gauche devenue purulente, chez laquelle la voussure fut constatée huit jours après les premiers signes d'inflammation de la plèvre.

Dans l'observation quatrième, l'enfant, qui était encore une petite fille âgée de trois ans, avait été opérée de trachéotomie pour le croup. Quelques semaines après, elle était ramenée dans le service pour une pneumonie gauche. On constata quelques jours plus tard l'existence d'un épanchement occupant la plèvre gauche et celle d'une voussure sous-claviculaire du même côté.

L'apparition de la voussure sous-claviculaire peut se manifester non-seulement dans les cas d'épanchements libres, mais encore dans ceux où une inflammation limitée de la plèvre ayant donné lieu à la formation de fausses membranes, le liquide demeure emprisonné par ces membranes de nouvelle formation, donnant lieu à une pleurésie enkystée, qui, lorsqu'elle siège au sommet, peut devenir d'un diagnostic fort embarrassant.

L'observation cinquième montre justement l'importance qu'acquiert, au point de vue du diagnostic, la voussure associée aux autres symptômes. Un garçon de cinq ans et demi était amené dans le service avec une pneumonie du sommet gauche. Consécutivement il se développait une pleurésie enkystée du sommet, sous la clavicule gauche, qui fut révélée par l'apparition de la voussure.

La voussure s'accuse par des caractères cliniques trop évidents et trop faciles à concevoir pour qu'il y ait lieu de

s'y arrêter. Peu marquée dans les premiers jours, on la voit prendre graduellement des dimensions plus accusées, en rapport avec la proportion du liquide épanché.

Dans un cas (observation deuxième), elle a pris le caractère d'une véritable bosse fluctuante, au niveau du deuxième espace intercostal, en dehors du bord gauche du sternum. Ce fut précisément le point où, plus tard, il se fit une ouverture spontanée.

Dans un autre cas (observation troisième), la saillie était tellement volumineuse et dure qu'au premier abord on pouvait croire à l'existence d'une tumeur solide.

L'épanchement diminuant, la saillie s'affaisse et finit par disparaître pour faire place à une véritable dépression. Après chaque ponction, on la voit diminuer pour reparaître de nouveau si le liquide se reforme. Elle peut devenir alors une indication pour une nouvelle intervention.

La percussion révèle, à ce niveau, tantôt une matité absolue, tantôt une matité relative qui varie pendant le cours de la pleurésie. Dans tous les cas, elle disparaît après la ponction.

A l'auscultation, M. Rivet a trouvé qu'il existait un souffle doux, assez faible, et parfois de l'égophonie. Comme pour les symptômes fournis par la percussion, l'évacuation du liquide permet de constater la réapparition du murmure vésiculaire.

Rétrécissement du bassin ; accouchement prématuré, au huitième mois, après version par manœuvres externes.

Au n° 11 du service de la clinique d'accouchement est une petite femme rachitique qui a déjà été accouchée à la clinique avec le secours du céphalotribe. Son bassin ne mesurait que 7 centimètres 1/4 à 7 centimètres 1/2. Cette femme était au sixième mois de sa grossesse lorsqu'elle est entrée dans le service. M. Depaul a attendu qu'elle eût atteint le huitième mois pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Le 5 janvier, il y a procédé au moyen de l'éponge préparée. Il y avait beaucoup de liquide dans l'utérus, une grande mobilité de l'enfant et son déplacement facile. C'étaient là des conditions favorables.

Au moment de l'accouchement, la tête n'était pas en bas. A l'aide des manœuvres externes, M. Depaul l'a replacée dans le bassin ; une fois la position effectuée, il l'a maintenue à l'aide d'un tampon et d'un bandage de corps, puis il a appliqué les éponges. Le lendemain matin, il y avait une dilatation notable, avec saillie de la poche. Après s'être assuré s'il n'y avait pas de procidence du cordon, M. Depaul a rompu les membranes, la tête étant fixée. Elle n'a pas tardé à se présenter au détroit inférieur. Il a fallu lui venir en aide par une application de forceps. Une fois la tête extraite, le reste est sorti aisément. L'enfant a respiré et crié, mais il était faible ; il poussait des cris plaintifs et avait un aspect souffrant. Il ne portait aucune trace de lésion ; mais la tête était restée douze heures dans le détroit.

Le lendemain, il allait déjà mieux. Quant à la mère, elle était surmenée ; mais elle allait mieux aussi. La veille, elle avait eu jusqu'à cent trente pulsations ; elle n'en avait plus que cent. Tout annonçait un rétablissement prochain, qui n'a pas tardé à s'effectuer.

Asphyxie des nouveau-nés.

M. le docteur Houzel nous communique la note suivante :

« Un enfant venant au monde en état de mort apparente, pendant que j'enlève avec le doigt les mucosités de la bouche jusque sur la glotte, et que je pratique rapidement l'insufflation, je fais apporter deux seaux contenant l'un de l'eau à 50° environ, l'autre de l'eau aussi froide que possible.

Si l'insufflation ne réussit pas, et c'est le cas le plus commun, l'enfant saisi à pleines mains, les pouces sous les aisselles, les doigts se réunissant derrière la nuque afin de soutenir la tête, je le plonge jusqu'au cou dans l'eau chaude où je le laisse une demi-minute environ, et, pendant ce temps, j'essaye de pratiquer la respiration artificielle en comprimant le thorax avec les mains.

Je l'enlève brusquement et le mets dans l'eau froide, d'où je le retire aussitôt pour le replonger dans l'eau chaude, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la respiration soit bien établie.

Souvent, à la deuxième ou à la troisième immersion, j'obtiens une inspiration profonde. En continuant avec persévérance, les inspirations se suivent à espaces de plus en plus rapprochés jusqu'à ce que la fonction soit établie dans toute son intégrité.

Voilà plus de douze ans que j'emploie ce moyen si simple, et presque toujours avec succès. D'après mes notes, quel que soit le degré d'asphyxie de l'enfant au moment de sa naissance, dès que les bruits du cœur ont pu être entendus pendant le travail, on doit chercher à le rappeler à la vie. Il m'en a quelquefois coûté plus de deux heures d'efforts ; mais j'ai sauvé ainsi des enfants que les assistants, la sage-femme elle-même, considéraient comme morts.

Dans aucun cas, l'immersion dans l'eau froide n'a été suivie du moindre accident.

J'ai été amené à employer le moyen que je préconise par l'observation de ce qui se passe dans le bain froid.

Plongez un adulte dans l'eau froide : il se produit sur toute la peau une impression subite, énergique, qui se traduit par une action réflexe, irrésistible, de tous les muscles inspirateurs. Involontairement, il se produit une inspiration profonde singultueuse, souvent même un cri.

C'est ce que je recherche, ce que je suis assez heureux pour obtenir dans presque tous les cas en jetant pour ainsi dire le nouveau-né dans l'eau froide. Si je le mets dans l'eau chaude, c'est afin d'éviter un refroidissement qui pourrait lui être funeste, puis pour obtenir une transition de température encore plus grande et pour pouvoir impunément le replonger dans l'eau froide autant de fois qu'il sera nécessaire. Ce que je recherche avant tout, c'est l'impression brusque et énergique de la peau, et, d'après mes observations, c'est presque toujours au moment où il est saisi par l'eau froide que l'enfant asphyxié fait sa première inspiration, si brusque le plus souvent qu'elle se traduit par un cri.

Quelle que soit l'interprétation du fait, le résultat seul est important. J'ai employé, je le répète, ce moyen nombre de fois, avec un succès constant, sans qu'il en soit jamais résulté le moindre accident consécutif. »

SONDE ŒSOPHAGIENNE

Laissée à demeure pendant trois cent cinq jours. Utilité de ce procédé.

Par M. le docteur M. Krishaber.

Il est des cas de rétrécissements extrêmes de l'œsophage dans lesquels le chirurgien est obligé de renoncer au cathétérisme graduel. S'il parvient, après bien des difficultés, à placer une bougie ou une sonde, il prévoit avec appréhension la nécessité de la

replacer le lendemain. Cette situation, assez embarrassante en face d'un rétrécissement cicatriciel, devient tout à fait redoutable, lorsque la sténose est due à une *tumeur* de l'œsophage. En effet, le tissu cicatriciel, malgré sa tendance à la coarctation, ne présente pas le danger de produire, au moins du jour au lendemain, une oblitération complète, tandis qu'une tumeur peut être touchée de telle sorte qu'une portion soit repoussée au-devant de l'extrémité de la sonde, qui se crée elle-même un obstacle insurmontable. L'opérateur se trouve alors placé dans cette alternative de pratiquer, soit l'œsophagotomie, soit la gastrotomie, qui, en raison du mauvais état général du malade, ne présentent presque aucune chance de succès, ou bien de renoncer à toute tentative, ce qui équivaut à une condamnation à mort par inanition. C'est le cas dans lequel je me suis trouvé en face d'une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte d'une tumeur maligne de l'entrée de l'œsophage et du larynx. Ne voulant plus, après avoir sondé la malade deux ou trois fois, l'exposer au danger du cathétérisme répété, et prévoyant, à courte échéance, l'impossibilité de la continuer, je résolus de pratiquer l'opération une dernière fois et de laisser la sonde à demeure. Il est important de dire que, voulant ainsi fixer la sonde pour un temps indéfini, je m'étais bien gardé de la passer par la bouche, le maintien prolongé d'un corps étranger dans cette cavité devant amener des complications sérieuses. J'ai donc introduit la sonde par une des narines; dès qu'elle fut parvenue dans l'estomac, je la fixai en plantant une aiguille à quelques centimètres de l'extrémité libre, l'aiguille ainsi placée figurant la branche horizontale d'une croix, dont la sonde formait la branche verticale. Autour de l'aiguille fut enroulée une bande que j'attachai au front de la malade. Dès lors, l'alimentation se fit sans difficulté; à la sonde on adaptait le bout d'un irrigateur, et quatre fois par jour on injectait du lait, des œufs crus et même de la viande hachée et délayée dans du bouillon ou dans du vin; les médicaments furent administrés par le même procédé. Un fait spécial mérite d'être noté : lorsque la quantité d'aliments injectés en une fois excédait la mesure, la malade en rejetait une partie par la sonde et paraissait soulagée.

Dans les premiers jours qui suivirent l'introduction de l'instrument, il survint un certain degré de coryza, avec rougeur du nez et douleur s'irradiant vers la tête; mais peu à peu la tolérance fut obtenue, et bientôt la malade n'accusa plus de gêne. L'alimentation se fit normalement et sans encombre. Il est à peine utile d'ajouter que la tumeur cancéreuse qui avait nécessité le cathétérisme suivit sa marche progressive. La malade succomba trois cent cinq jours après la mise en place de sa sonde. Celle-ci, à mon grand regret, fut jetée en mon absence; toutefois la sœur de la malade, qui l'avait extraite, m'affirma qu'elle ne paraissait nullement altérée, même dans la partie qui avait séjourné à l'intérieur de l'estomac.

Du fait que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre, il me paraît permis de conclure que, dans les cas de sténose cicatricielle ou spasmodique, alors que le danger de la situation ne provient pas de la nature du mal, mais uniquement de l'obstacle matériel, le procédé que j'ai employé pourra donner des résultats définitifs. J'avais remarqué en effet que ma sonde, peu de jours après avoir été fixée, jouait assez librement dans l'œsophage; j'aurais donc pu la remplacer par une sonde plus grosse et arriver à dilater cet organe. Dans l'espèce, cette dilatation ne présentait aucun intérêt, ma sonde étant assez volumineuse pour permettre l'alimentation; mais, chez des malades non atteints de cancer, alors que la guérison définitive peut être obtenue, il y aurait lieu de tenter une dilatation progressive, exactement comme pour l'urèthre, en plaçant et en laissant séjourner dans l'œsophage des sondes de plus en plus grosses. Pendant la durée du traitement, le malade se trouverait amplement nourri, et, ce qui n'est pas moins important, le chirurgien ne serait pas exposé à faire fausse route, ainsi que cela arrive fréquemment dans le cathétérisme intermittent de l'œsophage, on éviterait enfin le spasme œsophagien qui complique la situation et rend le plus souvent impossible l'introduction de la sonde. Ainsi, en résumé, de ce qui précède, il résulte qu'une sonde peut être tolérée à demeure par l'œsophage pour ainsi dire indéfiniment, qu'elle ne présente aucun inconvénient si elle est introduite, non par la bouche, mais par l'une des narines, et qu'en cas de rétrécissement de l'œsophage, la dilatation successive peut être obtenue sans danger, au moyen de ce procédé, qui a l'avantage considérable de permettre l'alimentation suffisante du malade, même pendant le traitement du rétrécissement.

THÉRAPEUTIQUE

Des dépôts ferro-arsénieux de la Dominique de Vals.

Connaissez-vous ce petit coin du département de l'Ardèche, autrefois le Vivarais, qui n'est pas dénué d'intérêt historique, dont les sites pittoresques enchantent le touriste, où de grandes industries florissantes, à la place de la vapeur coûteuse, trouvent un moteur économique et naturel dans le courant des rivières, où l'élève du précieux insecte qui produit la soie est fait avec une si intelligente sollicitude? Ce petit coin de terre, qui s'appelle Vals, est encore favorisé et avec luxe de sources minérales nombreuses. Eh bien, au milieu de cette abondance hydrologique, le médecin thérapeutiste a surtout remarqué une source admirable et par sa composition et par ses effets curatifs. Nous voulons parler de la *source Dominique* que la nature a douée d'une synthèse chimique sans analogue et de propriétés thérapeutiques d'une variété remarquable.

Quoi d'étonnant quand on sait que les principes minéralisateurs de la source Dominique sont: le soufre, le fer, l'arsenic, le phosphore, c'est-à-dire quatre agents médicamenteux des plus énergiques et des plus efficaces de la matière médicale?

Ne soyons pas croyants plus qu'il ne faut aux causes finales cependant ne dirait-on pas qu'une prévoyance inconnue et mystérieuse a voulu que cette eau, précieuse entre toutes, laissât déposer, dans les réservoirs qu'elle traverse, un sédiment ocreux, possédant la même composition et jouissant des mêmes propriétés curatives que l'eau elle-même; de sorte qu'au moyen d'un ingénieux artifice officinal, ce sédiment ocreux se transformât en une dragée d'aspect attirant et d'un goût agréable?

C'est ce qui a été très-habilement réalisé; les dragées Dominique sont brillamment entrées et conservent un rang distingué dans la thérapeutique.

Il n'en pouvait être autrement.

Il a fallu s'assurer d'abord que le dépôt ocreux laissé par l'eau de la source Dominique contenait les mêmes éléments minéraux, sous la même forme et dans les mêmes proportions que l'eau elle-même; et c'est ce que des analyses chimiques rigoureuses, faites dans le laboratoire de la Pharmacie centrale de France, ont mis en pleine lumière.

Il était également utile de démontrer que l'enrobement donné à ce dépôt minéral, pour le constituer à l'état de dragée, de bonbon. n'altérait en rien sa composition chimique et ses propriétés thérapeutiques, ce que d'une part l'analyse, et d'autre part l'observation clinique, ont très-nettement prouvé.

Quelles sont donc les propriétés thérapeutiques des dragées Dominique? Elles sont aussi variées que leur composition chimique et que cette minéralisation si riche devait les faire pressentir.

Par le soufre et l'arsenic qu'elles contiennent, elles sont prescrites avec succès contre la plupart des dermatoses qui réclament l'emploi de ces agents.

De toutes les préparations ferrugineuses que l'industrie pharmaceutique a jetées dans le commerce, le praticien éclairé préférera toujours celle que la nature lui fabrique dans son mystérieux laboratoire. C'est précisément la condition sous laquelle se présente le fer dans les dragées Dominique. C'est une combinaison martiale d'une solubilité parfaite, par conséquent assimilable et restituant au sang, avec rapidité, l'élément qui manque à ses globules, le fer.

Aussi, reconstituantes à un degré supérieur, les dragées Domi-

nique sont prescrites avec un succès constant contre la débilité organique, contre l'anémie, maladie du siècle, contre la chlorose si fréquente chez les jeunes filles.

Combiné avec l'arsenic, et sous la forme d'arséniate de fer, ce dernier agent acquiert des propriétés spéciales, qui présentent le double avantage, d'une part, d'annihiler l'action toxique de l'arsenic; d'autre part, de tempérer l'action irritante et congestive du fer dans la tuberculose pulmonaire, où cette action du fer était tant redoutée de Trousseau.

Sous cette forme d'arséniate de fer, les dragées Dominique ont obtenu d'éclatants succès contre les fièvres intermittentes rebelles au quinquina et à ses alcaloïdes, contre ces interminables fièvres de l'Algérie, ces cachexies palustres, désespoir des médecins et surtout des malades.

Enfin, le phosphore, qui, dans les dragées Dominique, se présente sous la forme de phosphate soluble, constitue l'un des éléments les plus précieux de la médecine infantile et surtout de l'hygiène de la première enfance. Qui ne sait, d'ailleurs, depuis les beaux travaux de M. Jules Guérin, que le régime lacté chez les enfants est d'une nécessité absolue, et cela à cause des phosphates que contient cette précieuse liqueur, c'est-à-dire le principe constituant du système osseux?

Avions-nous raison de dire, au début de cet article, que les dragées Dominique répondaient à des indications thérapeutiques nombreuses et variées? A ces indications que nous venons de passer en revue, nous sommes autorisés par l'observation clinique à ajouter les plus graves diathèses qui puissent affliger l'organisme, la tuberculose, la scrofule et le rachitisme.

Il est certain que la composition chimique des dragées Dominique explique leur action bienfaisante dans ces terribles diathèses.

En effet, n'est-il pas évident que l'action reconstituante et réparatrice d'agents tels que le soufre, le fer, l'arsenic et le phosphate combinés dans des proportions et sous des formes que le chimiste mystérieux sait seul doser et que la pharmacologie la plus ingénieuse ne saurait imiter, ne peut que modifier profondément et utilement l'organisme en proie à ces redoutables diathèses?

REVUE DE LA PRESSE

Tétanos traumatique guéri par l'élongation du nerf médian. — Il s'agit d'un garçon de vingt-cinq ans, grièvement blessé par la chute d'un arbre : 1° d'une fracture de cuisse; 2° d'une plaie de l'avant-bras, longue de onze pouces sur trois de large, et telle que la peau complètement décollée et l'aponévrose étaient largement ouvertes et que les muscles extenseurs étaient à découvert. Malgré les bains d'eau phéniquée dans lesquels l'avant-bras fut plongé pendant trois jours, il se forma une inflammation phlegmoneuse au niveau du coude et du poignet, suivie bientôt de sphacèle des téguments. Puis, une dizaine de jours après l'accident, la plaie ayant cependant un bel aspect, il survenait des contractions douloureuses des extenseurs de l'avant-bras et des doigts, douleurs bientôt assez intenses pour empêcher tout sommeil. Enfin, le dix-huitième jour, il se produisit, avec une grande élévation de température, de l'opisthotonos et du trismus, et le lendemain de la contracture des muscles de l'abdomen.

C'est alors que le docteur W. Johnson Smith, le malade ayant été préalablement endormi, pratiqua une incision sur la partie moyenne du bras, mit à nu le nerf médian avec toutes les précautions antiseptiques, et, le saisissant, procéda à son étirement de bas en haut.

Dès que le malade fut réveillé, les douleurs de l'avant-bras avaient disparu, les crampes étaient moins fortes, et les doigts, dans l'extension, pouvaient se mouvoir normalement. Le soir de l'opération, il y eut encore de la dysphagie et de la raideur douloureuse des muscles abdominaux. Mais deux jours plus tard ces derniers phénomènes avaient disparu, et le malade put quitter l'hôpital. La guérison s'est parfaitement maintenue sans récidive d'aucun des accidents qui avaient été observés. (*Paris méd.*)

Cathétérisme de la trachée-artère remplaçant la trachéotomie. — M. le professeur Guillaume Macewen a rapporté plusieurs observations fort intéressantes de malades chez lesquels, au lieu d'avoir recours à la trachéotomie, il a pratiqué avec succès le cathétérisme de la trachée, notamment le fait d'un œdème de la glotte chez une femme de trente-huit ans. Dans ce cas, l'opération fut pratiquée presque *in extremis*, en introduisant dans la trachée par l'orifice supérieur du larynx une sonde n° 12 sur laquelle il fit glisser la plus petite canule trachéale qu'il possédait, sans aucun accident qu'un accès de toux qui dura deux minutes environ. Le tube laryngo-trachéal, retiré seulement toutes les douze heures pour être nettoyé, fut laissé en place pendant trente-huit heures consécutives. Une amélioration notable était survenue lorsque l'on débarrassa la malade de son appareil; un complet rétablissement la rendit bientôt à ses occupations habituelles.

Des différents faits qu'il a observés, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Des canules peuvent être introduites dans la trachée par les voies naturelles, non-seulement dans les maladies chroniques, mais même dans les cas aigus.

2° On peut les introduire sans anesthésie préalable.

3° Elles ménagent une respiration facile.

4° Elles permettent la sortie des produits d'expectoration.

5° La déglutition est possible pendant que la canule est dans la trachée.

6° Quelque grande que soit au premier moment l'impression douloureuse ressentie par le malade, elle ne tarde pas à disparaître, et la tolérance s'établit.

7° Le patient peut dormir, le tube en place.

8° La canule est inoffensive. Les résultats sont rapides et complètement avantageux.

9° De semblables canules peuvent être introduites pour des opérations à pratiquer sur la face et dans la bouche. Elles ménagent une voie à l'agent anesthésique et garantissent le chirurgien contre le passage du sang dans les voies respiratoires. (*Gazzetta medica italiana.*)

Éclampsie et coma prolongé chez un enfant, guérison huit jours après par les douches froides. — Une petite fille de quatre ans, d'une santé robuste, et sans aucun antécédent morbide, fut prise tout à coup, à la promenade, de crises éclamptiques avec vomissements et coma.

Le docteur Kien, aussitôt appelé, fit appliquer de la glace sur la tête et ordonna à l'intérieur 1 gramme de bromure de potassium. Néanmoins les attaques se répétèrent d'heure en heure pendant toute la nuit, et le lendemain l'état de l'enfant ne présentait aucun changement. Les yeux étaient grands ouverts, les pupilles dilatées et insensibles aux excitations périphériques. Pas d'albuminurie. Température 39°,2. Des sangsues sont appliquées derrière l'oreille sans aucun résultat. Un bain tiède de dix minutes de durée est ordonné d'heure en heure, et, avant d'en retirer l'enfant, une douche froide avec l'eau de la pompe projetée d'une hauteur d'un mètre lui est administrée. Cette fois les grandes attaques disparaissent, les petites diminuent et les convulsions sont presque insignifiantes, bien que le coma persiste, que la température soit à 40° et le pouls à 140. Salicylate de soude à la dose de 1 gramme, des révulsifs énergiques ne triomphent pas du coma, qui persiste encore pendant six jours sans aucune amélioration. L'hydrothérapie, que l'on avait cessée après la disparition des convulsions, est essayée de nouveau avec le plus grand succès. Dès la première douche, l'enfant revient à lui et reconnaît ses parents. Au bout de huit jours de ce traitement, il était complètement guéri.

M. le docteur Kien, qui a soigné l'enfant, ne croit pas avoir eu affaire chez cet enfant à une éclampsie véritable, mais bien plutôt à une congestion cérébrale avec épanchement séreux, consécutive à une insolation. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Recherches expérimentales sur l'absorption et l'élimination de la quinine. — D'une série d'expériences entreprises

sur ce sujet, M. le professeur Giulio Lepidi-Chioti conclut de la manière suivante :

La quinine ne s'élimine certainement pas par la salive ni par la sueur. — Elle ne s'absorbe pas à la suite de frictions sur la peau. — Lorsqu'elle a été administrée en injections hypodermiques, elle apparaît au bout de treize à quinze minutes dans l'urine. — Elle y apparaît au bout de quinze à dix-sept minutes quand elle a été administrée par la bouche et que les premières voies sont en bon état. — Elle y est décelable au bout de vingt à vingt-cinq minutes quand elle a été administrée au moyen de l'entéroclysme. — Enfin elle s'y trouve au bout de trente à quarante minutes quand elle a été injectée à l'aide de l'irrigateur ordinaire et qu'elle a été conservée quelque temps dans les dernières voies. (*Presse médicale belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Étranglement interne; laparotomie; guérison. — M. CAZIN (de Berck-sur-Mer) adresse une observation de laparotomie pratiquée dans un cas d'étranglement interne et suivie de guérison. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'un bec-de-lièvre, qui, un soir, après une garde-robe, fut pris subitement d'une douleur vive dans le voisinage de l'ombilic, bientôt suivie de nausées, de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, et enfin fécaloïdes; le ventre était ballonné, surtout dans le voisinage de l'ombilic; il y avait une constipation opiniâtre; pas d'émission de gaz par l'anus. Le pouls était à 120, la peau était sèche et froide; la dilatation de l'intestin était surtout marquée dans la région ombilicale. M. Cazin diagnostiqua un étranglement interne à forme aiguë; il pensa que l'étranglement devait tenir à la présence d'une bride de l'intestin grêle. Une ponction exploratrice, avec l'aiguille n° 2, fit momentanément cesser la douleur; mais celle-ci reparut bientôt, et, les symptômes d'étranglement s'accentuant de plus en plus, M. Cazin fit une incision sur la ligne médiane, trouva une anse d'intestin étranglé par un diverticulum adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. Section, ligature et réduction de cette bride, pansement de Lister, guérison rapide. — Cette observation montre surtout les avantages de l'intervention hâtive dans ces cas.

M. BERGER demande si le diverticulum intestinal, cause de l'étranglement, était plein ou canaliculé, le manuel opératoire devant être modifié suivant ces cas.

M. DESPRÈS trouve cette observation incomplète et insuffisante, parce qu'elle n'indique pas la cause exacte ni le siège précis de l'étranglement, si bien qu'on pourrait penser que l'opération n'était peut-être pas absolument nécessaire.

Emploi de l'iode dans le traitement de la pustule maligne. — M. BOINET, dans la première édition de son livre, en 1855, indique d'une façon très-nette les propriétés antiseptiques et antivirulentes de l'iode, ainsi que ses indications et son mode d'emploi dans le traitement de la pustule maligne et du charbon. Ni M. Davaine, en 1873, ni M. Bouley, présentant les premières observations de M. César, en 1877, ni MM. Raimbert, Chipot, etc., n'ont mentionné la part qui revient à M. Boinet dans cette application thérapeutique de l'iode. C'est pourquoi il rappelle avoir le premier indiqué les propriétés antiseptiques de cet agent.

M. ANGER a reçu dans son service, depuis la dernière séance, une malade atteinte de pustule maligne sous le menton. C'est une concierge, femme d'un mégissier. M. Anger a enlevé l'eschare; au-dessous d'elle, il a trouvé un grand nombre de bactéridies. Trois lapins inoculés sont morts dans les vingt-quatre heures. La malade est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

M. TRÉLAT. M. Boinet a bien fait de rappeler la part qui lui revient dans l'application de l'iode au traitement de la pustule maligne. Toutefois l'idée qui guidait M. Boinet diffère essentiellement de celle des praticiens de nos jours, qui préconisent les injections sous-cutanées d'iode, en ce sens qu'aujourd'hui l'on considère la teinture d'iode comme tuant les bactéridies, tandis que M. Boinet l'employait comme formant une eschare séparatrice. Les recherches expérimentales de M. Davaine diffèrent donc notablement des observations que vient de rappeler M. Boinet.

M. BOINET. Nous ne connaissions pas les bactéridies en 1853; nous ne pouvions donc pas savoir que c'était en les tuant que nous guérissions, mais nous n'en guérissions pas moins.

M. DESPRÈS. Depuis la découverte des bactéridies, on doit toujours en trouver dans le sang de l'eschare aussi bien que dans les vésicules; si l'on n'en trouve pas, c'est qu'on a mal cherché ou qu'il n'en existe pas. Lorsque leur présence a bien définitivement fixé le diagnostic, il ne faut pas hésiter à inciser jusqu'au sang et à cautériser. Cette méthode, qui est celle des médecins de la Beauce, est la seule rationnelle; elle m'a toujours réussi, et l'on n'a pas le droit de l'abandonner pour un moyen qui n'a pas encore suffisamment fait ses preuves et ne repose que sur des observations incomplètes.

M. VERNEUIL. Les observations sur lesquelles reposent les données qui ont été présentées sur ce nouveau mode de traitement sont si peu incomplètes qu'il en est plusieurs dans lesquelles, les cautérisations profondes étant restées sans résultat, les injections sous-cutanées de teinture d'iode ont amené, en quelques heures, la disparition de tous les phénomènes graves qui menaçaient la vie des malades. Il est regrettable qu'on n'ait pas rappelé les travaux de M. Boinet; mais, tandis que, par son procédé, M. Boinet se contentait de former, avec la teinture d'iode, un rempart pour s'opposer au passage des bactéridies, MM. César, Davaine, Chipot, Raimbert, l'emploient comme un agent véritablement bactéridicide. Il y a donc une différence considérable entre les deux méthodes. La cautérisation, si bonne soit-elle, ne réussit pas toujours; on doit donc s'estimer bien heureux d'avoir à sa disposition la méthode hypodermique, qui a permis déjà, dans un certain nombre de cas, d'arracher des malades à une mort certaine.

M. DESPRÈS maintient que rien ne vaut la cautérisation, et que, dans les cas où la teinture d'iode a guéri, c'est parce qu'elle était associée à la cautérisation dont les succès datent de plusieurs siècles.

M. TRÉLAT. Il s'agit d'une méthode en voie d'expérimentation. M. Desprès n'a donc pas le droit de la condamner ainsi. Il est évident pour tout le monde que la cautérisation est une bonne méthode. Mais, quelles que soient l'intensité des convictions de M. Desprès, l'énergie et la ténacité avec lesquelles il les soutient, le désir qu'il ait de représenter à lui seul la chirurgie séculaire, il n'a pas le droit d'assigner ainsi des limites aux progrès de la thérapeutique chirurgicale : c'est excéder le pouvoir de la critique scientifique.

RAPPORT

Emploi de la sonde œsophagienne après des opérations pratiquées dans la cavité buccale. — M. LANNELONGUE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Labbé et Trélat, lit un rapport sur un travail de M. Krishaber. (Voir plus haut.)

M. le rapporteur, faisant un court historique de la question, rappelle que c'est à Boyer que revient le mérite d'avoir le premier eu recours à l'alimentation par une sonde œsophagienne, à la suite d'opérations pratiquées sur la bouche. Il ne partage pas l'avis de M. Krishaber relativement à l'emploi de ce moyen à la suite de la staphylorrhaphie ou de l'uranoplastie. Mais, à la suite de l'ablation partielle ou totale de la langue, de la résection d'un maxillaire, c'est une méthode avantageuse et qui mérite d'être recommandée.

M. VERNEUIL. Voilà longtemps que je suis préoccupé de cette idée de trouver un moyen de faciliter l'alimentation de malades ayant subi des opérations dans la bouche. Lorsque j'étais à Lariboisière, je reçus un enfant atteint d'un bec-de-lièvre compliqué d'une véritable gueule de loup; cet enfant étant menacé de mourir de faim, je cherchai à l'alimenter à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge; mais le petit diable s'agitait de telle façon qu'il était impossible, chez lui, de recourir à ce moyen. Je n'en restai

pas moins préoccupé de l'idée de profiter de l'innocuité du contact du caoutchouc mou avec l'œsophage pour l'alimentation de malades ayant subi des opérations sur la langue, les maxillaires ou le plancher de la bouche. Ces opérés, en effet, sont souvent tourmentés par la soif, la faim, et la difficulté qu'ils éprouvent dans la déglutition les mettant souvent dans l'impossibilité de satifaire l'une et l'autre, il en résulte qu'ils s'amaigrissent et dépérissent. J'ai opéré ainsi un malade en province qui éprouvait de telles difficultés et de telles souffrances en cherchant à avaler qu'il a préféré se laisser mourir de faim.

M. Verneuil cite l'exemple d'un malade auquel il a pratiqué l'ablation des deux tiers de la langue, après avoir enlevé une partie de la région sus-hyoïdienne et qui, depuis environ quinze jours, conserve dans l'œsophage une sonde à demeure en caoutchouc mou et s'alimente ainsi très-facilement. Ce procédé a donné chez cet opéré un résultat vraiment très-satisfaisant.

M. TRÉLAT. Quand j'aurai l'occasion d'enlever la langue dans sa majeure partie, je m'empresserai de recourir à cet ingénieux procédé, car j'ai déjà perdu ainsi deux malades de faim. Les sondes en caoutchouc souple, qui, comme on sait, sont d'origine récente, présentent de très-grands avantages à ce point de vue. M. Kocher (de Berne) emploie déjà depuis un certain temps un procédé analogue. Mais autant je suis convaincu de l'utilité de ce procédé pour les opérations pratiquées sur la langue ou sur les maxillaires, autant je le trouve inutile et même dangereux pour les opérations de staphylorrhaphie ou d'uranoplastie. Je ne puis donc qu'appuyer l'opinion exprimée par M. le rapporteur à ce sujet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur de Venne-Larue, chargé du service médical du petit lycée de la Belle-de-Mai, est nommé médecin du lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Bertulus, décédé.

— M. le docteur Gougeon est nommé médecin-adjoint au lycée de Laval.

— La Société des agriculteurs de France vient de décerner, dans sa quatrième séance générale, une médaille d'or à M. Joulie, pharmacien de la Maison municipale de Santé, pour un remarquable travail renfermant un grand nombre d'analyses chimiques de plantes diverses et de terrains.

— *Muséum.* — M. le professeur Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 8 mars 1881, à une heure un quart, dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera le jeudi, le samedi et le mardi de chaque semaine, à la même heure.

Ce cours comprendra deux enseignements. Le mardi, le professeur traitera du sang dans les divers types d'animaux suivants : les articulés, les mollusques et les vertébrés. Le jeudi et le samedi les élèves seront exercés pratiquement à l'étude microscopique des organes et des tissus animaux invertébrés. Pour cette partie du cours, les élèves devront se faire inscrire au laboratoire d'anatomie comparée.

— M. le professeur P.-P. Dehérain commencera son cours de physiologie végétale le samedi 5 mars 1881, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. — Paris, 1881, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10865.

N° 28. — MARDI 8 MARS 1881. 54e ANNÉE. MARDI 8 MARS 1881. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Hypertrophie du cœur, dégénérescence graisseuse, insuffisance aortique.

Au n° 2 de la salle Saint-Charles nous avons eu un malade, âgé de soixante-deux ans, qui est mort subitement ces jours derniers, alors que rien dans son état ne pouvait nous faire prévoir une fin aussi rapide. Il était complètement infiltré depuis quelque temps déjà, il présentait un œdème généralisé, mais prononcé surtout aux membres inférieurs où il avait débuté, pour monter peu à peu et gagner les régions supérieures du corps. Il avait en même temps des étouffements et se plaignait de battements de cœur; l'oppression augmentait surtout par les mouvements, par la marche et surtout lorsqu'il voulait gravir un plan incliné, phénomènes d'après lesquels, en y joignant l'état du pouls, on avait diagnostiqué une affection organique du cœur. Le pouls était en effet large, régulier, mou, peu résistant, et disparaissait dès que l'on comprimait même légèrement l'artère.

Dans la région précordiale, la percussion faisait reconnaître un élargissement de la matité normale dans toutes les directions, mais particulièrement dans le sens transversal; la main appliquée à la surface des parois thoraciques ne sentait que des battements peu marqués.

A l'auscultation, si l'oreille percevait des bruits réguliers, elle entendait aussi un bruit de souffle prononcé en haut, à la base du cœur et au second temps, tandis qu'en bas et à la pointe il existait un souffle doux, très-léger.

Par suite, avant mon retour à la Charité, on avait conclu très-justement à une hypertrophie du cœur avec insuffisance des valvules aortiques, caractérisée par ce bruit de souffle au second temps et à la base qui se continuait encore, avec un caractère râpeux, dans l'aorte.

Lorsque j'ai repris le service, le malade était de plus en plus enflé, l'anasarque était de plus en plus généralisé, la face était bouffie. Le pouls présentait les mêmes particularités, mais les phénomènes cardiaques étaient modifiés. C'est ainsi que la matité déjà considérable, comme je viens de vous le dire en commençant, avait encore augmenté, la main ne sentait plus les battements du cœur. Il était impossible de percevoir les bruits morbides; à l'auscultation on n'entendait qu'un murmure léger, sourd, et les bruits de souffle constatés antérieurement par MM. Landouzy et Dejérine ne pouvaient plus être saisis, quelque soin que l'oreille mît à les chercher. Ils avaient disparu, et les battements du cœur étaient excessivement faibles. Cette disparition même est le signe caractéristique d'un cœur large, hypertrophié, devenu gras, et qui, par suite, a perdu de sa puissance contractile, et l'on peut dire que la dégénérescence graisseuse des fibres cardiaques est la fin de l'hypertrophie du cœur.

L'augmentation des fibres du cœur, leur multiplication amène à la fois une dilatation plus grande des cavités et l'épaississement des parois. Mais, par suite du travail énorme nécessité par la présence de l'obstacle à la circulation, ces fibres finissent par se fatiguer et dégénèrent peu à peu; de là la mollesse du cœur, de là la faiblesse d'abord, la disparition ensuite des bruits du cœur, la mort pour ainsi dire de l'organe cardiaque. Cette disparition est donc un phénomène acoustique médical des plus importants.

C'est en présence de ces différents phénomènes et d'une auscultation négative du cœur, que j'ai conclu, comme diagnostic, à une dilatation du cœur avec dégénérescence graisseuse de ses fibres musculaires, insuffisance des valvules de l'aorte et dilatation aortique accompagnée d'altération du vaisseau artériel. Cette dernière lésion, l'altération athéromateuse de l'aorte, a dû être très-probablement le point de départ des autres accidents; c'est par elle que la maladie a dû débuter, se propageant ensuite aux valvules et, par l'insuffisance, donnant lieu à la dilatation cardiaque puis à son hypertrophie.

Quant au bruit de souffle qu'en pareil cas on perçoit ordinairement dans la crurale, et qui est un signe de très-grande valeur, l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs était telle que son existence n'a pu être constatée.

Nous avons soutenu notre malade le plus possible par du café, et il aurait pu certainement vivre quelque temps encore, si une syncope n'était survenue qui, en quelques instants, l'a emporté sans que nous ayons pu prévoir une terminaison fatale aussi prochaine.

Nous disons que la mort subite est fréquente dans les altérations valvulaires de l'aorte, sans que le temps nous permette aujourd'hui d'en chercher l'explication dans les artères coronaires; elle est fréquente aussi dans la dégénérescence d'un cœur qui se contracte mal, et peut, sous l'influence de cette lésion, s'arrêter momentanément et pro-

duire une syncope immédiatement mortelle, que la dilatation cardiaque s'accompagne d'amincissement et d'épaississement des parois dégénérées. C'est ainsi que nous en constatons généralement chaque année de quatre à cinq cas dans nos salles.

L'autopsie a complètement confirmé notre diagnostic; vous avez là sous les yeux deux cœurs, l'un que j'appellerai sain, qui provient d'une jeune femme morte d'une fièvre typhoïde, l'autre qui appartient au malade dont je viens de vous retracer l'histoire. Ce dernier est énorme, il représente réellement par ses dimensions ce que l'on a appelé le cœur de bœuf, *cor bovinum;* il est près de trois fois plus volumineux que le cœur normal, et, tandis que celui qui est placé à côté de lui sur la planche de liège, comme moyen de comparaison, pèse 280 à 300 grammes environ, le cœur de notre cardiaque pèse 675 grammes. Ses parois sont considérablement épaissies, notamment pour le ventricule gauche, où elles mesurent de 15 millimètres à 2 centimètres, tandis que sur un ventricule sain leur épaisseur n'atteint même pas 1 centimètre. Les parois du ventricule droit sont également hypertrophiées, mais d'une épaisseur moindre. Cette hypertrophie des parois, jointe à la dilatation des cavités, qui caractérisent le cœur de cet homme, nous expliquent la matité beaucoup plus étendue qu'à l'état normal de la région précordiale.

L'aorte présente aussi un calibre énorme avec un épaississement des parois tel que celles-ci ont un aspect corné, l'aspect d'un vieux cuir parsemé de plaques rugueuses, qui ne sont autres que des athéromes. Les valvules sont également athéromateuses, dures, rigides, et l'insuffisance est des plus prononcées; en effet, l'eau que l'on verse dans le vaisseau pénètre directement, sans que rien l'arrête au passage.

De plus je vous ferai remarquer l'aspect de l'organe cardiaque qui a perdu sa coloration rouge normale, pour revêtir une teinte grisâtre, feuille morte, caractéristique de la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires qui le constituent.

Cette dégénérescence est telle que l'organe se laisse déchirer, voire même pénétrer par le doigt sans le secours d'aucun instrument.

Si l'on examine au microscope les fibres musculaires du cœur, on reconnaît immédiatement leur altération granulo-graisseuse par la multitude de petits grains de graisse dont elles sont parsemées.

Quant au léger bruit de souffle qui a été perçu à la pointe du cœur, il trouve aussi son explication dans les tendons musculaires du cœur, dont les fibres sont singulièrement allongées.

En résumé, la dégénérescence du cœur est donc la terminaison de l'hypertrophie cardiaque, surtout quand la lésion primitive existe à l'orifice aortique. Cette insuffisance aortique, en nécessitant un effort plus grand des fibres musculaires, pour combattre la tendance à la stagnation du sang dans le ventricule, détermine peu à peu l'hypertrophie des parois qui maintient ainsi l'équilibre entre la puissance et l'obstacle. De là, tant que cet équilibre persiste, la possibilité, pour les malades atteints de cette affection organique du cœur, de vivre assez longtemps dans un état de santé relativement bonne, sans congestion viscérale ni œdème. Mais, dès que la puissance musculaire diminue, l'équilibre est rompu, l'obstacle l'emporte, et, la lutte devenant impossible, les divers accidents que nous avons indiqués apparaissent, et le malade succombe soit directement à ces accidents, soit par suite d'une syncope et d'une mort subite.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Pendant les temps de froid et de neige épaisse dans les rues, les chutes sont assez fréquentes; aussi nous est-il entré depuis quelques jours plusieurs fractures de l'épaule, sur lesquelles j'appelle aujourd'hui votre attention.

Le diagnostic des lésions traumatiques de l'épaule est extrêmement important, non pas seulement au point de vue de la considération du praticien qui aurait pris, par exemple, une fracture pour une luxation, mais surtout à cause des conséquences qui peuvent découler, dans ce cas notamment, d'une erreur trop tardivement reconnue pour pouvoir y remédier convenablement. Un certain nombre de vieilles luxations de l'humérus sont le résultat ou de la faute du chirurgien ou de la négligence du malade.

C'est ainsi qu'un malade vous arrive à l'hôpital avec une soi-disant luxation de l'épaule datant de trois semaines; vous l'examinez, vous croyez constater en effet la lésion que l'on vous a annoncée, vous réduisez ou plutôt vous croyez réduire, et lorsque, un peu plus tard, vous regardez le membre de l'individu, vous trouvez que la luxation s'est reproduite. Vous examinez mieux alors, et, à votre grande surprise, la luxation n'était pas autre chose qu'une fracture du col chirurgical de l'humérus, située très-haut, avec un certain déplacement de la tête de l'os. Cette erreur-là se fait communément.

Au n° 6 de la salle des hommes, nous avons examiné un individu, sans chloroforme, que l'on disait atteint seulement d'une contusion de l'épaule, à cause de l'absence de déformation du squelette et de toute solution de continuité. La main perçoit bien très-haut une crépitation grosse et grasse, c'est-à-dire comme si elle était produite par des surfaces glissant assez facilement les unes sur les autres. Mais cette crépitation existe également sur l'épaule opposée qui n'a été le siège d'aucun traumatisme, et, de plus, il n'y a aucun changement de rapports entre les os. Considérant alors cette crépitation articulaire double, je diagnostique une contusion chez un individu préalablement atteint d'arthrite sèche ou de rhumatisme chronique des deux épaules.

Dans la même salle, nous avons reçu un autre malade qui avait fait une chute sur l'épaule et chez lequel, à la consultation déjà, le diagnostic n'avait présenté aucune difficulté. Il existait un gonflement notable au niveau du tiers antérieur du muscle deltoïde. Le sujet ayant été chloroformisé, nous avons constaté qu'il n'existait aucun déplacement, que les surfaces osseuses étaient dans leurs rapports normaux, sans aucun écartement de la tête de l'humérus de la cavité glénoïde ; enfin la crépitation que l'on percevait provenait d'un épanchement sanguin péri-articulaire.

Les autres malades sont quatre femmes, chez lesquelles la même cause, une chute, a produit, non plus une simple contusion, mais une fracture de l'humérus. Du reste, si j'en juge d'après ce que j'ai pu observer, la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, consécutive à une chute, est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, ce qui me paraît tenir à son costume même, qui fait qu'elle tombe toujours de la même façon, le bras appliqué contre le tronc,

tandis que l'homme tombe le bras étendu. L'homme cherche à se retenir en tombant, la femme tombe comme si elle s'écroulait. Du reste, ces quatre malades indiquent de la façon suivante comment elles sont tombées : la première, le bras droit contre le corps ; la seconde, dans sa chute, a eu la partie supérieure du bras droit qui est venue frapper contre une planche ; la troisième glisse sur le bord d'un trottoir, tourne sur elle-même et tombe à plat sur le côté, tout le membre supérieur portant contre la pierre, notamment l'épaule ; enfin la quatrième ne sait pas au juste quelle région du corps a surtout frappé, mais elle croit être tombée en partie sur le côté, en partie à plat ventre.

Cette fracture survient surtout aussi à une certaine époque de la vie ; rare chez l'enfant et chez l'adolescent, nous la retrouvons après quarante ans, tandis que les luxations se rencontrent beaucoup plus tôt, dans le jeune âge. C'est ainsi que nos quatre femmes ont quarante-huit, cinquante-quatre, soixante-cinq et soixante-six ans.

Sur ces quatre fractures, deux sont intra-capsulaires, c'est-à-dire siègent au niveau du col anatomique, tandis que les deux autres sont extra-capsulaires ou au niveau du col chirurgical.

Le diagnostic du siège de ces fractures est d'autant plus important que le pronostic en est très-différent. Dans la fracture intra-capsulaire, la consolidation est lente, et la douleur persiste tant qu'il n'existe ni cal osseux ni cal fibreux, mais la raideur articulaire est plus modérée ; dans la fracture extra-capsulaire, au contraire, les risques de déplacement, de mauvaise contention, de déformation et de raideur consécutive, avec difficulté des mouvements, sont beaucoup plus grands.

Lorsque la fracture du col chirurgical est récente, le diagnostic est généralement facile. La mobilité anomale y est toujours plus grande que dans la fracture du col anatomique, et doit être étudiée avec soin, afin de la distinguer de celle qui accompagne la luxation de l'épaule. La déformation est à peu près constante ; enfin on perçoit une crépitation franche et sèche à chaque mouvement que l'on imprime aux fragments, à moins d'engrènement des fragments.

Dans la fracture du col anatomique, où l'on a affaire au tissu spongieux de l'os, les fragments sont quelquefois multiples ; il existe peu d'écartement, aussi est-il nécessaire d'imprimer des mouvements de rotation pour découvrir une crépitation fine, sorte de sous-crépitation qui dure pendant tout le temps de ce mouvement.

Comme signe distinctif des deux fractures intra et extra-capsulaire, nous avons le raccourcissement du membre, mesuré entre l'acromion et l'épitrochlée ; en effet, s'il n'existe ni déplacement, ni raccourcissement, et si les rapports sont normaux, si le membre a conservé sa forme malgré le gonflement, si l'on perçoit une crépitation fine, la fracture est intra-capsulaire ou du col anatomique.

Dans la fracture extra-capsulaire ou du col chirurgical, les caractères distinctifs sont : crépitation sèche, une seule fois à chaque mouvement ; déformation du membre, raccourcissement apparent, grande mobilité, gêne prononcée dans les mouvements.

J'ajouterai que, par suite de la contraction musculaire, la crépitation manque quelquefois ; dans ce cas, la chloroformisation du malade, faisant cesser cette contraction, facilitera le diagnostic.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Contusion de la moelle épinière; hémiplégie, hémianesthésie croisées.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin principal en retraite.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, dans son numéro du 20 juin dernier, un travail très-intéressant au point de vue de la physiologie pathologique, sur une affection de la moelle, avec lésion de la motilité et de la sensibilité croisées. C'est dans cette observation curieuse que nous avons puisé nos inspirations pour la rédaction de cet article.

Le 2 juillet dernier, le nommé M... (Alphonse), trente ans, cultivateur à Sandaucourt (Vosges), piqué à la main par une fourche, tombe en syncope du haut d'une voiture de foin sur sa tête qui vient frapper un sol dur et résistant.

M. Perrut, médecin à Chatenois, appelé aussitôt, le trouve dans le décubitus dorsal, intelligence lucide, légère douleur vers les troisième et quatrième vertèbres cervicales, augmentée par la pression, un peu d'opisthotonos, agitation difficile à contenir, hémiplégie gauche flasque, mais avec contracture des deux mains à moitié fermées, sans qu'il soit possible d'exécuter des mouvements de flexion et d'extension.

Dix sangsues à la nuque.

3 juillet. Nuit mauvaise, un peu de rémission le matin, rétention d'urine aussitôt évacuée par le cathétérisme. Limonade purgative.

Appelé dans la soirée par la famille, nous constatons avec notre confrère l'état suivant :

Décubitus dorsal dans l'immobilité absolue, intelligence très-lucide, déglutition libre, parole facile, respiration normale, pouls à 60 régulier, mouvements du cou possibles dans tous les sens, aucune saillie à la région cervicale qui n'est même pas douloureuse à la pression, aucune contusion à la tête, résolution complète des membres du côté gauche qui ont conservé une sensibilité obtuse, tandis que les membres droits exécutent des mouvements mais sont insensibles ; et encore une particularité à noter dans ces troubles fonctionnels, c'est qu'il existe des degrés, des nuances dans cette anesthésie du côté droit ; ainsi il a conservé la sensibilité tactile, perçoit les frictions, mais distingue vaguement les objets, le chaud du froid, et n'éprouve aucune sensation à une piqûre d'épingle profondément enfoncée dans les chairs ; l'excitation la plus douloureuse est muette. L'insensibilité remonte jusqu'au rebord des fausses côtes ; érections flasques et sans conséquence. La jambe droite paraît plus chaude, mais la différence est inappréciable.

Nous avons donc affaire à une contusion de la moelle cervicale, dont l'expression symptomatique est une paralysie double croisée, portant à gauche sur la motilité, hémiplégie ; et à droite sur la sensibilité, hémianesthésie.

Il fut décidé, en consultation, que dix nouvelles sangsues seraient appliquées aux mastoïdes ; plus tard, vésicatoires, teinture d'iode, légers purgatifs et glace sur la tête.

Nous reproduisons les notes de M. Perrut, son médecin traitant :

5 juillet. Amélioration à peine sensible, émission volontaire d'urine : on constate des velléités de mouvements à gauche, même insensibilité à droite.

9 juillet. Quelques faibles mouvements dans la jambe gauche et dans le bras, mais la main est toujours paralysée ; même insensibilité du côté droit.

12. Même état : tandis que la motilité s'accentue à gauche, la sensibilité n'est plus aussi muette à droite, mais elle est pervertie ; ainsi un vigoureux pincement de la peau se traduit par un chatouillement agréable. Arséniate de strychnine.

14. Amélioration graduelle ; le mouvement est à peu près revenu.

17. Le blessé commence à se lever et peut même, appuyé sur

lqu'un, faire quelques pas, mais la jambe titube sur le sol. L'insensibilité, qui ne remonte plus que jusqu'à l'aine, se traduit maintenant par un chatouillement plus accentué qui provoque un rire inextinguible; pour la première fois la piqûre d'épingle est perçue, mais vague, obtuse, et, par une étrange aberration de la sensibilité, on constate avec étonnement que la main gauche est aussi insensible, tandis que la jambe du même côté est hyperesthésiée. Ajoutons que cette main paralysée du sentiment et du mouvement a perdu en grande partie la conscience musculaire; elle conserve une idée vague de la forme et de la consistance des objets et de la force qu'il faut déployer pour les mouvoir.

5 août. La paralysie de la sensibilité et de la motilité existe encore, mais considérablement atténuée; il marche en fauchant; le membre se retire sous la piqûre d'épingle; il commence à tenir les cartes entre le pouce et l'index, et porte avec plaisir son verre à sa bouche.

16 octobre. Il vient me voir chez moi, et je constate encore une légère hémiplégie à gauche, refroidissement marqué avec atrophie de 2 centimètres de moins que l'autre membre. Dans la jambe droite la sensibilité ne reparaît pas encore bien correcte. Il a maigri, quoiqu'il mange et dorme bien sans souffrir nullement. Il boite encore en marchant; légère parésie de l'intestin et de la vessie; le besoin d'uriner est impérieux, mais il peut rester la nuit entière sans se relever.

Le progrès, il est vrai, est peu sensible, les troubles fonctionnels sont lents à se dissiper; mais, à travers une légère amélioration progressive, on entrevoit la possibilité d'une guérison prochaine qui, croyons-nous, ne sera jamais complète.

II. Meunier, soixante ans, cultivateur à Frenelle-la-Grande (Vosges) tombe, le 22 octobre, d'une échelle de 3 mètres, la tête en avant, sur le sol d'une grange. Perte de connaissance pendant deux ou trois minutes.

Appelé aussitôt, nous constatons, trois quarts d'heure après, l'état suivant :

Décubitus dorsal, faciès naturel, intelligence lucide, parole nette, déglutition facile, respiration normale, pouls à 45, douleur très-vive à la nuque et du côté droit du cou, derrière l'angle de la mâchoire inférieure, mais permettant quelques mouvements de rotation. Sensibilité confuse aux confins de la lésion; mais, ce qu'il y a de plus intéressant à constater, c'est une hémiplégie complète des membres du côté droit avec anesthésie caractérisée par des aberrations curieuses de sensibilité. Ainsi, tandis qu'il ne sent pas une épingle profondément implantée dans les chairs, qu'il ne perçoit que vaguement le pincement de la peau, le chatouillement plantaire et les applications chaudes et froides, il a une conscience assez nette des frictions même légères sur la peau.

Du côté gauche, légère parésie des membres qu'il remue un peu et qu'il soulève même un instant; mais la sensibilité est presque abolie, comme de l'autre côté, et remonte jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Dix sangsues à la nuque, purgatif; eau froide sur la tête sinapismes aux pieds.

23 octobre. Bon sommeil, faciès excellent, pouls à 60 plus développé; la parésie est toujours la même des deux côtés. Dix sangsues à la nuque.

25 octobre. Assez bon sommeil; même état; respiration un peu plus gênée, légère cyanose, pouls à 72 développé; ventre ballonné par la constipation et une légère rétention d'urine qui s'écoule par regorgement; sueurs abondantes; ne souffre nulle part, sensibilité plus nette du côté droit, et du côté gauche l'avant-bras trace des mouvements plus étendus; il peut même porter sa main à sa tête. Matité hypogastrique qui disparaît par le cathétérisme. Sulfate de magnésie 50 grammes.

26 octobre. État aggravé, faciès anxieux, respiration très-courte, fréquente, ventre énorme, pouls à 110 abdominal; rétention d'urine soulagée de nouveau par la sonde. Je le quitte à huit heures du soir, assez bien, et le lendemain on m'apprend qu'il est mort à minuit.

Ces deux observations si intéressantes de lésion traumatique de la moelle, les premières peut-être publiées, soulèvent des questions de physiologie pathologique de la plus haute importance et qu'il est assez difficile de résoudre. Comment expliquer, en effet, ces troubles fonctionnels caractérisés par la perte de la sensibilité d'un côté, avec conservation de la motilité, tandis que, de l'autre côté, l'inverse a lieu? Ne semble-t-il pas qu'il y ait là une contradiction dans les phénomènes sensitifs et moteurs?

Mais ce n'est pas tout: comme si tout devait être anomal, comment expliquer cette perversion de la sensibilité qui s'étend d'une perception vague à l'insensibilité la plus absolue, en parcourant les nuances les plus bizarres d'une gamme chromatique? Les hypothèses n'ont pas manqué, mais ce que l'hypothèse n'avait fait qu'entrevoir, les vivisections l'ont trouvé: toutes les victimes de la physiologie expérimentale y ont passé, les inquisiteurs de la science ont soumis les animaux à la question et la douleur a répondu. D'un autre côté, l'exploration électrique, en serrant la question de près, a non-seulement reconnu des localisations cérébrales, mais elle a constaté qu'il existe, à la surface des circonvolutions, des régions intellectuelles, motrices et sensitives, subdivisées en petits territoires circonscrits de quelques millimètres; zones limitées de certains mouvements à côté d'autres présidant à d'autres mouvements. Il en est de même pour la sensibilité composée de petits centres où aboutissent les impressions extérieures.

Supposons maintenant qu'une violente contusion ait altéré, détruit la trame histologique des cellules motrices ou les extrémités centripètes des nerfs sensitifs. Qu'arrive-t-il? Il se produit alors des modifications physiologiques ayant pour résultat final la production d'une sensation subjective analogue à celle d'une lésion cérébrale, c'est-à-dire que si c'est le centre moteur ou sensitif qui est atteint, il détermine la kinésie ou l'anesthésie; il y a plus, c'est que, si la contusion d'un petit centre moteur est violente, il y a diffusion du choç dans la région voisine, et il se produit alors la paralysie du sentiment et du mouvement; aberrations curieuses de tact, de thermalité et de douleur. La sensation est pervertie; l'instrument détraqué joue faux.

On regrette que l'autopsie ne soit pas venue confirmer ces données de la science et éclairer de ses lumières cette question toujours ténébreuse de physiologie pathologique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 mars 1881. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

État de la muqueuse utérine pendant la menstruation. — M. de Sinéty. Plusieurs auteurs admettent, avec un gynécologiste anglais, que la muqueuse utérine s'élimine en totalité pendant la menstruation. D'autres, avec un auteur allemand, considèrent cette opinion comme erronée, et soutiennent que c'est seulement la partie la plus superficielle de la muqueuse qui s'élimine. M. de Sinéty, ayant eu l'occasion, en 1879, de faire plusieurs autopsies de femmes mortes pendant la menstruation, avait trouvé la muqueuse intacte. Ces autopsies étant naturellement très-rares, il fallait chercher un autre moyen d'élucider cette question. Dans ce but, M. de Sinéty examina avec le plus grand soin les liquides expulsés pendant la menstruation; en effet, si la muqueuse s'éliminait en partie ou en totalité, on devait en retrouver les éléments dans ces liquides. Or il résulte des nombreuses recherches chimiques et histologiques auxquelles s'est livré M. de Sinéty qu'on ne

trouve dans ces liquides aucune trace de desquamation de lambeaux de muqueuse utérine. Jamais il n'a trouvé une seule cellule à cils vibratiles. Donc, à l'état physiologique, la muqueuse utérine ne s'élimine pas, même partiellement pendant la menstruation.

M. BUDIN rappelle qu'un physiologiste de Berlin est arrivé aux mêmes résultats que M. de Sinety par le raclage de la cavité utérine. Or, aujourd'hui, avec les moyens antiseptiques dont on dispose, cette petite opération n'offre pour ainsi dire pas de dangers et peut être d'une grande utilité dans certains cas de diagnostic difficile.

M. DE SINÉTY, loin de repousser ce moyen de diagnostic, ne se serait pas cru le droit d'y recourir pour les recherches purement physiologiques auxquelles il s'est livré.

Nouveau réactif colorant. — M. H. BELLANGÉ communique un nouveau réactif colorant d'histologie qu'il a obtenu en mélangeant ensemble des solutions alcooliques de violet et de vert de méthylaniline. Jusqu'ici les couleurs d'aniline ont été presque délaissées comme teintures en micrographie, parce qu'on leur reprochait leur défaut d'élection, d'une part, et, d'autre part, leur défaut de stabilité. M. Bellangé dit qu'il y a une couleur qui semble avoir été trop négligée jusqu'ici : c'est le vert méthyle lumière. Employé seul, il ne donne pas de brillants résultats; il n'en est point de même si on l'associe à un autre réactif. Déjà M. Balbiani s'en était servi dans ses recherches sur l'ovule et les spermatoblastes en l'unissant au picro-carmin; mais, le carmin et le vert ayant les mêmes sélections, il s'ensuit que les noyaux sont indifféremment colorés tantôt par l'un, tantôt par l'autre de ces réactifs. M. Bellangé, ayant remarqué cette propriété sélective du vert, a essayé de colorer par d'autres substances les éléments laissés sans teinte accentuée par lui; il a fait pour cela, mais sans résultats, des mélanges de vert d'éosine, de purpurine, de jaune d'aniline, etc.; seul, le mélange de ce corps avec le violet de Paris ou mieux le violet lumière bleu, a réussi. Pour faire ce réactif, voici comment il conseille de s'y prendre : on fait dissoudre séparément, dans deux flacons contenant de l'acool à 90°, du vert et du violet, on filtre et on mélange les deux solutions jusqu'à ce qu'on ait la teinte bleue de la solution de bleu de Prusse des laboratoires. Il est bon qu'il y ait un excès de vert. On colore avec une goutte de cette solution, et on éclaircit à la glycérine, non au baume ni à l'essence de girofle. Ce réactif jouit d'une singulière propriété : c'est que son action élective n'est visible qu'à la lumière de la lampe (gaz, huile, pétrole, etc.). Tous les noyaux, les leucocytes, les cellules embryonnaires, sont colorés en bleu clair tirant sur le vert, les protoplasmas en violet, le sang est d'une couleur rouille. A la lumière solaire, la coloration est uniformément bleu-violet. Ce réactif remplacera avantageusement pour les recherches du soir le picro-carmin, qui rend les préparations granuleuses à la lumière ; de plus, il sera précieux pour les projections de préparations.

M. MALASSEZ dit qu'il a vu des préparations colorées avec le réactif de M. Bellangé, que la sélection est parfaite et la nuance des couleurs très-belle. Il y a un désagrément : c'est l'emploi forcé de la lumière artificielle compensé, il est vrai, par l'avantage que ce réactif possède d'être utilisé en l'absence de la lumière solaire.

De la présence d'éléments musculaires dans les tubes excréteurs des glandes du sein. — M. POUCHET présente une note de M. Hermann ayant pour but de démontrer qu'il n'existe dans les glandes de la peau aucun noyau de cellule musculaire.

M. MALASSEZ fait observer que, dans les tumeurs kystiques du sein où la couche sous-épithéliale est très-développée, ce qui rend l'examen facile, on trouve des éléments dont on ne connaît pas exactement la signification et qui, par certains côtés, se rapprochent des éléments musculaires.

Curieux accidents de paralysie déterminés par la foudre. — M. DE SAVIGNY communique l'observation d'un malade qui, sous l'influence d'un coup de foudre, tomba sans connaissance, eut des hémorrhagies par le nez et les oreilles et resta plus d'une heure dans une sorte de coma. Quand il revint à lui, il s'aperçut que son bras droit était paralysé. Cette monoplégie brachiale persista pendant six mois et finit par disparaître sous l'influence de l'électricité. Mais, chaque fois qu'il fait de l'orage, cette monoplégie se reproduit et dure tout le temps de l'orage. C'est d'abord la sensibilité qui disparaît, puis la motricité. L'orage terminé, tout rentre dans l'ordre. Depuis quelque temps, cet individu est atteint, en dehors de toute influence de la foudre, d'accidents épileptiformes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février 1881. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

COMMUNICATIONS

Pigmentation congénitale et anomale de la peau. — M. JOFFROY présente un enfant atteint d'une pigmentation anomale de la peau constituée par des nævi multiples étendus sur toute la surface du corps et surtout les parties moyenne et inférieure du tronc. Cet enfant, âgé de dix-sept mois, est le cinquième qu'ait eu sa mère; celle-ci, au septième mois de sa grossesse, a été atteinte d'une variole confluente grave. Contrairement à ce qui se passe d'habitude en pareil cas, il n'y eut pas d'avortement; mais, à partir de ce moment, la mère cessa de sentir les mouvements du fœtus; cependant elle accoucha à terme d'un enfant vivant, chétif, mais qui ne tarda pas à prendre des forces. Les taches qu'il porte sur le corps ont un peu pâli depuis la naissance; elles sont de dimensions variables; ce sont des nævi multiples, considérables. Cette teinte de la peau n'est pas celle de la race nègre. Hébra a fait représenter un cas analogue. N'y a-t-il pas lieu, dans ce cas, d'incriminer la variole de la mère? M. Joffroy ne le pense pas, d'autant plus qu'il a fait vacciner cet enfant et que chez lui la vaccination a très-bien réussi.

M. BESNIER. Il s'agit là d'un cas rare et intéressant sur lequel il y aurait lieu de discuter longuement. Les taches pigmentaires sont ici sans saillie. A côté de taches très-foncées, il en est d'autres décolorées, ce qui permet de porter un pronostic favorable et d'espérer que cet enfant ne restera pas toujours ainsi.

Modifications de la fibrine du sang dans diverses maladies. — M. HAYEM fait une importante communication sur ce sujet. Il poursuit une série de recherches sur l'évolution du sang dans certaines maladies. Les premiers observateurs, dit-il, se sont préoccupés des particularités que pouvait présenter la couenne inflammatoire du sang. Mais ce sont surtout les recherches des chimistes, et particulièrement celles d'Andral et Gavarret, qui sont venues jeter un grand jour sur cette question. Aujourd'hui que la saignée est devenue extrêmement rare, il faut recourir à d'autres procédés d'investigation. C'est ce qu'a fait M. Hayem en employant un procédé qui permet, au lit du malade, de suivre jour par jour l'évolution sanguine. Dans cette première communication, M. Hayem ne s'occupe que des variations de la fibrine. Il passe successivement en revue l'état de la fibrine dans les phlegmasies, dans les maladies hémorrhagiques, dans les pyrexies et dans les cachexies. Ses recherches l'ont conduit à cette conclusion principale que, dans toutes les formes de phlegmasies, on constate un épaississement du reticulum fibrineux qui varie avec l'étendue et l'intensité des lésions inflammatoires. C'est là un caractère anatomo-pathologique constant et, conséquemment, d'une grande valeur.

Existe-t-il d'autres états morbides dans lesquels on trouve à la fibrine du sang des caractères semblables? On trouve les mêmes caractères, mais fort atténués, dans les maladies hémorrhagiques, en particulier dans le purpura hæmorrhagica, dans l'hémoglobinurie ou la chlorose. Dans toutes les autres maladies, l'augmentation ou l'épaississement du reticulum n'existe pas. Dans les pyrexies, on ne constate jamais cette modification de la coagulation sanguine que lorsqu'il survient une complication inflamma-

toire. Dans la variole, par exemple, quelle que soit l'élévation de la température au moment de la poussée variolique, on ne constate aucune trace des caractères dont il s'agit; le sang est absolument normal; mais, lorsque les pustules se mettent à suppurer, alors on trouve un reticulum plus ou moins abondant. Ainsi, dans le cours d'une maladie pyrétique, l'état du sang ne présente ces modifications qu'au moment où apparaît une inflammation plus ou moins vive de la peau. Il en est de même pour la scarlatine; c'est au moment de la desquamation qu'apparaissent les modifications de la fibrine du sang. Dans la fièvre typhoïde, il n'y a jamais d'augmentation du reticulum, à moins qu'il ne survienne une complication inflammatoire, telle, par exemple, qu'une pneumonie. Alors cette complication est aussitôt révélée par l'examen du sang. M. Hayem cite plusieurs cas dans lesquels l'examen seul du sang, fait dans ces conditions, a révélé l'existence de complications inflammatoires dont il n'existait encore aucun autre signe.

Cet examen du sang n'a pas moins d'importance dans les cachexies. Dans toute cachexie, carcinomateuse, cardiaque ou autre, il se fait une sorte d'entrave à l'évolution du sang, ce qui se traduit par une augmentation considérable dans le chiffre des hématoblastes. M. Hayem fait connaître un certain nombre de faits, présente des tracés qui montrent toute l'importance de ces nouvelles recherches qui, lorsqu'elles se multiplieront et s'appuieront sur un très-grand nombre de faits, pourront apporter des éléments très-précieux au point de vue du diagnostic des différentes maladies et de leurs complications.

Mort subite dans le cours d'une phthisie pulmonaire avancée. — M. DUGUET communique une observation qui démontre d'une façon péremptoire que les cachectiques tuberculeux peuvent présenter, dans certains points du système veineux, en particulier dans la crurale, des coagulations fibrineuses, des thromboses marastiques, bien avant que les deux signes principaux de ce qu'on appelle la phlegmatia alba dolens des cachectiques se montrent, à savoir l'œdème et la douleur. (Voir *Gazette des hôpitaux* du 3 mars 1881.)

M. DAMASCHINO, en examinant les pièces présentées par M. Duguet, fait observer que le calibre des vaisseaux n'était pas complètement oblitéré, ce qui peut expliquer l'absence d'œdème dans ce cas.

M. R. MOUTARD-MARTIN cite plusieurs observations dans lesquelles on a constaté, à l'autopsie, une oblitération de la veine cave inférieure sans qu'il y ait eu, pendant la vie, aucun phénomène apparent d'obstruction veineuse, ni œdème, ni ascite, et sans qu'il se soit établi de circulation collatérale.

M. DUMONTPALLIER rappelle avoir présenté plusieurs observations analogues à la Société de biologie (voir *Gazette des hôpitaux*, 1878). Il demande si le malade de M. Duguet n'avait pas présenté antérieurement des symptômes de phlegmatia alba dolens, symptômes qui auraient pu disparaître par suite de l'établissement d'une circulation collatérale. M. Dumontpallier rappelle en outre avoir constaté plusieurs fois la présence de ces caillots dans l'artère pulmonaire, chez les phthisiques, sans aucune oblitération autre part.

M. DUGUET répond négativement à la question de M. Dumontpallier.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Wurtz (de l'Institut), doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, est nommé maire du septième arrondissement de cette ville.

— Aux termes d'une décision prise par le ministre de la marine, une commission vient d'être formée pour étudier les modifications à apporter dans l'organisation du service de santé de la marine et des colonies. Cette commission se compose du vice-amiral Ribourt, président, et de MM. Rochard, inspecteur général du service de santé: Walther, médecin inspecteur; G. Rochefort, médecin de deuxième classe, secrétaire du Conseil supérieur de la marine, et C.-A. Fontaine, pharmacien inspecteur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques et démonstrations de physiologie commenceront le mercredi 16 mars 1881, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie de l'après-midi.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de seconde et de troisième année (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

Les élèves de seconde et de troisième année sont admis en présentant : 1° la carte de travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits réglementaires. Les élèves justifiant de 16 inscriptions et qui désireraient prendre part aux exercices pratiques de physiologie ne pourront être admis sans une autorisation spéciale du doyen. A cet effet, ils devront déposer leur demande avant le 15 mars au secrétariat de la Faculté. Si leur demande est accueillie, ils auront à remplir les formalités prescrites par les instructions ministérielles avant de se faire inscrire à l'École pratique. Les élèves de seconde et de troisième année, ainsi que les élèves justifiant de 16 inscriptions et dûment autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique, au bureau du chef des travaux pratiques, du 1er au 15 mars.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Larnaudie, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est nommé chef du laboratoire de pharmacie.

M. Figuier (Jean-Pierre-Albin), licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé du cours de pharmacie, en remplacement de M. Métadier, décédé.

— *Facultés de médecine et des sciences de Lille.* — M. Hallez, maître de conférences d'histoire naturelle, est transféré, sur sa demande, en la même qualité, à la Faculté des sciences de Lille, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1880-1881. Il est chargé, en outre, provisoirement, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille.

M. Moniez, docteur en médecine, licencié ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Lille, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1880-1881, maître de conférences d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille, en remplacement de M. Hallez, appelé à d'autres fonctions.

M. Raynal (Étienne-Auguste-Alzin), né le 23 juillet 1854, à Lille (Nord), docteur en médecine, est nommé chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Lille.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Duchartre ouvrira son cours de botanique le mercredi 16 mars, à midi un quart, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera des organes des plantes et des fonctions qu'ils remplissent.

M. le professeur Wurtz ouvrira son cours de chimie organique le mercredi 16 mars, à une heure trois quarts, et le continuera les mercredis et les vendredis suivants, à la même heure. Après avoir exposé quelques-unes des notions générales sur les fonctions chimiques, le professeur traitera plus spécialement des alcools, des acides et des bases organiques. Il terminera san cours par l'histoire des combinaisons aromatiques.

M. le professeur Hébert commencera le cours de géologie le mercredi 16 mars, à trois heures, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il continuera d'exposer les caractères des périodes géologiques.

M. le professeur Troost commencera son cours de chimie le jeudi 17 mars, à une heure, et le continuera les lundis et les jeudis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de la chimie inorganique.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle, s'ouvrira le 3 novembre 1881.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Thouvenin, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle et de micrographie (emploi nouveau).

— *Mission scientifique.* — M. Pouchet, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en Laponie, à l'effet de recueillir, à la grande pêcherie de Vadsö, des collections anatomiques et zoologiques. — MM. de Guerne, préparateur à la Faculté des sciences de Lille, et Barrois, élève à la même Faculté, sont adjoints à la mission de M. Pouchet.

M. Paul Bar, ancien interne des hôpitaux, est chargé d'une mission dans les Universités de l'Allemagne et de l'Autriche, à l'effet d'étudier l'organisation des maternités et la médecine opératoire obstétricale.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 mars, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° constitution médicale du mois de février ; policlinique. — 2° Discussion du rapport de M. d'Echérac. — 3° Sur l'institution d'un bureau d'hygiène dans chacun des arrondissements de Paris, par M. le docteur Gibert (du Havre). — 4° Rapport sur le service médical du bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement, par M. le docteur Commenge.

— M. le docteur E. Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera un cours de manœuvres et opérations obstétricales, 5, rue de l'Odéon, le mardi 15 mars à une heure et demie. Il traitera de l'action comparative de l'ancien et du nouveau forceps.

Leçons les mardis, jeudis et samedis. — On s'inscrit chez M. Imberdis, avocat, 5, rue de l'Odéon, et chez M. Verrier, 15, passage Saulnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10877.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été presque exclusivement occupée par un débat entre M. Bouley et M. Colin sur la question de l'immunité charbonneuse acquise par le procédé de M. Toussaint. Aux conclusions des expériences dont M. Colin a communiqué les résultats dans la dernière séance, M. Toussaint a répondu par une note dont M. Bouley a donné lecture, et qui se résume à dire que de nouvelles expériences, faites depuis sa communication, et qui élèvent aujourd'hui à plus du double le nombre d'animaux rendus indemnes contre le charbon, confirment de tous points ses premiers résultats. M. Bouley a pris texte de cette note pour récuser les résultats des expériences de M. Colin, faites sur d'autres animaux que ceux sur lesquels a opéré M. Toussaint et dans des conditions d'expérimentation différentes de celles où s'est placé l'expérimentateur de Toulouse. On ne peut méconnaître que c'est là une argumentation sérieuse. Si elle n'autorise pas, comme l'a fait M. Bouley, à repousser absolument comme sans valeur les expériences de M. Colin, elle oblige du moins, dans l'espèce, à faire suspendre tout jugement. M. Colin aura beau répondre, ainsi qu'il n'a pas manqué de le faire, qu'il procède à ses expériences comme il peut, avec les animaux et avec les moyens qu'il a sous la main, n'ayant point à sa disposition les faveurs budgétaires dont dispose M. Bouley ; il est incontestable que ses expériences, quelque valeur intrinsèque qu'elles aient, — et elles en ont beaucoup évidemment, — perdent considérablement de leur signification au point de vue du contrôle de celles de M. Toussaint, par cela même qu'elles n'ont été faites ni sur les mêmes animaux ni dans les mêmes conditions d'expérimentation.

C'est donc, à notre avis, encore un jugement à suspendre.

Au commencement de la séance, M. Larrey a entretenu l'Académie du résultat de la première délibération qui a eu lieu lundi à la Chambre des députés, sur la proposition de loi de M. Liouville, relative à la vaccination et à la revaccination obligatoires, exprimant sa surprise et son regret que ce projet ait été soumis à la Chambre sans que l'Académie ait eu à émettre préalablement son avis sur la question. Sa proposition, d'inviter l'Académie à user de son initiative pour faire connaître son opinion sur la question, n'a pas été adoptée. L'Académie ne se prononcera que si elle est consultée. Le sera-t-elle? Nous ne saurions le dire. Dans tous les cas, son opinion est assez connue, et, au besoin, voici une petite note que nous sommes invités à reproduire juste à point, et qui, bien qu'elle n'ait aucun caractère officiel, quoiqu'elle émane du directeur de la vaccine, peut faire assez présumer dans quel sens serait la réponse de l'Académie.

Vaccinations et revaccinations.

Quelques personnes, et parmi elles certains confrères, nous demandent encore, de temps à autre, ce que nous pensons des *vaccinations* et *revaccinations* en temps d'épidémie variolique.

Nous n'hésitons pas à répondre qu'on ne peut rien faire de mieux.

Cette opinion repose sur l'analyse minutieuse de toutes les relations d'épidémies transmises à l'Académie depuis 1870 et antérieurement.

L'opinion contraire n'est basée que sur la mauvaise interprétation des faits observés, et, en particulier, sur quelques cas de variole développée chez des individus, vaccinés ou revaccinés, alors qu'ils étaient déjà en puissance de variole.

Docteur Hippolyte Blot,
Directeur du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

Il y a loin, il est vrai, de ce simple avis salutaire à l'obligation édictée dans le projet de loi avec tout l'appareil de coercitions et de sanctions pénales destinées à en assurer l'exécution.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Méningite cérébro-spinale épidémique (1).

III

Dans ma dernière leçon, je vous ai fait l'histoire symptomatique de la méningite cérébro-spinale épidémique dans sa forme la plus ordinaire. Il me reste à vous signaler, pour compléter la symptomatologie de cette affection, diverses formes observées dans les épidémies et que vous devez connaître.

Dans quelques cas, heureusement rares, la maladie affecte une forme *sidérante ou foudroyante*, dans laquelle les malades succombent en quelques heures. Je vous citerai à ce propos deux exemples. Un petit garçon revient de l'école, et

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 février 1881.

il est pris de méningite vers une heure du matin ; il succombe à trois heures de l'après-midi. Une petite fille succombe en l'espace de quatorze heures, avec des taches sur le corps, sans que la maladie ait laissé aucune trace visible à l'œil nu, dans les centres nerveux.

A côté de ces formes foudroyantes, nous trouvons des formes *abortives* dans lesquelles le malade est pris de vomissements, de céphalalgie, de douleurs à la nuque, d'opisthotonos ; puis, au bout de quelques heures, le mieux se fait sentir et la santé revient peu à peu.

Il est encore une autre forme, très-étonnante et très-grave : c'est la forme *latente*. Le malade, en effet, ressent peu de chose, du malaise, et c'est tout; il marche, vaque à ses affaires, puis tout à coup tombe foudroyé ou du moins frappé mortellement. Nous pouvons rapprocher ces cas de celui rapporté par Jaccoud, de ce cuisinier qui, à bord d'un navire, fut pris tout à coup de fièvre jaune en faisant son service, et se jeta à la mer. Ce sont des formes que l'on pourrait appeler *ambulatoires*.

Dans d'autres circonstances, on a vu la maladie évoluer lentement et affecter la forme *continue;* ces dernières formes sont généralement les moins meurtrières. Enfin, dans quelques épidémies, on a remarqué des intermittences dans les accès, ce qui avait fait songer à établir un rapprochement entre la méningite cérébro-spinale épidémique et les fièvres pernicieuses, mais, entre ces deux affections, il n'y a aucun lien; le sulfate de quinine, si puissant contre les fièvres paludéennes, ne donne aucun résultat dans la maladie qui nous occupe.

Des épidémiographes de mérite ont prétendu que, dans les formes foudroyantes, on ne trouvait aucune lésion capable d'expliquer une mort aussi rapide. Aujourd'hui nous savons très-bien qu'il existe toujours deux lésions importantes : l'une, siégeant dans les méninges et caractérisée par une injection très-vive; l'autre, consistant dans une altération profonde du sang.

Pour bien constater les lésions de la méningite cérébro-spinale épidémique, nous prendrons un cas ordinaire, et nous étudierons les lésions que l'on rencontre chez un individu mort au bout de six ou huit jours de maladie.

Après avoir ouvert le crâne et découvert la moelle, nous voyons que l'altération méningitique présente trois variétés selon les points où elle siége : 1° lésions des méninges cérébrales; 2° méninges rachidiennes; 3° lésions des méninges cérébro-spinales. Nous devons dire ici, à l'honneur des médecins français, que les lésions signalées par eux ont été prouvées exactes par tous les auteurs modernes.

Les lésions anatomiques sont remarquables ; le cerveau présente un aspect gris-jaunâtre, les méninges sont très-vivement injectées, et l'on remarque à leur surface une exsudation glutineuse que l'on peut comparer à une couche de beurre étendue sur les méninges. L'espace sous-arachnoïdien est rempli d'une sérosité rougeâtre ou d'un exsudat purulent pouvant avoir 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Cet exsudat se trouve en plus grande abondance autour des vaisseaux; il est composé de leucocytes en très-grande abondance, de granulations et de fibrine exsudée à travers les parois vasculaires. On voit là des pseudo-membranes, ou pseudhymènes. Le pus est dans certains cas tellement abondant qu'il se concrète et forme une calotte au cerveau et une sorte de gaine à la moelle. Les ventricules cérébraux sont le plus souvent remplis d'une sérosité louche.

Les méninges rachidiennes sont également entourées d'un exsudat glutineux, plus épais en arrière, probablement à cause du décubitus dorsal et de la stase qui en est la conséquence; la queue de cheval baigne dans le pus.

Ces altérations ne sont pas propres aux enveloppes de la moelle. On les retrouve encore dans toutes les séreuses : plèvre, péricarde, péritoine et synoviales articulaires.

La base du cerveau présente les mêmes lésions que la convexité, principalement au niveau du chiasma des nerfs optiques. Ces lésions ont été parfois constatées chez des sujets ayant succombé au bout de vingt-quatre heures.

On s'était demandé si la substance cérébrale était saine; ce fut Chauffard qui, un des premiers, affirma qu'il ne pouvait en être ainsi, et il avait raison : les cellules de l'idéation sont altérées, à l'état trouble, renfermant des granulations graisseuses et présentant des noyaux hypertrophiés. A Saint-Pétersbourg et en Allemagne, Frerichs, Heller, Rudnew, Burzey, etc., ont constaté une altération des couches superficielles ; ce qui est certain, c'est que les éléments cellulaires propres du cerveau sont altérés, et qu'il y a multiplication des éléments cellulaires le long des vaisseaux et dans la névroglie.

Les lésions de la moelle sont moins appréciables; on trouve que son tissu présente un certain degré de ramollissement, et l'on constate également une altération interstitielle, des tubes blancs sans myéline et d'autres comprimés.

Les vaisseaux sanguins sont le siége d'une prolifération de leur tunique interne, qui peut aboutir à l'oblitération de leur calibre; le vaisseau semble disparaître, et l'on n'aperçoit plus que la division dichotomique.

Ici je dois vous signaler une différence qui existe entre la méningite cérébro-spinale épidémique et la méningite tuberculeuse : dans la première, le vaisseau tout entier est atteint, à l'extérieur et à l'intérieur; dans la seconde, le point seul où siége la granulation tuberculeuse est principalement lésé.

Du côté des organes des sens, nous trouvons que les phénomènes observés pendant la vie sont expliqués par l'anatomie pathologique; les altérations se rapprochent beaucoup de celles des centres nerveux. A l'intérieur de l'œil, on constate de l'iritis, de la choroïdite, de la rétinite; on a trouvé dans certains cas le cristallin aussi opaque que dans la cataracte; le corps vitré est altéré, et, chose curieuse, la cornée est presque toujours indemne (Rudnew, Knapp).

Dans les oreilles, on voit des hémorrhagies de la caisse du tympan (Tröltsch), du labyrinthe et des suppurations de l'oreille interne.

Outre ces lésions, qui sont localisées sur certains organes, nous voyons que l'organisme tout entier est affecté. Le cœur est mou, les stries des fibres musculaires sont moins marquées. L'intestin nous montre une tuméfaction des glandes simples, un peu de psorentérie. Les glandes de Peyer sont toujours indemnes, ou à peu près, et jamais on ne trouve d'ulcérations.

Les ganglions mésentériques sont tuméfiés.

Le foie et la rate sont altérés et présentent un état trouble de leurs cellules propres, parenchymateuses. Les muscles, d'après Hœpker, sont presque toujours d'un rouge pourpre et subissent la dégénérescence granulograisseuse, et les muscles droits de l'abdomen éprouvent une dégénérescence cireuse.

Les séreuses, plèvre, péricarde, etc., présentent un état trouble des cellules épithéliales. Corbin, dans une épidémie

observée à Orléans, a trouvé, sur treize autopsies, quatre fois du pus dans les articulations.

La parotidite est assez fréquente. Les amygdales renferment souvent de petits abcès (Laveran).

Le sang est profondément altéré ; malheureusement nous ne connaissons pas ces altérations. Il est fluide, dissous, et se coagule mal. On n'a pas signalé d'organismes spéciaux dans le sang.

La durée de la méningite cérébro-spinale épidémique est très-courte. Les malades qui en sont atteints succombent généralement en cinq ou six jours ; passé ce temps, la mort est la conséquence de complications, telles que : épistaxis, hémorrhagies pulmonaires, etc.

Tous les épidémiographes recommandent de ne pas confondre cette maladie avec la forme méningitique de la fièvre typhoïde, avec la variole, avec certaines formes de typhus ou de méningite commune, ou même enfin avec la fièvre intermittente.

L'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique est très-remarquable. Disons tout de suite qu'elle est, comme la peste, une maladie de la saison froide; dans les zones tempérées, elle cesse avec les chaleurs pour réapparaître avec le froid.

Parmi la population civile, ce sont les enfants, principalement les jeunes filles et les femmes qui sont atteintes de préférence; les hommes le seraient un peu moins. Ces remarques ont été faites également en Suède, à Nauplie et en Danemark.

Dans l'armée, ce sont les jeunes recrues qui sont prises les premières; on peut dire que c'est une maladie du soldat plutôt que des officiers. Les petites épidémies que l'on voit se déclarer dans les casernes coïncident souvent avec une épidémie de fièvres éruptives ou purulentes.

Quant à la contagion, beaucoup d'opinions ont été émises à ce sujet; elle semble évidente, et comment se fait-elle ? La maladie se transmet-elle d'homme à homme, ou par un intermédiaire quelconque ? M. le professeur Jaccoud nie la contagion, en disant que, le virus n'étant pas perfectible par l'homme, la contagion n'existe pas. Et cependant nous avons vu des régiments la porter d'un point à un autre. Aussi, pour moi, la contagion existe ; morte ou vive, elle a lieu, elle me paraît irréfutable.

Une autre question intéressante, et que nous ne pouvons résoudre encore, c'est de savoir où naît cette maladie et quel est le véhicule du virus. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que les miasmes, quels qu'ils soient, diffèrent de ceux du typhus et de la fièvre typhoïde, en ce qu'ils ne sont pas reproduits par le malade.

Il est possible que la transmissibilité se fasse par l'air, avec déplacement des miasmes; mais il ne faut pas oublier que la méningite cérébro-spinale épidémique peut naître spontanément, sans que nous puissions dire quelle est sa cause génératrice.

La morbidité n'est pas très-considérable ; un grand nombre de personnes ne sont pas atteintes, mais par contre sa léthalité est effroyable. De plus les épidémies laissent à leur suite des cas sporadiques qui sont plus fréquents qu'on ne le pense et analogues à ceux du choléra asiatique. Sur la statistique sanitaire de nos troupes, on relève chaque année une centaine de cas de cette affection.

La mortalité de la méningite épidémique est terrible, et, quand elle n'enlève que 25 à 76 p. 100 des malades, c'est une épidémie bénigne; dans les épidémies ordinaires, il faut compter avec une mortalité de 78 à 90 p. 100. Au bagne de Rochefort, sur 222 malades, 174 moururent.

Quant à la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique, je puis vous dire que cette maladie est accidentelle, insolite, nouvelle et ne ressemblant à aucune de celles qui sont invétérées dans nos climats. Broussais disait que c'était une phlegmasie généralisée ; mais, comme les saignées tuaient tous les malades, il fallut revenir de cette opinion. Faure-Villard la regarde comme typhique. Baudin l'appela typhus cérébro-spinal. Des médecins militaires de grand mérite l'ont rapprochée des fièvres éruptives ; Laveran, entre autres, la regarde comme une forme spéciale de scarlatine. D'autres auteurs y ont vu une forme de coqueluche, même de diphthérie, et enfin certains épidémiographes ont rapproché la méningite cérébro-spinale épidémique de l'érysipèle malin, de la fièvre puerpérale et des fièvres à purulence précoce.

Malgré toutes ces opinions, nous pouvons affirmer, en terminant, que cette terrible affection n'est réductible à aucune de nos maladies communes.

La nombreuse nomenclature qu'il nous faudrait faire ici de toutes les médications employées prouve assez leur peu de certitude thérapeutique. Les saignées et les diverses émissions sanguines, les révulsifs, les vomitifs, les purgatifs, le sulfate de quinine, les antispasmodiques, l'éther, etc., ont cruellement détrompé ceux qui en avaient fait usage. L'opium seul aurait, paraît-il, donné quelques bons résultats.

En présence de la redoutable méningite cérébro-spinale, la chose principale est de remplir certaines indications ; je les réduirai à trois :

1° Abattre l'excitabilité nerveuse à l'aide de l'opium, du bromure de potassium, du chloral, de l'ergotine et de la belladone. Je vous recommanderai l'ergotine sous forme de pilules contenant un grain (5 centigrammes), ou la belladone à la dose de 1 centigramme par pilule, données d'heure en heure ;

2° Diminuer la fluxion par les révulsifs, les ablutions froides, la glace, les sinapismes, lès vésicatoires et même le fer rouge ;

3° Favoriser la résorption des produits épanchés à l'aide de l'iodure de potassium. En Angleterre et aux États-Unis, l'alcool, même à haute dose, est employé aussitôt que le malade peut le supporter.

Pendant la convalescence, le vin et l'extrait de quinquina serviront à relever, avec d'autres toniques, les forces du malade.

La méningite cérébro-spinale épidémique étant une maladie des soldats casernés et des enfants rassemblés dans les écoles, il faut, autant que possible, éloigner les jeunes recrues du foyer épidémique, disperser les enfants, et ne point fatiguer leur intelligence par un travail trop assidu.

Je tiens à vous citer un fait qui eut lieu à Rennes en 1863. Deux militaires nouvellement arrivés tombèrent malades pendant l'exercice et moururent, quelques jours après, de méningite cérébro-spinale épidémique. Toutes les jeunes recrues furent licenciées immédiatement, et l'épidémie fut arrêtée. Les anciens soldats n'éprouvèrent aucune atteinte.

Il faut avoir soin de ne pas faire voyager un régiment où l'épidémie existe, afin de ne pas porter la contagion dans d'autres endroits, comme on l'a vu pendant l'expédition de Constantine en 1838, à Marseille, à Versailles en 1841, et dans beaucoup d'autres villes où l'on a pu suivre pas à pas l'agent

contaminateur, c'est-à-dire un régiment changeant de garnison et transmettant la maladie où il s'arrêtait.

En résumé, ne pas faire voyager les régiments atteints, et fermeture préventive des écoles d'enfants dès la première atteinte.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

De la syphilis chez les scrofuleux.

Le 19 novembre 1880, est entrée salle Henri IV, nº 69, dans le service de M. Guibout, la nommée G..., âgée de vingt-un ans, sans profession. Cette malade, née à Caen, demeurait chez sa tante, bijoutière au Havre; elle fut adressée à M. le docteur Guibout par M. le baron Larrey pour une affection de la peau qui, au premier abord, présente les plus grandes difficultés de diagnostic, si l'on ne se pénètre pas, avant d'étudier la dermatologie, de l'influence des diathèses les unes sur les autres.

D'après les renseignements que m'a fournis un élève obligeant et assidu du service, M. Pannier, et d'après la pièce moulée par l'habile artiste de Saint-Louis, M. Baretta, voici quel était l'état de la malade à son entrée (19 novembre).

Sur la cuisse, du côté droit, on trouve une lésion s'étendant depuis le grand trochanter jusqu'au genou. Cette lésion est surtout formée de saillies papuleuses recouvertes de croûtes verdâtres.

Immédiatement au dessous, se trouve un bulbe formé de saillies végétantes présentant l'aspect bien connu des végétations que l'on observe journellement à la vulve, végétations recouvertes de croûtes verdâtres faisant une saillie de près de 2 centimètres en certains endroits, le tout formant une ceinture qui enveloppe une surface plane érythémateuse, semblable aux surfaces du lupus érythémateux.

Cette surface, qui paraît plane à un éclairage direct, offre, à un éclairage oblique, un léger mamelonnement, pareil à la saillie des tubercules du lupus.

Immédiatement au-dessous de ce groupe végétant s'observent deux saillies végétantes semblables aux premières. Vient ensuite un véritable massif montagneux, avec ses pics et ses défilés, le tout recouvert des croûtes verdâtres dont nous parlions tout à l'heure.

A côté de ce massif montagneux se trouve une cicatrice blanche, absolument plane, légèrement déprimée par rapport aux parties voisines, à bords nettement taillés à l'emporte-pièce, et présentant un bourrelet ayant une teinte cuivrée, cicatrice évidemment syphilitique, ainsi que l'ont pensé MM. Guibout et Fournier.

Plus bas s'observe une surface érythémateuse entourée d'un demi-cercle de végétations semblable à celui qui se trouve en haut.

Du côté opposé à la cicatrice précédente se trouve une surface cicatricielle adhérente avec des lignes saillantes séparées par des parties déprimées, en un mot une cicatrice réticulée, traces indéniables de la scrofule.

Sur la jambe, on ne trouve aucune lésion, non plus que sur le membre inférieur du côté opposé.

Sur le coude, du côté gauche, on observe des lésions de même genre. Ces lésions enveloppent le coude aux trois quarts. Ce sont des placards végétants entourant des surfaces déprimées comparables aux cirques que l'on observe dans les pays montagneux. Le tout est recouvert de croûtes noirâtres. Au dessous s'étend, sur une certaine longueur, une surface érythémateuse.

Plus loin, deux ou trois saillies isolées semblables aux tubercules du lupus; de plus, au pourtour, on peut voir une bordure érythémateuse jaune cuivré.

Le coude droit présente une plaque semblable.

Sur le cou, à droite, se trouve une cicatrice rougeâtre avec brides saillantes.

L'interrogatoire de la malade nous apprend que ces placards lui donnent quelques démangeaisons; de plus, elle a observé, ce que, du reste, on peut facilement constater, que les végétations saignaient facilement au toucher.

La malade raconte que cette affection a commencé il y a huit ans.

Dans ses antécédents, on trouve des traces de scrofule, et l'on trouve sur le dos plusieurs cicatrices d'abcès froid ainsi qu'au poignet droit. Les poumons ne présentent aucun signe de tuberculose; du reste, la malade nous affirme qu'elle n'a jamais eu de bronchites. D'ailleurs, son état général est très-bon. La menstruation a lieu très-régulièrement chez elle.

Sur le dos, on trouve quelques macules avivées ressemblant aux macules qui dénoncent une ancienne éruption spécifique; au dire de la malade, elle n'aurait jamais eu ni plaques muqueuses ni autre accident syphilitique. Elle est vierge, mais elle avoue qu'à l'âge de douze ans elle aurait eu un attouchement involontaire avec un enfant de onze ans, qui avait des croûtes et des boutons sur la peau. Quelle importance doit-on attacher à ce récit? C'est ce que nous ne saurions dire.

En examinant cette malade, notre éminent maître, M. Guibout, pensa d'abord à rattacher ces différentes lésions à la scrofule, mais à une scrofule à marche insolite. En effet, une affection scrofuleuse reste fixe et ne se généralise pas, bien différente de la syphilis, qui est nomade. Il n'y a pas ici le type exact de la scrofule; cependant les croûtes du coude sont gris-noirâtre, tandis que celles de la cuisse sont plutôt verdâtres; nous avons donc des croûtes de scrofule au coude et de syphilis à la cuisse. De plus, nous avons fait remarquer, dans le cours de l'observation, qu'à côté d'une cicatrice nette de syphilis on trouve des cicatrices nombreuses de scrofule. Aussi M. Guibout se rattacha-t-il à l'idée d'un scrofulate de vérole, pour employer l'expression pittoresque de Ricord. M. Besnier, consulté à propos de cette malade, n'hésita pas à diagnostiquer un lupus (1), tandis que M. le professeur Fournier affirma, de son côté, que ces lésions étaient d'ordre syphilitique, abstraction faite de toute lésion scrofuleuse. M. Hillairet adopta une opinion mixte, et déclara qu'il s'agissait d'une syphilis ayant évolué sur un terrain scrofuleux. M. Lallier fut aussi partisan d'une opinion mixte, quoique peu affirmatif sur la question syphilis.

M. Guibout, déjà partisan d'une opinion mixte, voyant M. Hillairet complètement de son avis, prescrivit, le 23 novembre, 4 grammes d'iodure de potassium, vin de quinquina, vin de gentiane. Le 30 novembre, la lésion ne semblait nullement modifiée par le traitement; aussi, sur le conseil de M. Hillairet, on porta la dose d'iodure de potassium à 6 grammes.

16 décembre. Pas de changement; on remplace l'iodure de potassium par le sirop de Gibert, deux cuillerées, et une pilule de proto-iodure de mercure.

Le 6 janvier, on remarque quelque amélioration à la cuisse; le sirop de Gibert est continué; mais, de plus, on se décide à faire un traitement local, et l'on applique sur la partie malade de l'emplâtre de Vigo.

Le 18 janvier, on ajoute au traitement 60 grammes par jour de sirop d'iodure de fer et des bains d'amidon.

Le 20 janvier, la malade ayant de l'embarras gastrique, on suspend le traitement, qui est repris le 28 janvier.

5 février, l'amélioration continue.

Aujourd'hui 15 février, les surfaces végétantes ont notablement diminué de hauteur; tous les bourgeons qui dépassaient les plateaux ont disparu, et il ne reste plus qu'une élevure d'un demi-centimètre à peine. Les surfaces érythémateuses intermédiaires ont disparu, et elles présentent l'aspect de syphilides papulo-hypertrophiques séparées par quelques points papuleux. Les croûtes n'existent plus. De jour en jour, la lésion marche vers la guérison, à la cuisse du moins. Le coude, au contraire, s'est peu amélioré.

La lecture de cette observation, recueillie par M. Poupon, interne du service, est surtout instructive au point de vue de l'influence de la marche de la syphilis chez les scrofuleux. En effet, cette malade, dont nous venons d'exposer l'histoire,

---

(1) Pour M. Besnier, tous les lupus sont scrofuleux.

est sûrement scrofuleuse, ainsi que le prouvent ses cicatrices. D'autre part, elle a des cicatrices de syphilis. On se demandera peut-être comment elle a attrapé la syphilis ; mais chacun sait combien il est souvent difficile de trouver l'étiologie des syphilis les plus nettes, et combien de fois la syphilis passe inaperçue, et cela au détriment des malades. Si la scrofule, d'ailleurs, eût été seule en jeu, l'amélioration n'eût pas été aussi prompte. Il est donc probable que nous avons affaire à une syphilis à forme végétante qui a évolué sur un terrain scrofuleux.

Nous ne saurions trop le répéter, ainsi que M. Guibout y insiste journellement dans ses savantes leçons, la syphilis change d'aspect dès qu'elle trouve devant elle une autre diathèse. Ici ce sera la scrofule. Cette influence des diathèses les unes sur les autres avait été déjà vue par Ricord, et on ne saurait trop montrer combien le pronostic de la syphilis diffère suivant le terrain sur lequel elle évolue. Qu'un alcoolique attrape la syphilis, vous aurez les plus grandes chances pour voir survenir chez lui tous les accidents des syphilides graves ou même des syphilides malignes précoces. Qu'un sujet prédisposé à la tuberculose contracte la syphilis, la tuberculose éclatera au moment des accidents secondaires. Le réveil d'une diathèse par une autre est un fait clinique qui, aujourd'hui, est d'observation courante, et M. Guibout nous en montre quotidiennement dans son service.

Ce réveil des diathèses est ici d'une importance capitale, d'abord parce qu'elle expose à des erreurs de diagnostic très-préjudiciables au point de vue du traitement. En effet, séparons par la pensée les deux ordres de cicatrices que nous avons vues ; mettons les unes sur un malade, les autres sur l'autre, nous n'aurons aucune hésitation, car elles ont des caractères très-nets, tandis que, réunies, elles donnent lieu à des difficultés énormes, si l'on ne songe pas à constater l'influence réciproque des deux diathèses. Quelle n'est pas l'importance de ce fait au point de vue du pronostic ! Si c'était une scrofulide, les lésions seraient très-longues à guérir ; si c'était une syphilide, le traitement en viendrait rapidement à bout, et, tandis que dans le premier cas une cicatrice indélébile marquerait la trace de la maladie, dans le second, une cicatrice moins désagréable indiquerait plus tard que la malade a eu la vérole, tandis qu'avec une lésion mixte nous ne pouvons savoir quel temps l'affection mettra à se cicatriser, ni quelle sera la nature de cette cicatrice. Dans la région dont il s'agit, la nature de la cicatrice n'a pas une très-grande importance; mais, si c'était à la face, quelle serait l'inquiétude d'une jeune femme à ce point de vue !

Enfin, et c'est par là que nous terminerons, nous avons vu quelle était l'importance d'un traitement mixte. En effet, l'iodure de potassium est d'abord essayé seul, mais on ne constate aucun résultat sérieux; à l'iodure de potassium on substitue le sirop de Gibert; alors on constate, il est vrai, une légère amélioration, mais ce n'est rien, comparativement au résultat que l'on obtient en donnant à la fois et du sirop d'iodure de fer, des toniques, vin de quinquina, etc., et, d'autre part, du sirop de Gibert, auquel on associe un traitement local par l'emplâtre de Vigo. A ce propos, nous ferons remarquer combien aujourd'hui l'on accorde d'importance au traitement local des affections cutanées, tandis qu'autrefois on se contentait souvent d'un traitement général. Pour ne citer qu'un exemple, l'emploi des scarifications contre le lupus est aujourd'hui une des acquisitions les plus précieuses de la dermatologie.

THÉRAPEUTIQUE

Pain laxatif.

La formule de ce pain a été donnée par W.-H. Taylor qui la recommande aux sujets affectés de constipation habituelle et d'hémorrhoïdes.

On mélange à parties égales de la farine d'avoine d'Écosse, de la farine de froment et de la fleur de farine ordinaire. On ajoute de la levure de bière pour rendre le pain plus léger, et une cuillerée à soupe, pour chaque kilogramme, de la poudre suivante :

Bicarbonate de soude	120	grammes.
Acide tartrique	90	—
Fleur de farine ordinaire	500	—

Ce pain se conserve bien, et, pris à la dose de 30 à 60 grammes par jour à table avec le pain ordinaire, il assure la liberté du ventre. (*Nouv. Journ. méd.*)

Potion gazeuse bromurée contre les nausées et les vomissements dans les affections utérines.

M. le docteur Chéron, désireux d'arriver rapidement à faire cesser les nausées et les vomissements, dont souffrent pendant un temps souvent fort long les femmes atteintes d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien, a eu l'idée d'associer la potion de Rivière au bromure de potassium.

Dès qu'il a constaté l'existence de nausées et de vomissements récents ou anciens, il emploie d'une façon suivie la potion suivante :

Nº 1. —	Bicarbonate de potasse	2	grammes.
	Eau commune	60	—
	Bromure de potassium	2	—
Nº 2. —	Acide citrique	4	grammes.
	Eau commune	120	—
	Sirop de sucre	40	—

Verser dans un verre une cuillerée *à café* du nº 1 et une cuillerée *à bouche* du nº 2, agiter et boire aussitôt.

Prendre cette même dose toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Les nºs 1 et 2 représentent la quantité du maximum à employer chaque jour.

M. Chéron a reconnu que la combinaison de la potion gazeuse et du bromure de potassium donnait des résultats bien supérieurs à ce qu'on pouvait obtenir de l'emploi isolé de ces deux médicaments.

Enfin, dans les cas de pelvi-péritonite localisée, cette combinaison arrête souvent les envies de vomir et les vomissements, même pendant la période aiguë. (*Revue méd.-chir. des maladies des femmes.*)

Traitement palliatif de la gangrène de la bouche chez les enfants.

Afin de prévenir le développement de la gangrène de la bouche chez les enfants, il faut tout d'abord soigner les aphthes et la stomatite ulcéreuse qui l'engendre. Les cautérisations avec les acides nitrique et chlorhydrique sont abandonnées ainsi que les applications d'alun en poudre ou de poudre de chlorure de chaux.

On a recours aujourd'hui aux applications de teinture d'iode, d'iodoforme, de chlorate de potasse, tandis qu'à l'intérieur on donne la potion suivante :

Potion gommeuse	100	grammes.
Chlorate de potasse	4	—

par cuillerée à soupe toutes les heures.

Cette médication, qui suffit souvent à prévenir la gangrène de la bouche, doit encore être continuée lorsque le sphacèle est établi. Seulement, sur l'eschare, il faut mettre de la poudre de quinquina

et du charbon, de la poudre d'iodoforme associée à un quart de poudre de camphre qui en enlève l'odeur. Chaque jour on peut laver avec le coaltar saponiné de Le Beuf au vingtième ou avec une solution de glycérine phéniquée à 1 pour 100, et, dès que le lavage est fini, il faut réappliquer les poudres désinfectantes ci-dessus indiquées.

Tels sont les moyens, palliatifs, il est vrai, mais palliatifs utiles, auxquels a recours M. le docteur Bouchut pour arrêter la marche de la gangrène de la bouche chez les enfants et surtout pour en faire disparaître l'odeur. (*Paris médical.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Maximin Legrand qui se porte candidat dans la section des associés libres ; 2° une lettre de M. Fostino Roel (d'Oviedo) qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

COMMUNICATIONS

Vaccination et revaccination obligatoires. — M. Larrey informe l'Académie que la Chambre des députés a mis à l'ordre du jour de sa séance d'hier la première délibération sur la proposition de loi de M. Liouville tendant à rendre obligatoires la vaccination et la revaccination. Il a pris la parole pour manifester son étonnement de ce que l'Académie de médecine, si spécialement compétente dans cette question, n'ait pas été consultée, et il a demandé l'ajournement de la discussion et le renvoi de l'examen de la question à l'Académie de médecine. Des objections ont été faites dans le sein de l'assemblée à cette proposition, qui n'a pas été acceptée, et la Chambre a décidé qu'elle passerait à une deuxième délibération. M. Larrey a pensé que, dans l'intervalle qui séparera ces deux délibérations, l'Académie pourrait utilement intervenir, et il l'invite à le faire et à transmettre son avis à l'administration dont elle relève.

M. Depaul est d'avis qu'il n'appartient pas à l'Académie de prendre les devants à cet égard, et qu'il ne serait même pas de sa dignité de donner un avis qu'on ne lui demande pas. Il pense, en conséquence, tout en remerciant M. Larrey d'avoir pris en mains les intérêts de l'Académie auprès de la Chambre, qu'il n'y a pas lieu de donner suite à sa proposition.

M. le Président met aux voix la proposition de M. Larrey qui n'est pas adoptée.

M. Bouley demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, sur la communication de M. Colin dans la dernière séance.

Immunité contre le charbon. — M. Bouley. J'étais absent mardi dernier, retenu par des devoirs de ma position, quand M. Colin a fait sa communication sur ce qu'il a appelé « un prétendu moyen de conférer l'immunité contre le charbon ». C'est une négation formelle des résultats des expériences de M. Toussaint. Or je maintiens, pour mon compte, que c'est là une belle découverte, et M. Toussaint, en la faisant, a bien mérité de la science. N'ayant connu de la lecture de M. Colin que les conclusions qui ont été reproduites par les journaux, M. Toussaint m'a adressé en réponse la note suivante. Cette note, dont je vais donner lecture, contient en substance les renseignements qui suivent :

M. Bouley a fait connaître à l'Académie, en lui communiquant la première note de M. Toussaint, qu'à cette époque le nombre des animaux rendus indemnes montait à 18 au moins. En ce moment, ce nombre dépasse 40, et se compose de chiens, de chevaux, de moutons et de lapins. Si M. Colin ne parvient pas à donner l'immunité après avoir soumis le liquide virulent à une température de 55°, d'autres expérimentateurs y arrivent avec le charbon et la septicémie. L'immunité peut être donnée par d'autres moyens, par la filtration et la dilution. Les cultures de charbon faites dans le bouillon de levure peuvent aussi donner l'immunité. Si ces faits ne suffisent pas à convaincre M. Colin, je puis, dit M. Toussaint, mettre sous ses yeux deux brebis rendues indemnes au mois de mai dernier, qui ont été inoculées plusieurs fois, et depuis ce temps ont été remises dans le troupeau et viennent de mettre bas deux agneaux, lesquels inoculés, ainsi que leurs mères, avec le charbon le plus violent, l'ont supporté sans accuser le moindre malaise.

Vous voyez, poursuit M. Bouley, que M. Toussaint n'est pas ébranlé dans sa conviction. En présence de ces faits positifs, d'une part, et des faits négatifs, d'autre part, qu'on leur oppose, permettrons-nous de dire qu'en les mettant les uns et les autres dans la balance ils s'équilibrent, et qu'on n'en doit tirer aucune conclusion positive ? Il faut faire cesser ce malentendu. Ce serait consacrer une erreur fondamentale contre la méthode expérimentale. Qu'est-ce qu'un fait positif? C'est l'expression d'une vérité démontrée dans des conditions nettement établies ; or, qui veut contrôler l'expérience démontrant le fait positif, doit avant tout se placer dans les mêmes conditions, et alors le même fait positif se reproduira. Si c'est un fait négatif qui est obtenu, on est en droit d'en conclure que l'expérimentateur ne s'est pas placé dans les mêmes conditions. Or il est bien évident que M. Colin ne s'est pas mis dans les mêmes conditions que M. Toussaint ; d'abord il a expérimenté sur des lapins, tandis que M. Toussaint a expérimenté sur des moutons ; en outre, M. Toussaint a inoculé du sang défibriné, tandis que M. Colin a inoculé du sang non défibriné. Voilà donc deux conditions expérimentales importantes que n'a pas remplies M. Colin.

Il en est toujours ainsi. Pourquoi M. Colin ne veut-il jamais se placer dans les mêmes conditions que les expérimentateurs dont il contrôle les expériences? M. Colin est, qu'on me passe l'expression, un obstructionniste ; il fait de l'obstructionnisme à outrance. Quand un savant autorisé, autant par son savoir que par son caractère, vient affirmer qu'il obtient tels résultats certains dans telles conditions d'expérimentation, on n'est pas en droit de venir à la légère infirmer ces résultats en s'appuyant sur des expériences qui n'ont pas été faites dans les mêmes conditions. C'est ainsi que M. Colin a voulu infirmer les expérimentations de M. Pasteur relativement à l'inoculation du charbon aux poules, au lavage des terres qui se trouvent au-dessus des fosses d'enfouissement d'animaux charbonneux, à l'atténuation des virus, etc.

M. Bouley termine son argumentation en faisant un grand éloge de M. Pasteur et de ses collaborateurs, qui, par leur finesse d'observation, leur habileté expérimentale et leur courageux dévouement à la science, sont au-dessus des atteintes de M. Colin.

M. Colin. J'aurais beaucoup de choses à répondre à M. Bouley, parce que, suivant son habitude, il a porté le débat sur des terrains très-différents : sur la septicémie, sur le choléra des poules, sur le charbon, etc. Je ne lui répondrai qu'en ce qui touche l'immunité. Je maintiens que les expériences qui reposent sur des inoculations de sang chauffé à 55° sont, au point de vue de l'immunité, sans aucune signification. A cette température, en effet, les bactéridies sont tuées ; comment peuvent-elles donc agir comme virus atténué ? Elles n'ont plus aucune action ; elles ne sauraient donc pas plus agir comme vaccin que comme virus. En outre, ces inoculations de sang chauffé ont été faites sur des animaux qui, normalement, ne contractent pas toujours le charbon, ou, s'ils le contractent, ne présentent que des accidents locaux. Or, de ce qu'ils ne présentent pas d'accidents, on conclut qu'ils ont acquis l'immunité. Les chiens sont souvent réfractaires à l'inoculation charbonneuse ; il en est de même du cheval, qui contracte très-difficilement le charbon. M. Toussaint, qui, grâce à la protection de M. Bouley, obtient tout ce qu'il veut de l'administration, a pu faire des expériences sur des moutons ; mais, n'ayant pu avoir de moutons à ma disposition, je n'ai pu expérimenter sur eux. C'est pourquoi j'ai pratiqué mes expériences sur le lapin, qui, d'ailleurs, est beaucoup plus susceptible que le mouton, et chez lequel, conséquemment, les résultats négatifs ont plus de valeur qu'ils ne pourraient

en avoir chez tout autre animal. J'ai donc inoculé à des lapins du sang charbonneux chauffé à 55°, et je n'ai rien obtenu. Pourquoi? Parce que, porté à cette température, le sang a perdu toute sa virulence. Or, moi, je ne cherche pas les bactéridies, les spores, le mycélium; je cherche la virulence. Le sang, chauffé à 55° ou 56°, a perdu toute virulence; il n'est pas plus vaccin ou virus atténué que virus: c'est une matière inerte. Les lapins auxquels a été inoculé ce sang chauffé ont été ensuite soumis à des inoculations de sang véritablement charbonneux, et, cette fois, ils ont été tués avec tous les symptômes et toutes les lésions du charbon.

M. Bouley me reproche de m'être servi de sang défibriné. Que peut faire la fibrine du sang en pareil cas? Quant au reproche qui m'a été adressé de ne pas expérimenter dans les mêmes conditions que M. Pasteur, je répondrai que c'était à M. Pasteur à me les faire connaître.

Relativement aux virus atténués, je dirai seulement que les virus s'atténuent d'eux-mêmes. On sait que le virus vaccinal, toujours très-actif quand il est récent, perd son activité avec le temps. M. Davaine n'a-t-il pas atténué autant que possible le virus charbonneux par ses dilutions au dix millionième? S'il pouvait y avoir des virus atténués, ne serait-ce pas dans ces conditions? Or on sait que ces solutions ont donné des résultats positifs.

Enfin les pays dans lesquels ont été pratiquées les expériences de M. Toussaint ne sont pas des pays où le charbon soit très-fréquent. C'est dans la Beauce que ces expériences auraient dû être faites.

M. Colin termine en disant qu'il maintient toutes les conclusions de son précédent travail.

M. BOULEY reconnaît avoir appuyé de tout son pouvoir les expérimentations de M. Toussaint, parce qu'il est parfaitement convaincu de leur utilité, tandis que les expériences négatives de M. Colin ne prouvent rien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons que les médecins et chirurgiens de l'hôpital de la Charité, de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital Tenon viennent d'adresser, au président du Conseil de surveillance de l'assistance publique, une lettre collective pour informer l'administration qu'ils étaient d'avis de maintenir le service hospitalier dans les conditions actuelles, le service fait par des sœurs leur paraissant, à tous égards, plus conforme aux intérêts des malades.

— Les candidats inscrits, au nombre de trente-trois, au concours qui doit s'ouvrir, le vendredi 18 mars 1881, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central sont, par ordre alphabétique, MM. les docteurs: Balzer, Barié, Barth, de Beurmann, Bourceret, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Clozel de Boyer, Cuffer, Danlos, Decaisne, Dejérine, Dreyfous, Frémy, Gingeot, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Joly, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière (Eugène-Paul), Martin, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Robin, Roques et Tapret.

Le jury, sauf modifications, se composera de MM. Bergeron, Guéniot, Lecorché, Liouville, Mesnet, Millard, Rendu, Germain Sée et Sevestre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques et les démonstrations d'histologie commenceront le mercredi 16 mars 1881, sous la direction de M. Cadiat, professeur agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond, 42, tous les jours à trois heures de l'après-midi.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de seconde et de troisième années (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre des deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux pratiques. Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

Les élèves de seconde et de troisième année sont admis en présentant: 1° la carte de travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits réglementaires. Les élèves justifiant de seize inscriptions, et qui désireraient prendre part aux exercices pratiques d'histologie, ne pourront être admis sans une autorisation spéciale du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, avant le 15 mars, au secrétariat de la Faculté de médecine. Si leur demande est accueillie, ils auront à remplir les formalités prescrites par les instructions ministérielles avant de se faire inscrire à l'École pratique. Les élèves de seconde et de troisième année, ainsi que les élèves justifiant de seize inscriptions et dûment autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique, au bureau du chef des travaux pratiques, à dater de ce jour et jusqu'au 15 mars.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Jamin commencera le cours de physique le samedi 19 mars, à deux heures, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Il traitera dans cette seconde partie du corps de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Milne Edwards commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, le samedi 19 mars, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Il s'occupera des caractères généraux des êtres animés, des fonctions de nutrition et de l'anatomie des organes à l'aide desquels ces fonctions s'accomplissent chez les divers animaux.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10893.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Occlusion intestinale.

Deux cas d'occlusion intestinale suivis de mort se sont présentés à peu de temps de distance l'un de l'autre à l'hôpital de la Charité, le premier dans le service de la clinique de M. le professeur Hardy, le deuxième dans le service de M. Maurice Raynaud. Bien qu'ils n'aient entre eux que des analogies assez éloignées, il nous a paru intéressant de les rapprocher ici, ne fût-ce qu'à cause des difficultés de diagnostic qu'ils ont présentées l'un et l'autre et du peu de prise qu'ils ont donné à la thérapeutique.

Le premier cas est un exemple d'occlusion ou plutôt d'obstruction interne incomplète produite par une dégénérescence cancéreuse des parois du côlon. Dans le deuxième, on a trouvé à l'autopsie des lésions multiples, une dégénérescence également cancéreuse du rectum et deux étranglements dans des points éloignés du tube digestif, qui ont pu expliquer jusqu'à un certain point la complexité des phénomènes morbides observés pendant la vie.

Voici ces deux observations dans leurs dispositions principales.

Occlusion intestinale incomplète ou obstruction du côlon cancéreux.

Une femme âgée de soixante-trois ans, ayant eu une assez bonne santé jusque-là, éprouva il y a un an environ des douleurs vives dans le ventre avec de la constipation, qui cédèrent à une médication assez simple. Le 3 février dernier, elle a été prise de nouveau de vives douleurs de ventre avec impossibilité d'aller à la garde-robe. Elle est entrée le 9 à la clinique de la Charité, pâle, ayant la figure grippée, le pouls petit, fréquent, la température un peu élevée (38). Le ventre était volumineux, distendu, très-douloureux à la pression, ce qui rendait la percussion difficile; on pouvait constater cependant de la matité dans quelques parties, notamment dans la région cæcale, et du tympanisme dans d'autres points. La malade n'était pas allée à la selle depuis six jours, malgré l'usage réitéré des lavements; enfin, elle vomissait de temps en temps.

A ces symptômes, on ne pouvait méconnaître l'existence d'une péritonite. Mais la péritonite était évidemment deutéropathique : il y avait autre chose. Cette autre chose ne pouvait être qu'une occlusion intestinale. Mais où siégeait l'obstacle à la libre circulation des matières intestinales? De quelle nature était cet obstacle? C'était là le point difficile à éclaircir. L'indication la plus urgente était de chercher à provoquer la contraction des intestins et à rappeler les selles, au risque de provoquer des vomissements. En conséquence, M. Hardy prescrivit 30 grammes d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton. La malade a vomi deux ou trois fois à la suite de l'ingestion de ce purgatif, mais elle a eu aussi quelques garde-robes dans le cours de la nuit suivante. Une partie du purgatif avait passé par l'intestin. A dater de ce moment, elle a continué à avoir de temps en temps quelques selles, la circulation intestinale était évidemment en partie rétablie. Mais la malade n'allait pas mieux; elle avait toujours la face grippée, le ventre restait toujours douloureux, la température avait baissé et était descendue même au-dessous de 37, la peau était froide et terreuse. Tout annonçait chez cette femme une terminaison fatale, prochaine, qui survint, en effet, peu de jours après.

L'autopsie a révélé l'existence d'une dégénérescence cancéreuse des parois de l'intestin dans une grande étendue du côlon, particulièrement à l'union du côlon ascendant avec le côlon transverse, où le rétrécissement du calibre intestinal était à son maximum. C'était là que résidait l'obstacle principal au passage des matières; toute la masse intestinale située au-dessus du point rétréci, le côlon ascendant, le cæcum et l'intestin grêle, était distendue. Il existait des traces de péritonite évidemment consécutive et qui ne s'était développée qu'en dernier lieu, tandis que la lésion du côlon devait remonter à une date plus éloignée. On a également trouvé des noyaux cancéreux dans le foie.

Occlusion intestinale double, du duodénum et de l'union du côlon ascendant avec le côlon transverse; tumeur cancéreuse du rectum.

Un homme de trente-un ans, d'une constitution chétive, scrofuleux, sujet à de fréquentes coliques, mal nourri et en proie à toutes les conséquences de la misère, s'affaiblissait sensiblement depuis quelque temps, lorsque, en dernier lieu, il a été pris de douleurs très-vives au creux de l'estomac et dans les fosses iliaques, surtout dans le côté droit, de vomissements survenant une heure ou une heure et demie après avoir mangé, qui accroissaient beaucoup ces douleurs. Ces vomissements avaient lieu par régurgitation, se repro-

duisant de cinq en cinq minutes, laissant après eux une saveur amère à la bouche. Cet état durait depuis le mois d'octobre dernier, lorsque, en janvier, il s'y ajouta de la diarrhée et des douleurs lombaires, ce qui le détermina à entrer à l'hôpital. Il n'avait jamais eu ni frissons ni fièvre.

A son entrée, il avait le ventre souple, sans ballonnement, mais sensible à la pression à la région épigastrique et dans la fosse iliaque droite et au niveau du rebord inférieur du foie. On constata, en outre, l'existence d'une petite hernie inguinale du côté gauche, contenue par un bandage. Cette hernie ne suffisait évidemment pas pour expliquer les symptômes éprouvés par ce malade. Il en fallait chercher la cause ailleurs. M. Maurice Raynaud posa successivement dans son esprit les diverses hypothèses d'un cancer, peu probable ici, vu l'âge peu avancé du malade; d'une gastrite alcoolique, que rien ne justifiait, le malade n'ayant point l'aspect ni les signes de l'alcoolisme; d'un ulcère simple de l'estomac, mais on ne trouvait ici ni la douleur dorsale, ni la douleur fixe xiphoïdienne.

Dans le doute, M. Maurice Raynaud se borna à prescrire le repos au lit et la diète lactée. L'état resta stationnaire pendant quelques jours. Puis il survint de nouvelles douleurs très-vives au niveau du cæcum et du côlon ascendant, et, en examinant de nouveau le ventre par la palpation, on constata une résistance générale semblable à celle que donne une péritonite chronique. Mais ce n'était pas tout. De nouveaux éléments de diagnostic allaient s'accumuler encore. La diarrhée à laquelle le malade était en proie depuis le début de sa maladie venait de s'arrêter brusquement, pour faire place à une constipation insurmontable. Des purgatifs réitérés, pendant plusieurs jours consécutifs, restèrent complètement sans effet. Les douleurs, revenant par paroxysmes, devinrent atroces, s'accompagnant de ténesme; le ventre devint ballonné; enfin des vomissements, d'abord bilieux, puis fécaloïdes, survinrent. Il ne pouvait plus subsister le moindre doute. On se trouvait en présence d'une occlusion intestinale. On était au 13 février. M. Maurice Raynaud chercha du côté du rectum s'il ne trouverait pas le cône d'invagination. Il ne trouva rien de semblable; mais il constata, ce qu'il était loin de soupçonner, l'existence d'une tumeur du volume d'une orange ou d'une grosse pomme, bilobée, d'une dureté pierreuse, et paraissant constituée par la paroi antérieure du rectum. Le doigt ne pouvait parvenir à la circonscrire.

M. Maurice Raynaud fit prier MM. Gosselin et Després d'examiner ce malade. M. Gosselin se tint sur la réserve. M. Després déclara que, pour lui, c'était un cancer de la paroi antérieure du rectum, et, pour en donner immédiatement la preuve, il ramena au dehors une petite parcelle de la tumeur qu'il en avait détachée avec l'ongle, pour la soumettre au microscope. L'examen microscopique fit reconnaître effectivement que l'on avait affaire à un épithélioma tubulé à cellules cylindriques. Des lavements d'eau de Seltz, des douches ascendantes, furent administrés sans succès; l'électricité, par les courants interrompus et par les courants continus, n'eut pas plus d'effet. Enfin, à tous les symptômes énumérés ci-dessus, vint s'ajouter du ténesme vésical avec de l'anurie.

A dater de ce moment, le malade alla de mal en pis; il avait le faciès grippé. Il était évident qu'on était à la veille d'une terminaison fatale. Dans ces conditions, sur les instances du malade, qui avait entendu parler d'opération pendant la consultation et qui tenait à en courir les chances, M. Maurice Raynaud prit de nouveau l'avis de M. Gosselin, qui consentit, sur sa proposition, à tenter l'établissement d'un anus contre nature.

Ceci se passait le 22 février. M. Gosselin pratiqua une incision, couche par couche, dans la fosse iliaque gauche; au moment où il pénétra dans le péritoine, il s'échappa un flot de sérosité sanguinolente et une anse intestinale se présenta. M. Gosselin l'ouvrit après l'avoir fixée par plusieurs points de suture à la paroi abdominale. Il sortit aussitôt une grande quantité de matière fécale. L'issue des matières continue à se faire les jours suivants par cet anus artificiel; mais, le 25 au soir, elles cessèrent de s'écouler. Le malade tomba dans un collapsus complet et succomba le 26.

Voici les résultats très-curieux de l'autopsie: péritonite chronique généralisée avec des points de péritonite plus récents; des flots de liquide séreux sanguinolent s'échappaient de cavités constituées par des fausses membranes très-nombreuses. La tumeur rectale, qui avait paru énorme lorsqu'on la constata pour la première fois, était sensiblement réduite de volume. Mais ce n'était pas là qu'était l'obstacle au passage des matières, c'était beaucoup plus haut et dans deux points différents: dans le duodénum, qui était étranglé dans une sorte d'anse fibreuse, et au coude formé par l'union du côlon ascendant avec le côlon transverse, où existait un magma épais de fausses membranes péritonéales et de tissus ganglionnaires dégénérés, qui entourait en ce point l'intestin également étranglé.

En somme, tous les symptômes qu'avait présentés ce malade, les coliques, les vomissements, puis les signes d'occlusion, s'expliqueraient naturellement par l'existence de cette masse énorme de tissus fibreux qui entouraient le duodénum et le côlon et qui avaient fini par en amener graduellement l'étranglement.

Aujourd'hui, grâce aux progrès des procédés de laparotomie, en présence de tout cas d'occlusion intestinale réfractaire aux moyens médicaux, et menaçant directement la vie, la question de l'intervention chirurgicale se pose logiquement. Mais on ne saurait se dissimuler, quand on voit la variété infinie des dispositions qu'affectent ces occlusions et des causes organiques qui les produisent, combien les indications opératoires sont souvent difficiles à saisir et surtout à suivre. Dans le premier des deux cas que nous venons de rapporter, par exemple, quelle opération eût été possible? Aucune, sauf l'anus artificiel, n'eût pu remédier ni à l'obstacle du cours des matières, ni à sa cause. Dans le deuxième cas, on a vu que la chirurgie est intervenue, mais *in extremis*, plutôt pour satisfaire le désir du malade, se sachant perdu, que pour obéir à une indication précise. Aussi l'opération tentée n'était-elle qu'une opération palliative et n'a-t-elle produit que le seul résultat possible, celui d'un soulagement passager dans l'état du malade. Sans doute, l'autopsie a démontré qu'il y aurait eu une autre indication. Mais avait-il été possible de la saisir pendant la vie? En admettant l'indication connue et l'opération indiquée possible et exécutée, la destruction des brides qui étranglaient l'intestin en deux points, avec les complications qui existaient chez ce malade, aurait-on pu le sauver? Cela est plus que douteux.

Éclampsie pendant la grossesse; saignée; guérison.

Une jeune femme de vingt ans est entrée à la clinique d'accouchement présentant un développement de l'utérus qui pouvait faire présumer une grossesse de sept mois et demi à huit mois. Cette femme, enceinte pour la première fois, avait

été prise la veille d'une violente attaque d'éclampsie, suivie d'une deuxième, une heure après. Elle a eu plusieurs attaques semblables depuis son entrée à la clinique : perte complète de connaissance et des sens, contractions tonique et clonique alternatives ; puis, teinte violacée de la face, avec écume sanguinolente à la bouche. Elle présentait de l'œdème généralisé ; la face était bouffie, surtout au pourtour des yeux ; la vulve, les cuisses et les jambes étaient fortement infiltrées. L'examen des urines y révélait un dépôt abondant d'albumine.

On administra d'abord à cette malade 4 grammes de chloral en lavement. Mais de nouvelles attaques étant survenues, malgré l'administration du chloral, M. Depaul prescrivit une saignée de 500 grammes. Deux nouvelles attaques ont eu lieu encore après la saignée, l'une deux heures après, l'autre après un intervalle de cinq heures ; puis il ne s'en est plus produit d'autre. Le lendemain matin, à la visite, elle était dans un état satisfaisant, ayant récupéré l'intelligence et la parole, répondant avec justesse aux questions qu'on lui adressait, mais conservant encore un peu de faiblesse. Au toucher, on constate que le col est fermé, mais avec un commencement d'effacement.

Il y a vingt-cinq ou trente ans, en présence de cet état, il est probable que l'on aurait songé à provoquer l'accouchement. Telle n'a pas été la conduite de M. Depaul. Pourquoi ? Deux raisons principales contre-indiquent à ses yeux cette pratique. La première, c'est que cette femme, malgré les cinq attaques d'éclampsie qu'elle a eues, peut très-bien conserver son enfant vivant, et le conserver jusqu'au terme naturel de la grossesse. La deuxième raison, c'est que l'accouchement prématuré artificiel, dans ces conditions, n'est pas toujours facile ; en admettant même qu'il ne présentât pas de difficulté, il faudrait au moins vingt-quatre ou trente-six heures pour arriver à un résultat. Quelquefois on ne l'atteint qu'après un laps de temps beaucoup plus long, trois, quatre, cinq, six, sept et même huit jours. Or l'éclampsie a rarement cette durée-là ; la femme serait morte ou guérie avant la terminaison de l'accouchement. Ne sait-on pas d'ailleurs que l'accouchement, soit spontané, soit artificiel, ne met pas toujours un terme aux attaques, que celles-ci peuvent persister ou se reproduire après ? Il n'y a donc aucun avantage à recourir à cette manœuvre, et il peut y avoir plutôt des inconvénients à le faire.

Le traitement doit être médical.

On sait que M. Depaul donne en général la préférence aux émissions sanguines, sans toutefois exclure systématiquement les autres méthodes, et n'ignorant pas que d'autres ont obtenu des succès avec le chloral, par exemple. Mais il ne lui paraît pas que les statistiques que l'on a publiées sur l'emploi du choral soient suffisamment probantes, cet agent ayant été employé dans beaucoup de circonstances concurremment avec d'autres moyens qui ont pu avoir leur part d'influence sur les résultats, ce qui ne permet pas, par conséquent, d'en apprécier exactement les effets. D'ailleurs, les faits publiés représentent-ils la proportion vraie des succès ? A-t-on tenu compte des insuccès ? La statistique que M. Depaul a faite pour les émissions sanguines, et dont les résultats sont tout aussi favorables, sinon plus, que ceux que l'on a invoqués pour le chloral, a, du moins, cette garantie, qu'elle comprend tous les cas indistinctement, les cas de succès comme les cas d'insuccès.

LES DERNIERS PERFECTIONNEMENTS DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Par M. le docteur Fort.

Le chiffre des opérations de cataracte qui se pratiquent à Paris est véritablement colossal. Pour mon compte, j'en ai vu opérer vingt-trois en une semaine aux cliniques de MM. Landolt, Panas, Fieuzal et de Wecker.

Cette opération est singulièrement simplifiée aujourd'hui, et les succès se comptent dans la proportion tout à fait encourageante de 95 pour 100 environ.

La pratique rigoureuse du pansement de Lister donne des résultats si étonnants en chirurgie que les spécialistes eux-mêmes y ont recours. MM. Landolt et de Wecker n'opèrent jamais une cataracte sans avoir préalablement lavé les paupières et la région péripalpébrale avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100, sans s'être lavé les mains et sans avoir laissé séjourner les instruments dans l'eau phéniquée. L'opération a lieu dans le brouillard de l'eau phéniquée.

L'*incision* est faite dans la moitié supérieure de la cornée, *kératotomie supérieure*, par tous nos oculistes, excepté par M. Landolt, qui préfère la kératotomie inférieure. Tous se servent invariablement du couteau à lame étroite de Græfe, avec lequel ils traversent la chambre antérieure de l'œil, immédiatement en avant de l'iris. Le tranchant du couteau suit le bord adhérent de la cornée et vient sortir à la partie supérieure, juste au point où la conjonctive forme à la cornée son *anneau conjonctival*.

Pendant ce temps de l'opération, le globe oculaire est fixé avec une pince maintenue de la main gauche et tenant un pli de la conjonctive au-dessous de la cornée. Les paupières sont écartées par le blépharostat. En général, on ne chloroformise plus les malades pour leur faire subir l'opération de la cataracte ; M. Landolt seul trouve des avantages réels à la chloroformisation.

On se préoccupait autrefois de donner à l'humeur aqueuse le temps de se reproduire ; mais aujourd'hui on procède immédiatement à la section de l'iris, *iridectomie*, que tous les chirurgiens pratiquent indistinctement.

Si la tension des milieux de l'œil est forte, l'iris est refoulé à travers la plaie ; il n'y a plus qu'à le saisir avec les pinces à iridectomie et à le diviser au moyen des ciseaux de Wecker. Si, au contraire, la tension est peu considérable, si l'iris reste à sa place, on introduit les extrémités des mors de la pince courbe, on saisit l'iris près de la pupille, on l'attire au dehors et on le sectionne, en ayant bien soin de diviser le bord pupillaire. Il n'est pas nécessaire d'atteindre la grande circonférence de l'iris avec les ciseaux, et je considère même comme un avantage de ne pas atteindre ce point. En effet, il se produit à peu près constamment une petite hémorrhagie dans la chambre de l'œil lorsque les gros vaisseaux sont divisés. Cet épanchement sanguin n'a pas lieu lorsque l'iridectomie se fait en pleine membrane.

La solution de continuité faite dans l'iris doit être de préférence petite, ainsi que le recommandent MM. de Wecker et Masselon.

Pendant l'iridectomie, un aide maintient le globe oculaire avec la pince qui a servi au chirurgien pendant qu'il pratiquait la section de la cornée. Reprenant la pince de la main gauche et fixant de nouveau l'œil cataracté, le chirurgien déchire avec la pointe du kystitome la cristalloïde antérieure dont l'élasticité, jointe à la pression exercée des parties profondes de l'œil vers la plaie cornéenne, pousse le cristallin en avant.

Une légère pression est exercée avec la spatule sur la partie inférieure du cristallin à travers la cornée. Cette pression fait basculer le cristallin dont le bord supérieur se présente à la plaie cornéenne. On augmente un peu la pression en ramenant la spatule de bas en haut, et la cataracte est expulsée.

A ce moment, l'ophthalmostat est retiré, et une ou deux gouttes de collyre d'ésérine sont versées entre les paupières pour provoquer la contraction de l'iris (de Wecker).

Il y a dans l'opération de la cataracte un temps important qu'on

peut comparer à la toilette du péritoine après l'ovariotomie : je veux parler de la *toilette de la chambre de l'œil.*

En effet, le cristallin cataracté étant chassé de la loge, il reste une nouvelle cavité limitée en avant par la cornée, en arrière par la partie postérieure de la capsule du cristallin et par la zone de Zinn. Sur la périphérie de la nouvelle cavité se trouvent l'iris et la base des procès ciliaires. Ce sont ces procès ciliaires, ce sont également les faces de l'iris qui sont chargés d'exhaler le liquide séreux devant remplacer l'humeur aqueuse qui s'est écoulée pendant l'opération.

Il s'agit maintenant de procéder à la *toilette* de cette nouvelle cavité, et c'est là certainement le temps le plus important de l'opération de la cataracte au point de vue de ses résultats. Voici comment on doit procéder :

1° On chasse le sang épanché ; 2° on expulse les couches corticales molles qui restent très-souvent dans la chambre de l'œil ; 3° on débarrasse la plaie cornéenne des corps étrangers qu'elle peut contenir, caillots, pigment, fragments d'iris ; 4° on remet à leur place les bords de la solution de continuité de l'iris.

C'est lorsque la toilette de la chambre de l'œil n'a pas été faite ou a été mal faite qu'on observe des guérisons incomplètes, des inflammations consécutives, et même l'inflammation avec suppuration du globe oculaire, *panophthalmie.*

Il faut procéder délicatement à la toilette de la chambre antérieure ; la moindre secousse un peu brusque pourrait amener l'issue partielle ou totale du corps vitré, accident qui nécessite impérieusement la cessation de toute manœuvre extérieure.

Pour chasser le sang épanché et les masses corticales, on exerce une légère pression à la partie inférieure du globe oculaire. On presse légèrement et d'une manière cadencée avec l'extrémité de l'index du côté droit, à travers la paupière inférieure, qui sert de coussin au doigt, et on cherche à faire remonter vers la plaie le sang et les masses corticales, dont on peut suivre le mouvement ascensionnel à travers la cornée. En même temps, le pouce du côté gauche exerce une contre-pression à la partie supérieure du globe oculaire par l'intermédiaire de la paupière supérieure. Cette dernière manœuvre peut être faite avec la spatule de corne ou d'écaille appliquée sur la sclérotique, immédiatement au-dessus de la plaie cornéenne.

Tous ces mouvements doivent être faits avec la plus grande douceur ; il ne faut pas craindre de les prolonger jusqu'à ce que le champ pupillaire soit parfaitement pur. D'un autre côté, il faut être fort attentif, exercer une pression très-modérée et craindre toujours l'issue du corps vitré. C'est là le point périlleux de l'opération ; c'est aussi, lorsque cette manœuvre est bien exécutée, la partie la plus satisfaisante au point de vue des suites.

Les corps étrangers de la plaie de la cornée, sang, pigment, fragments d'iris, sont enlevés au moyen d'une pince à mors courbes et minces. On saisit doucement, délicatement, chaque petit caillot, chaque vestige de lambeau, jusqu'à ce que la plaie soit parfaitement nette.

Remettre en place les bords de la division irienne est chose assez facile. On prend la petite spatule de corne et on l'insinue à la partie interne d'abord, à la partie externe ensuite, de la plaie cornéenne, de manière à ramener vers la division de l'iris les deux bords qui la limitent.

Le *pansement* est des plus simples : occlusion de l'œil au moyen d'une bande et d'un léger tampon d'ouate et séjour du malade dans une chambre obscure pendant une huitaine de jours. Quant aux substances employées dans le pansement, elles varient à l'infini, ce qui prouve leur innocuité ou leur inutilité. M. de Wecker et M. Masselon placent au-dessous du tampon de coton une rondelle de tarlatane imbibée d'une solution boratée ; M. Fieuzal emploie l'eau phéniquée ; M. Landolt place sur l'œil un fragment de tarlatane sèche, et il pulvérise de l'eau phéniquée à la surface du tampon d'ouate ; enfin M. Panas met sur la tarlatane une couche de vaseline qui a, sur tous les corps gras, l'avantage de ne jamais rancir.

De l'extraction simultanée de la cataracte et de la capsule du cristallin.

La difficulté de faire une toilette parfaite de la chambre antérieure, la fréquence de la rétention de quelques vestiges de masses corticales à la partie postérieure de la capsule du cristallin, enfin la possibilté d'une cataracte secondaire, ont donné à quelques chirurgiens l'idée d'extraire en même temps le cristallin et sa capsule. Il s'est trouvé des chirurgiens qui, à l'exemple du docteur Castorani (de Naples), n'ont pas hésité à pratiquer cette opération dans tous les cas de cataracte. D'autres, plus réservés et partant plus sages, ont continué à opérer la cataracte comme il a été dit plus haut, réservant à des cas particuliers l'extraction du cristallin cataracté et de sa capsule.

Selon Pagenstecher, Panas et quelques autres, on peut pratiquer cette opération pour les cataractes siliqueuses, pour les cataractes traumatiques et quelques autres.

L'opération se fait ainsi : Le malade est chloroformisé ; la kératotomie supérieure est faite comme dans l'opération ordinaire. Après l'iridectomie, le chirurgien introduit les mors d'une pince à travers la plaie cornéenne et cherche à attirer la capsule du cristallin en même temps que la zone de Zinn et le cristallin lui-même. Cette opération n'est pas très-difficile, car il faut se rappeler que la capsule du cristallin a augmenté d'épaisseur et de consistance. Si les tractions n'amènent pas ces parties au dehors, il ne faut pas hésiter à plonger la curette en arrière du cristallin, dans le corps vitré même, et à extraire l'appareil cristallinien. On constate certainement, dans ce cas, l'issue d'une petite portion du corps vitré, mais on se rend facilement maître de cet accident, et on prévient les accidents consécutifs en appliquant sur l'œil un léger bandage compressif.

REVUE DE LA PRESSE

Ablation d'une tumeur utérine fibro-kystique pendant le travail de l'accouchement. — Une femme de quarante-six ans, vigoureuse, après avoir eu cinq enfants, dont le dernier avait sept ans, était arrivée au terme d'une sixième grossesse. Le travail était commencé, lorsque le docteur Sidney-Turner sentit, par le toucher, une tumeur qui permettait difficilement le passage du doigt jusqu'au col utérin. Cette tumeur avait la forme d'une poire avec un large pédicule inséré à la moitié postérieure du col. Quant au travail de l'accouchement, les douleurs étaient régulières, mais peu accentuées ; on avait affaire à une présentation du sommet.

L'extirpation immédiate de la tumeur fut décidée, et sans perdre de temps deux ligatures de mince ficelle à fouet furent portées sur le pédicule, la supérieure aussi près que possible de la base. Le chloroforme fut administré, puis la tumeur fut séparée au moyen des ciseaux.

Le travail s'accentua et se termina rapidement. Avec la descente du placenta, la ligature inférieure placée sur le moignon du pédicule avait glissé, tandis que la supérieure, c'est-à-dire la plus voisine du col, restait solidement attachée.

La tumeur avait deux pouces de diamètre ; dure et dense, elle était constituée par un grand nombre de kystes variant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à un tiers de pouce. C'était un polype fibro-kystique. Il n'y eut aucun accident sérieux, et la malade guérit parfaitement. (*Courrier médical.*)

Un cas de guérison du diabète sucré. — Le docteur américain, M. S. T..., avait une attaque de rhumatisme aigu. Agé de cinquante-quatre ans, doué d'une constitution robuste, pesant 90 kilogrammes, il avait un excellent estomac, des mœurs frugales ; il était fort actif et n'avait jamais été malade, bien que né de parents scrofuleux. Il guérit parfaitement de son rhumatisme par l'emploi du bicarbonate de potasse, mais aussitôt après il fut pris de polyurie. L'examen des urines démontra la présence de 18 p. 100 de sucre, leur densité était de 1022.

Le docteur T... se soumit aussitôt au régime le plus sévère, ne mangeant aucune substance amylacée ni sucrée. En même temps il prit du sulfure de calcium et de la strychnine. Mais, d'après les tableaux qu'il a dressés lui-même des variations de la quantité d'urine rendue, du sucre et de la densité de cette urine, il a cru devoir attribuer sa prompte guérison bien plus à l'influence du régime qu'à l'action de ces médicaments. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures diminua rapidement et ne fut bientôt plus que d'un litre et demi; la densité tomba promptement à 1020 du chiffre de 1046 auquel elle s'était élevée à un certain moment, enfin la présence du sucre ne laissa plus aucune trace.

Peu à peu le malade put revenir à son régime ordinaire, et, quatorze mois après avoir été atteint du diabète, il put se considérer comme radicalement guéri de cette affection. (*Trib. méd.*)

De l'emploi des bains continus dans la fièvre typhoïde. — Dans la fièvre typhoïde et les autres maladies fébriles, le docteur Reiss (de Berlin) conseille de maintenir constamment le malade dans un bain tiède. La température de 31 degrés lui a paru la plus convenable. Le patient doit reposer sur un drap suspendu comme un hamac au milieu du bain, et il s'y maintient sans trop de peine un jour entier ou même plusieurs jours.

L'auteur a essayé cette méthode de traitement dans quarante-huit cas de fièvre typhoïde; on a commencé les bains du troisième au douzième jour, et la température fut prise toutes les heures ou toutes les deux heures, soit dans le rectum, soit dans l'aisselle. En thèse générale, le bain fut continué, sans interruption, pendant les premières vingt-quatre heures, sauf dans les cas où l'abaissement de la température était prononcé. A partir du second jour, il fut de règle de retirer le malade du bain dès que la température s'abaissait au-dessous de 37°,3, et de l'y replonger dès qu'elle se relevait au-dessus de 38°,6.

Le docteur Reiss déclare avoir obtenu de cette méthode de traitement des résultats très-favorables. Dans les formes cérébrales de la fièvre typhoïde, le délire a rapidement cessé. Pour 42 cas, la durée du traitement par le bain a varié entre sept et trente-huit jours. Sur les 48 malades, 3 seulement moururent, et sur 2 d'entre eux l'autopsie démontra l'existence de la pneumonie. Enfin, dans les cas graves où le bain à 31° n'abaissait pas la température du malade au-dessous de 38°,8, on donna momentanément des bains plus froids, afin d'obtenir l'abaissement de la température que l'on désirait. (*Union médicale.*)

Traitement chirurgical de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — Le docteur Walker Whitehead conseille le moyen chirurgical suivant de prévenir les incontinences nocturnes d'urine chez les enfants.

L'appareil dont il se sert se compose de deux parties : 1° une bougie à boule qui doit avoir exactement la longueur de l'urèthre, et terminée à son extrémité externe par deux anneaux d'argent; 2° un anneau analogue à celui d'un pessaire et destiné à embrasser la verge et le scrotum; on le maintient en place au moyen de deux cordons entourant le scrotum et de deux autres cordons entourant les cuisses. La sonde doit être introduite au moment du coucher et fixée à l'anneau. Elle doit être enlevée à l'heure du lever de l'enfant.

Par ce moyen, le docteur Whitehead rapporte avoir obtenu plusieurs cas de guérison. Il pense que la boule agit comme excitant sur le sphincter vésical et remédie ainsi aux troubles nerveux du col de la vessie qui produisent l'incontinence nocturne d'urine. (*Paris médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

RAPPORTS

Bec-de-lièvre. — M. LANNELONGUE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Nepveu et Guéniot, lit un rapport sur une observation de M. Facieu (de Gaillac) relative à un bec-de-lièvre compliqué qu'il a opéré en faisant la suture de façon à ne pas affronter les bords et à laisser entre eux un écartement de 4 à 5 millimètres, comptant sur la tuméfaction inflammatoire qui suit l'avivement pour faciliter la réunion. Ce procédé aurait donné un bon résultat. M. le rapporteur ne l'en condamne pas moins comme contraire aux principes de la chirurgie moderne qui s'applique à chercher la réunion immédiate.

M. DESPRÈS. M. Facieu a fait volontairement ce que nous faisons, malgré nous, quand nous manquons une opération de bec-de-lièvre. Il est, en effet, arrivé à chacun de nous, après avoir retiré les fils le quatrième jour, de voir la suture manquer, sauf au niveau du point inférieur. Or cela ne veut pas dire que l'enfant ne guérira pas ultérieurement; seulement on n'a qu'une réunion secondaire là où l'on cherchait une réunion primitive. Il ne faut pas laisser poser en principe qu'une mauvaise suture est un bon procédé.

M. TRÉLAT est de l'avis du rapporteur et même de M. Desprès; mais en rapprochant les bords il ne faut pas trop serrer les sutures, car il vaudrait encore mieux les rapprocher incomplètement que de les trop étreindre. Mais il y a loin de là à vouloir ériger en principe qu'il ne faut pas affronter les bords et qu'il faut laisser entre eux un certain écartement.

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire. — M. MONOD lit un rapport sur une note de M. Pozzi relative à un anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle, traité d'abord sans succès par la compression indirecte, puis guéri par la méthode ancienne, c'est-à-dire l'ouverture du sac et la ligature dans la plaie des deux bouts de l'artère divisée. L'opération et ses suites ont été très-simples. Cependant, dans le cours de l'opération, une collatérale, qui donnait du sang, ne put être saisie ni liée par un fil ordinaire. Il fallut recourir à une sorte d'acupressure, c'est-à-dire maintenir le fil placé sur ce vaisseau par un tenaculum ou par une aiguille recourbée. C'est là un bon procédé qui mérite d'être pris en sérieuse considération.

M. FARABEUF a décrit, dans son Précis de médecine opératoire, ce procédé sous le nom de ligature par tenaculum à demeure. Dès 1872, M. Huguier avait recours à cet ingénieux moyen.

M. BERGER. Ce procédé est décrit par Otto Weber sous le nom d'acutopressure.

COMMUNICATIONS

Phlegmon diffus déterminé par des injections sous-cutanées de morphine. — M. TRÉLAT communique le fait suivant : Un homme de soixante ans, ataxique depuis vingt-deux ans, tourmenté par des accès de douleurs fulgurantes, s'injectait lui-même sous la peau de 0,20 à 0,25 centigrammes de morphine par jour.

On sait que les morphiniques sont exposés à des accidents de diverses natures, tels que de petits abcès tubéreux causés par des seringues malpropres ou des abcès d'irritation dus à l'injection d'air ou de gaz méphitiques et qui donnent un pus de couleur brunâtre et d'odeur infecte, ou enfin des abcès multiples se développant dans les points éloignés des piqûres. Or ce malade, en se faisant des piqûres sur la jambe gauche, se donna un phlegmon diffus. Appelé en toute hâte auprès de lui, je trouvai, en effet, tous les signes d'un phlegmon diffus des plus graves. Après quelques difficultés de la part de la famille, j'obtins l'autorisation de faire trois larges et promptes incisions; je fis ensuite des lavages phéniqués et j'appliquai un pansement antiseptique. La guérison fut des plus rapides.

Voilà donc un morphinique qui, se servant d'une solution pleine d'impuretés, s'injecte, pour ainsi dire, un phlegmon diffus quasi-expérimental.

M. MARC SÉE a constaté souvent la présence d'abcès au niveau des piqûres faites pour des injections de morphine, mais il ignorait que la morphine elle-même ou mieux le morphinisme pût être la cause de suppurations apparaissant dans des points éloignés de ceux où ont été faites les piqûres.

Les larges incisions, dans le traitement des phlegmons diffus,

constituent une bonne méthode, mais elles ont l'inconvénient de donner lieu à des cicatrices abominables. C'est pourquoi M. Sée les remplace par un grand nombre de petites incisions de 1/2 centimètre de longueur. Dans ces conditions, les liquides s'écoulent suffisamment et les plaies cicatrisent fort bien.

M. VERNEUIL. Il résulte des observations relatées dans le mémoire de M. Petit que les morphiniques, au point de vue de l'influence des traumatismes, peuvent être assimilés aux alcooliques. Souvent, chez eux, l'opération la plus simple donne lieu à cette suppuration orangée qu'on trouve également chez les diabétiques et les albuminuriques. Chez les ataxiques, le travail de réparation est aussi très-loin de se faire comme chez les sujets sains, ce qui pourrait expliquer l'apparition d'un phlegmon diffus chez le malade de M. Trélat.

Relativement au traitement du phlegmon diffus, il est bien certain qu'il y a été apporté de grandes et d'heureuses modifications. Je m'élève, comme M. Sée, contre ces énormes balafres pratiquées encore par un grand nombre de chirurgiens, et je ne saurais trop insister sur les avantages du bain phéniqué et des pansements antiseptiques.

M. TILLAUX, contrairement à MM. Sée et Verneuil, est partisan des grandes incisions.

M. TRÉLAT fait observer que ces grandes incisions sont absolument nécessaires dans les cas où il y a mortification du tissu cellulaire. Il rappelle qu'il emploie depuis plus de dix ans les bains antiseptiques ; seulement, au lieu d'acide phénique, il se servait d'alcool camphré.

Abcès des os.— M. TRÉLAT communique un second fait qui n'a aucun rapport avec le premier. Il s'agit d'un jeune homme de trente-deux ans, employé au Télégraphe, grand, blond, élancé, mais sans aucune trace d'anciennes manifestations strumeuses. Ce jeune homme, qui depuis un an menait une vie assez pénible, avait vu reparaître d'anciennes douleurs sur le tibia du côté gauche. Cet os, volumineux et gonflé, était le siège de douleurs constantes avec exacerbations nocturnes. A quatorze ans, cet individu avait eu une maladie mal définie sous le nom de fièvre de croissance, et, vers l'âge de seize ans, il avait eu une série d'abcès dont plusieurs siégeaient sur le tibia du côté gauche. La partie supérieure de cet os resta longtemps douloureuse. Ce malade, en un mot, avait présenté tous les signes d'une ostéite juxta-épiphysaire pendant la croissance. Sous l'influence d'un repos de plusieurs jours à l'hôpital et de l'iodure de potassium, ces douleurs, pour lesquelles il s'était présenté à Necker, disparurent à peu près complètement; cependant il restait un petit point parfaitement limité, qui demeurait très-sensible à la pression. Étant sorti pendant quelques jours, il rentra avec tous les signes d'un abcès chaud.

Incision de 10 centimètres, suppuration sans communication apparente avec l'os, incision et écartement du périoste sous-jacent, constatation d'une hyperostose, mais pas de fistule, ni de cloaque, ni d'ouverture d'aucune sorte, application d'une première couronne de trépan traversant une ostéite condensante, puis arrivant sur un tissu spongieux, mais ne donnant issue à aucune goutte de liquide; application d'une seconde couronne un peu plus haut; résection du pont intermédiaire aux deux ouvertures, arrivée dans un abcès intra-osseux; suture des deux extrémités de la plaie osseuse, gros tube à drainage laissé dans le fond de la plaie, suture des parties molles, en laissant seulement les deux orifices dans lesquels passait le tube, guérison très-rapide. Ce malade serait aujourd'hui complètement guéri, sans l'existence d'une petite fistule qui n'a pas la moindre importance.

M. LABBÉ. Dans le diagnostic des abcès des os, on tire un renseignement très-important de la connaissance d'une affection osseuse antérieure et aussi de la constatation d'un point, si limité qu'il soit, où se trouve le maximum de la douleur. Ce trajet fistuleux qui persiste, s'il présente une certaine étendue, ne laisserait pas que de m'inquiéter un peu pour l'avenir, comme pouvant devenir le point de départ de nouvelles poussées inflammatoires. Je ne recherche pas volontiers, dans ces cas, la réunion par première intention; quand une surface osseuse a été creusée, il y a tout avantage à s'assurer que la cicatrisation se fera de la profondeur vers la superficie.

M. LANNELONGUE. L'abcès extérieur trouvé au-devant du tibia était-il bien réellement sans communication avec l'abcès intra-osseux? Ces communications sont parfois extrêmement difficiles à trouver, mais elles n'en existent pas moins. Cette communication peut se faire aussi bien de la superficie à la profondeur que de la profondeur à la superficie.

Le diagnostic des abcès des os est, en somme, assez facile; il repose surtout sur l'existence d'une maladie antérieure et sur la constatation du point limité douloureux dont vient de parler M. Labbé. Ce sont là deux points de la plus haute importance pour le diagnostic. On trouve soit une ou plusieurs cavités osseuses, soit un séquestre. Ces cavités contiennent un liquide séreux ou purulent. Le diagnostic est ici d'autant plus important que l'intervention chirurgicale est le seul moyen d'obtenir la guérison.

M. TILLAUX. Le diagnostic d'un abcès intra-osseux est en effet assez facile dans les cas où l'on acquiert la certitude qu'il a existé une ostéite antérieure. Mais, dans les cas où ce renseignement fait défaut et où l'on n'a que des signes pour asseoir le diagnostic, on peut très-bien confondre un abcès intra-osseux avec un sarcome. C'est ce qui m'est arrivé sur un jeune homme chez lequel j'avais diagnostiqué l'existence d'un abcès de l'extrémité supérieure de l'humérus. Dans le cours de l'opération, je reconnus que j'avais affaire à un ostéo-sarcome qui m'obligea à faire une résection au lieu d'une simple trépanation. Le diagnostic n'est donc pas toujours facile entre un abcès central et un sarcome central.

M. BERGER. M. Gosselin a décrit une variété d'ostéite hypertrophique à formes névralgiques dans laquelle on constate à peu près tous les signes d'un abcès central. On trépane et on ne trouve rien; mais la trépanation n'en est pas moins très-efficace dans ces cas, de telle sorte qu'on n'a pas à regretter son erreur de diagnostic.

M. TRÉLAT. J'ai indiqué dans mon observation le point douloureux sur lequel ont insisté MM. Labbé et Lannelongue. Le trajet fistuleux qui persiste chez mon malade est sans la moindre importance, et il n'y a pas à s'en préoccuper. Je puis certifier à M. Lannelongue qu'il n'y avait aucune espèce de communication entre l'abcès extérieur et l'abcès central; le premier n'était qu'un abcès de voisinage. A M. Tillaux je ferai observer que, chez son malade, il n'existait pas de maladie antérieure; or il faut, pour établir le diagnostic d'abcès intra-osseux, toute une histoire pathologique antérieure, tout un long processus avec des intermittences et des exacerbations. Ceci manquait chez le malade de M. Tillaux.

Je connais le travail de M. Gosselin sur l'ostéite hypertrophique à forme névralgique; mais je conserve quelques doutes sur l'existence de cette maladie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 mars 1881, M. Daubier, sergent de visite à l'École de médecine et de pharmacie militaires, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours, pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé par la nomination de M. Leidié, interne en pharmacie à la Pitié.

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite de brillants concours, ont été nommés: médecins-adjoints, MM. les docteurs Richaud et Fallot; chirurgien-adjoint, M. le docteur Gamel.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Pitres, professeur d'histologie et d'anatomie générale est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Mabit, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Giraud, directeur de l'asile d'aliénés de Maréville (près Nancy) où

il est décédé subitement le 9 mars 1881, dans sa soixante-huitième année. M. Giraud était directeur de cet asile depuis 1865, après avoir été médecin en chef des asiles de Marseille et Châlons. Il avait été élevé sur place au grade de directeur de première classe. Notre savant confrère était le frère de M. Ch. Giraud, de l'Institut.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Mayer-Goudchaux Worms, médecin principal en retraite, décédé à Paris le 8 mars 1881, à l'âge de soixante-douze ans; et de M. le docteur Dubouchet (de Valence) qui vient de succomber à la suite d'une courte maladie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur G. Hayem commencera son cours de thérapeutique et matière médicale le samedi 19 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 14 mars 1881, à trois heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audiences de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Sur un cas de simulation de surdi-mutité, par M. Hanot. — II. Demande de consultation sur une question d'assurances sur la vie, par M. Guerrier. — III. Communications diverses.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le registre des inscriptions pour la licence sera ouvert au secrétariat de la Faculté pendant les quinze premiers jours des mois d'avril, de juillet et de novembre pour l'année scolaire 1881-1882. La première session pour les trois licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1881 et la seconde du 1er au 15 novembre prochain. Les candidats seront tenus de s'inscrire et de consigner en même temps à la Faculté les droits de ce grade. L'inscription sera close huit jours avant l'ouverture de la session.

— Les étudiants ne seront admis à suivre les conférences complémentaires des cours qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundi, mercredi, jeudi et vendredi de chaque semaine, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Lippmann, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique, traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin. Ces conférences auront lieu tous les mardis et samedis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques.

M. Jeannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie le mardi et le samedi de chaque semaine, à huit heures et demie du matin, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique le mardi et le samedi de chaque semaine, à dix heures et demie du matin, au laboratoire de la rue Gerson, ainsi que des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Sainte-Claire Deville et Troost.

M. Salet, maître de conférences, fera tous les mercredis et les vendredis, à trois heures et demie, des conférences sur l'application à la chimie de l'étude des phénomènes lumineux et calorifiques et sur divers sujets indiqués par M. le professeur Wurtz, comme complément de son cours.

Les conférences et les manipulations pour la licence ès sciences physiques auront lieu sous la direction de M. Riban, maître de conférences, le lundi, le mercredi, le jeudi et le vendredi de chaque semaine, à neuf heures du matin.

M. J. Chatin, maître de conférences, fera tous les mercredis et vendredis, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joliet, maître de conférences. fera au laboratoire de zoologie expérimentale, tous les mardis, à huit heures du soir, et tous les jeudis et samedis, à deux heures, des conférences sur des sujets indiqués par M. le professeur Lacaze-Duthiers.

M. Vélain, maître de conférences, fera, le lundi et le jeudi de chaque semaine, à neuf heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, dans le laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains.

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. — Paris, 1881, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10901.

N° 31. — MARDI 15 MARS 1881. 54e ANNÉE. MARDI 15 MARS 1881. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

(SESSION DE 1881.)

Statuts.

Article premier. — La septième session du Congrès médical international, s'ouvrira à Londres le mardi 2 août 1881 au « College of Physicians », Pall Mall, où les comités chargés de cette fonction recevront les membres de quatre heures à sept heures du soir. Les séances scientifiques commenceront le mercredi 3 août et finiront le mardi 9 août.

L'inscription des membres du Congrès et la distribution des cartes d'entrée se feront le 2 août et les jours suivants, pendant la durée du Congrès, au bureau du Comité d'admission au « College of Physicians », Pall Mall, de neuf heures du matin à cinq heures du soir.

On peut se faire délivrer ces cartes à l'avance en envoyant au Comité d'admission le montant de la cotisation et une demande revêtue d'un caractère authentique.

Art. 2. — Le Congrès sera composé de médecins et de chirurgiens, dûment autorisés à exercer dans leur pays, qui se seront fait inscrire sur les registres du Congrès et qui auront retiré leur carte d'entrée. La cotisation est fixée à une guinée (26 fr. 25) et doit être versée au moment de l'inscription et avant de pouvoir assister aux séances. Tout membre du Congrès aura droit à un exemplaire des procès-verbaux dès qu'ils auront été publiés.

Art. 3. — Les dames invitées par le Comité d'admission pourront être admises aux réceptions; mais elles ne pourront assister aux délibérations.

Art. 4. — Les travaux du Congrès seront répartis entre quinze sections, et il y aura une exposition d'objets et d'appareils scientifiques intéressants au point de vue de l'art médical.

Art. 5. — Il a été nommé un président, un vice-président et un secrétaire-général du Congrès, et, dans chaque section, un président, des vice-présidents et des secrétaires; mais il sera procédé aux élections définitives par le Congrès lors de sa réunion, le 3 août. Il sera en outre procédé à l'élection d'un certain nombre de présidents honoraires du Congrès. Les différentes sections éliront aussi des présidents honoraires.

Art. 6. — La première assemblée générale du Congrès aura lieu le mercredi 3 août, à dix heures du matin, à Saint-James's Hall, Regent Street, quand le Congrès sera constitué; le président fera un discours d'inauguration, et le même jour, à trois heures, les sections se réuniront dans les salles qui leur seront désignées pour commencer leurs travaux. Le Congrès se réunira par la suite deux fois par jour : de dix heures à une heure pour les séances des sections, et de quatre heures à cinq heures et demie pour les assemblées générales. Toute section désirant une prolongation de séance pourra se réunir de deux heures à trois heures et demie.

Art. 7. — Les assemblées générales se réuniront :

1° Pour délibérer sur toutes les questions générales qui intéressent le Congrès;

2° Pour recevoir les communications offrant un intérêt scientifique plus général que celles qui sont faites aux sections.

Art. 8. — Les sujets de discussion adoptés par les différentes sections seront exposés par un membre désigné par le bureau de la section. Les membres chargés d'entamer la discussion devront poser des conclusions qui serviront de base aux débats.

Art. 9. — Les membres du Congrès qui se proposent de donner lecture de leurs communications à une section quelconque, devront en informer les secrétaires de cette section en leur envoyant un résumé de leur travail avant le 30 avril 1881. Ces résumés seront regardés comme confidentiels et ne seront pas publiés avant la réunion du Congrès. Tout membre du Congrès désireux de proposer un sujet de discussion qui ne figure pas au programme des travaux, devra en donner avis au secrétaire-général vingt et un jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le bureau de chaque section décidera s'il y a lieu d'adopter les sujets qui lui sont proposés et à quelle époque ils seront discutés. Il ne sera pas reçu de communications ayant déjà été publiées.

Art. 10. — Tous les discours et communications faits soit aux assemblées générales soit aux sections, devront être immédiatement remis aux secrétaires. Le Comité exécutif procédera, après le Congrès, à la publication des procès-verbaux et se réserve plein pouvoir pour le choix des travaux à publier soit en entier soit en partie.

Art. 11. — Les langues officielles sont l'anglais, le français et l'allemand. Aucun orateur ne pourra avoir la parole plus de dix minutes, cependant les membres chargés d'ouvrir les débats et ceux qui liront les communications auront droit à quinze minutes.

Il est à désirer que la durée de la discussion d'un sujet quelconque ne dépasse pas une heure.

Art. 12. — Les statuts, programmes des travaux et résumés des communications, seront publiés en anglais, en français et en allemand.

Les communications et discours figureront aux procès-verbaux dans la langue dans laquelle ils ont été rédigés. Les débats seront imprimés en anglais. Afin d'obtenir une plus grande exactitude et de faciliter la publication des procès-verbaux, les orateurs sont priés de remettre aux secrétaires des sections, avant la fin de chaque séance, le résumé écrit de leurs discours.

Art. 13. — Le président de chaque section dirigera les débats conformément aux règles généralement adoptées dans les assemblées délibérantes.

Il fixera l'ordre du jour de concert avec les membres du bureau de la section.

Art. 14. — Le Comité exécutif se réserve le droit d'admettre aux séances des étudiants en médecine et autres personnes intéressées aux travaux du Congrès, sur la recommandation du Comité exécutif ou du bureau d'une section et moyennant un droit d'entrée d'une demi-guinée. Les personnes ainsi admises aux séances ne pourront prendre part aux débats.

Art. 15. — Les demandes de renseignements relatives aux travaux des différentes sections devront être adressées aux secrétaires de ces sections.

Toutes les autres communications devront être adressées au secrétaire-général honoraire, M. William Mac Cormac, esq., 13, Harley street, London, W.

Musée.

Pendant la durée du Congrès, il sera ouvert dans les salles de la Société de géologie un musée temporaire. On y admettra tous les objets nouveaux et rares relatifs à la marche et au progrès des maladies et des lésions causées par des accidents. Le Comité chargé de l'organisation du musée sera heureux de recevoir tous les dessins, modèles et photographies qu'on voudra bien lui prêter et pour l'exposition la plus avantageuse desquels toutes les mesures nécessaires seront prises. Le musée se composera probablement d'objets fort divers; mais les sujets sur lesquels l'attention devra se porter plus spécialement seront ceux dont la liste suit :

A. Méthodes diverses de préparer, de monter et de conserver les spécimens.

B. Groupes spéciaux de lésions et résultats de maladies, illustrés par des dessins, modèles, photographies, moulages et préparations.

1. *Lésions des os.* — Fractures récentes ou anciennes de l'extrémité inférieure du radius. — Préparations montrant la réunion des os à la suite des fractures transversales de la rotule. — Exemples rares de fracture, dislocation et séparation des épiphyses. — Réparation des os du crâne et surtout de la base du crâne. — 2. *Maladies des os.* — Ostéite raréfiante. — Scolioses et difformités pelviennes. — Exemples de nécrose sèche. — Ostéomalacie. — Exemples de rachitisme chez les animaux inférieurs. — 3. *Résultats d'opérations.* — État des artères à la suite de ligatures faites avec de la corde à boyaux et autres. — Ostéotomie du genou valgus. — Préparations montrant la réparation des os après excision des articulations. — 4. *Maladies des articulations.* — Maladie de Charcot. — Exemples rares d'arthrite et de goutte rhumatismale. — 5. *Maladies de la peau.* — Ulcus rodens et autres maladies cancéreuses de la peau. — Molluscum contagiosum. — 6. Maladies parasites et autres qui sont particulières à certains pays. — Pied de Madura, Ainhum, etc. — 7. Lymphadénome. — 8. Hydrocéphale externe. — 9. Spécimens rares et remarquables de pathologie comparée tirés d'animaux inférieurs ou de végétaux.

Le Comité examinera avec attention s'il y a lieu d'admettre les spécimens et dessins relatifs à d'autres maladies spéciales et d'une importance particulière qui lui seraient soumis.

Le Comité du musée, en même temps, sera heureux de recevoir et d'exposer tous les dessins et préparations qui auront servi à illustrer les travaux présentés aux diverses sections ou se rapportant aux sujets de discussion.

Il sera aussi fait des arrangements pour l'exposition d'un nombre limité d'objets microscopiques. Dans bien des cas, il sera sans doute préférable de fixer et de faire savoir à l'avance le jour des expositions des séries spéciales, afin que l'exposant puisse être présent et donner les explications nécessaires.

C. Il sera pris des mesures pour exposer par groupes, à des dates fixées à l'avance, des *sujets vivants atteints de certaines maladies rares*. Le Comité sera tout particulièrement reconnaissant aux membres du Congrès qui voudront bien lui prêter leur concours. Au cas où un membre désirerait exposer un sujet atteint d'une maladie exceptionnellement rare, dont il n'est pas fait mention ici, il est probable que le sujet pourra être exposé, à la condition que le Comité soit prévenu à temps. Chaque groupe de spécimens vivants sera accompagné d'un groupe spécial de préparations et de dessins explicatifs.

Voici la liste des affections que le Comité se propose de soumettre de cette manière à l'inspection des membres du Congrès : I. Maladie d'Addison (peau bronzée et maladie des capsules surrénales). — II. Coïncidence de la goutte véritable avec l'arthrite rhumatismale. — III. Maladie des articulations de Charcot. — IV. Myxœdème. — V. Maladies syphilitiques des os simulant la scrofule et le rachitisme chez les enfants. — VI. Ostéomalacie. — VII. Atrophie musculaire primaire. — VIII. Rupture du plexus brachial et d'autres grands réseaux nerveux. — IX. Morphée. — X. Kéloïde d'Alibert et sa disparition spontanée. — XI. Lèpre véritable. — XII. Lupus érythémateux. — XII. Xanthélasma.

Toutes les communications concernant cette section doivent être adressées à M. H.-H. Clutton, esq., 16, Palace Road, St. Thomas's Hospital, London, S. E.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

De l'action de l'alcool sur l'économie et de son emploi chez les enfants.

I

L'alcool est une substance que je prescris fréquemment chez les enfants, et qui doit être étudiée au point de vue de ses composés, de ses propriétés et de son emploi. Je ne vous ferai pas ici son historique, médicalement parlant; je me bornerai à vous dire qu'on l'a employé de tout temps, et, lorsque Broussais et son école abandonnèrent la médication stimulante pour la remplacer par les saignées et les purgatifs, ils trouvèrent en face d'eux l'école de Laennec, de Louis et de Chomel affirmant les cas où l'alcool pouvait être donné sans crainte de brûler l'économie. J'ai vu Gendrin aussi le prescrire même à haute dose dans la pneumonie.

L'alcool peut se donner sous différentes formes : eau-de-vie, vin de Malaga, vin du Midi, vin de Bordeaux, vin de Champagne, bières, etc. Les eaux-de-vie sont de plusieurs espèces, naturelles ou frelatées, vieilles, etc.; malheureusement on n'en fait plus guère avec du vin seulement, mais avec de l'alcool de grains, de betteraves ou de pommes de terre, et, par suite, elles contiennent des huiles empyreumatiques, qui sont un véritable poison.

L'eau-de-vie n'est pas le meilleur des alcools, les vins lui sont préférables; le bordeaux était le plus recherché parce que ses proportions d'alcool étaient bonnes, et bonne aussi sa composition par le fer qu'il renfermait. Malheureusement il n'y en a presque plus de pur, non plus, et les vins de Bordeaux sont aujourd'hui coupés. Ce n'est pas que le coupage, qui consiste à mêler un vin à qualités odorantes avec un vin à qualités alcooliques, soit en lui-même une mauvaise préparation; mais ce qui est détestable, c'est que ce coupage est souvent additionné d'alcool de grains et constitue alors ce que l'on appelle le vinage. C'est par wagons, c'est par millions de litres, que l'alcool de grains arrive aujourd'hui à Bordeaux. Aussi le vin de Bordeaux, ainsi préparé, ne nous rend-il plus de services dans le traitement des maladies, et nous devons reconnaître que presque tous les vins qui arrivent maintenant à Paris sont ainsi vinés.

Ce que je dis ici du vin de Bordeaux, je puis le dire avec tout autant de raison des bières que nous avons actuellement et qui, au lieu d'être le résultat de l'infusion du houblon et de la fermentation de l'orge, sont falsifiées au moyen de substances amères.

Les Anglais, pour conserver la bière plus longtemps et

lui permettre de supporter des transports à longue distance, ajoutent à la bière de la fausse angusture, principe stimulant bon dans la dyspepsie de l'enfant comme de l'adulte. C'est ainsi que le pale ale, par exemple, renferme de la noix vomique en très-petite quantité.

Telles sont les préparations alcooliques usuelles à côté desquelles nous trouvons les teintures, les mixtures et les vins de quinquina. Ces derniers ne réalisent plus pour moi le but que l'on se propose quand on les prescrit, parce qu'ils sont fabriqués avec des vins plus ou moins vinés et coupés; et, lorsque l'on administre ces vins trop riches en alcool, on risque d'aller contre les indications à remplir et l'on amène des dyspepsies.

On a beaucoup discuté pour savoir si l'alcool était un aliment ou un stimulant, une substance calorifique ou refroidissante, un régulateur des fonctions vitales.

A dose modérée, l'alcool est un excitant du système nerveux tandis qu'à dose élevée ou toxique il détruit les puissances cérébrales et la force motrice. L'analyse du sang et des viscères a démontré la présence d'une quantité d'alcool presque aussi grande que celle qui a été prise, prouvant ainsi qu'il pénétrait dans l'économie sans s'y décomposer. Mais d'autres recherches ont montré aussi que l'alcool s'oxydait en partie, se transformant en partie en aldéhyde, en acide carbonique, en acide acétique, etc., tandis que la quantité d'acide carbonique exhalé par les individus était moins considérable.

Il se fait donc chez les individus qui ont pris de l'alcool une oxygénation moindre, une combustion respiratoire moins considérable. Le fait est si vrai que la température du corps s'abaisse. Ceci s'observe surtout chez les malades en proie à des phénomènes fébriles, dont la température, surélevée par leur état pathologique, se trouve alors abaissée non par dixièmes de degré seulement, mais bien par degrés entiers, sous l'influence de l'alcool. D'autre part, lorsque le corps se trouve pour une cause quelconque refroidi à l'excès, l'alcool le réchauffe grâce à ses propriétés de combustion lente et tend à le rapprocher de la normale. L'alcool est donc un véritable régulateur de la température du corps.

L'alcool, pris chaque jour à dose modérée, à 50 grammes par exemple, a la propriété d'engraisser et d'augmenter le poids des individus; il est donc aussi un aliment. Ainsi, à cette dose, il est très-bon contre la tendance à l'amaigrissement, contre le refroidissement au grand air ou par suite de travaux excessifs. A dose exagérée, il produit l'ivresse et les réfrigérations. Il est donc un excitant d'une certaine façon; c'est un aliment conservateur de la graisse, un aliment d'épargne qui économise les forces, et abaisse ou élève la température selon les doses auxquelles il est administré.

Son absorption se fait par bien des voies. D'abord par l'estomac, cela va de soi; mais, si l'alcool est trop concentré, son absorption est plus lente, il provoque l'irritation de la muqueuse gastrique, produit une hypersécrétion, et donne lieu à des accidents de gastrite chronique. L'alcool est avide d'eau, et, s'il ne rencontre pas dans l'estomac la quantité voulue, il produit facilement la dyspepsie. Il faut donc ajouter à la préparation sous laquelle on l'emploie une petite quantité d'eau.

Les voies respiratoires absorbent énergiquement l'alcool; c'est ainsi que l'on voit l'ivresse se produire autour des cuves qui renferment de l'alcool en fermentation, par le dégagement d'éther qui s'y fait.

L'alcool absorbé agit sur la circulation. A dose modérée, il accélère le pouls, augmente son ampleur, diminue sa tension, et, pendant que les vaisseaux périphériques sont dilatés, la peau se colore, le visage s'anime et devient turgescent, la température s'élève et les battements du cœur sont légèrement plus précipités.

A haute dose, à dose toxique, au contraire, la circulation est ralentie, le pouls devient petit et dur, les extrémités se refroidissent, la circulation capillaire se trouve modifiée.

L'on retrouve presque tout l'alcool consommé dans le sang sauf la partie qui a été oxydée, et, si la dose d'alcool a été trop considérable, on constate une déformation des globules blancs du sang.

A petite dose, la respiration est accélérée et plus facile, l'évaporation pulmonaire est stimulée; tandis qu'à haute dose, au contraire, la respiration est ralentie, et l'on remarque une diminution de l'acide carbonique exhalé, par suite d'une combustion moindre.

A dose modérée, l'alcool produit une excitation cérébrale ainsi qu'une certaine excitation musculaire, et la fatigue physique et morale tend à disparaître. Par contre, les doses élevées amènent la paresse, elles rendent le travail intellectuel pénible, elles diminuent chez les individus la faculté de reproduire ce qu'ils savent, la langue devient pâteuse, la parole embarrassée, et, si la dose est très-forte, elle peut amener le délire, voire même le delirium tremens et la folie furieuse. Elle diminue aussi la motilité, et cela explique pourquoi l'ivrogne, lorsqu'il fait une chute, se fracture beaucoup moins que tout autre les membres. C'est de là qu'est venu le proverbe « qu'il y a un Dieu pour les ivrognes ». Il tombe en masse, les membres alourdis. Pendant l'ivresse les luxations sont beaucoup plus faciles à réduire, ce qui a inspiré autrefois, avant la découverte du chloroforme, à quelques chirurgiens l'idée d'enivrer leurs malades par l'alcool dans les cas de luxation à réduire. La sensibilité est également diminuée chez les individus qui ont l'habitude de prendre l'alcool à haute dose.

L'encéphale est congestionné; ses capillaires sont dilatés par l'alcool à dose modérée, tandis que les doses élevées produisent l'anémie cérébrale.

Enfin la température centrale est peu influencée par l'alcool à dose modérée; elle présente un certain abaissement si la dose est un peu forte, abaissement qui peut aller jusqu'à deux degrés, si la dose est élevée, surtout chez les fébricitants.

ACCÈS DE SOMNAMBULISME SPONTANÉ ET PROVOQUÉ.

Prévention d'outrage public à la pudeur. Condamnation. — Irresponsabilité. — Appel, infirmation et acquittement. — Relation médico-légale (1).

Par M. le docteur A. Motet.

Dans son audience du 26 janvier 1881, la Chambre des appels de police correctionnelle a infirmé un jugement du Tribunal de première instance condamnant à trois mois de prison, sous la prévention d'outrage public à la pudeur, le nommé D... (Émile).

Cet homme avait été arrêté le 18 octobre 1880, à huit heures et demie du soir, par des agents du service des mœurs, en surveillance aux environs d'un urinoir public, rue Sainte-Cécile.

Ces agents affirmaient avoir vu beaucoup de choses et avoir

(1) Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mars 1881.

constaté que D... était resté près d'une demi-heure dans l'urinoir. Ils prétendaient même que D... avait provoqué l'un d'eux; dans tous les cas, ils ne pouvaient dire que la provocation se fût adressée à aucune autre personne.

D..., brusquement entraîné par eux, protesta en vain de son innocence. On le conduisit au poste de police, de là au dépôt. Dans les trois jours, il fut jugé, condamné, envoyé à la prison de la Santé. Il y arriva malade et fut placé à l'infirmerie.

Il y eut ceci de particulier que D... resta dans un état de demi-hébétude depuis son arrestation jusqu'à son arrivée à la prison de la Santé. Il ne se souvient pas d'avoir été jugé. Deux gardes de Paris l'ont pris sous les bras, l'ont presque enlevé du banc de la Chambre de police correctionnelle; c'est dans la salle d'attente des prévenus qu'il sortit de son état de stupeur et qu'il apprit qu'on venait de le condamner à trois mois de prison. — Il n'avait prévenu personne, il n'était assisté de personne; et, pendant que ces faits se succédaient, son patron, l'un de ses ouvriers, et le cousin de D... le recherchaient de tous côtés. On le savait très-souffrant; le jour de sa disparition, il avait eu d'abondantes hémoptysies; il était sorti pour aller chez son médecin, qu'était-il devenu? On le chercha à la Morgue, on alla à l'Assistance publique, on ne retrouva nulle part sa trace; ce fut seulement cinq jours après qu'il écrivit à son patron.

Or D... était entré au mois d'avril 1879 dans le service de M. le docteur Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine; il y avait passé près de six mois. Il ne se doutait pas de son état; ce dont il se plaignait surtout, c'était de perdre beaucoup de sang par une tumeur fongueuse située au-dessous et en dehors du mamelon gauche. On s'aperçut bientôt qu'il avait des accès de somnambulisme nocturne. M. le docteur Mesnet, relevant chez ce malade la prédominance du tempérament nerveux, des exagérations féminines, lui trouvant de nombreux points anesthésiques, pensa qu'il serait possible de substituer aux accès de somnambulisme spontané des accès de somnambulisme provoqué, et ses prévisions furent justifiées. C'est dans ces conditions que nous avons pu l'observer à l'hôpital Saint-Antoine, qu'un grand nombre de médecins et d'élèves assistèrent à des faits du plus haut intérêt, qui, pour être extraordinaires, n'en étaient pas plus imprévus pour cela, et ne différaient pas après tout de ce qui, aujourd'hui, a été maintes fois constaté par les médecins qui s'occupent plus particulièrement des affections nerveuses.

Dès que l'arrestation de D... nous fut connue, nous considérâmes comme un devoir de lui venir en aide. Ce que nous savions de son passé pathologique nous commandait d'intervenir; appel fut interjeté; une expertise fut ordonnée, et M. le président de la Chambre des appels de police correctionnelle nous fit l'honneur de nous la confier.

Voici le rapport médico-légal que nous avons déposé le 6 janvier 1881.

Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, commis le 24 novembre 1880 par un arrêt de la Cour d'appel, Chambre des appels de police correctionnelle, à l'effet de constater l'état mental du nommé D... (Pierre-Louis-Émile), prévenu d'outrage public à la pudeur, après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces du dossier, recueilli tous les renseignements de nature à nous éclairer et visité D... à plusieurs reprises, avons en notre honneur et conscience rédigé le rapport suivant :

Les antécédents pathologiques de D... nous sont depuis longtemps connus : nous avons pu suivre cet homme dans le service de M. le docteur Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine. Là, soumis à une observation d'autant plus attentive que la curiosité scientifique était plus vivement excitée, D... a pu être étudié à loisir par le chef de service, par les élèves et par un grand nombre de médecins. Les troubles nerveux et intellectuels qu'il a présentés pendant plusieurs mois ont été notés jour par jour, et ces notes, mises à notre disposition, nous permettent de donner à la Cour des éléments sûrs pour l'appréciation de la responsabilité du prévenu.

L'outrage public à la pudeur qu'on reproche à D... pourrait bien n'être qu'un épisode dans une série de troubles complexes; se réduire, en dernière analyse, à l'un de ces actes automatiques si communs dans ce que l'on est convenu d'appeler « *l'état de condition seconde* », état que nous avons vu survenir maintes fois chez D..., soit spontané, soit provoqué.

D... est un jeune homme de 28 ans, assez bien constitué, avec une prédominance marquée du tempérament nerveux; intelligent, mais d'une susceptibilité émotive extrême; s'il a toutes les apparences extérieures de la virilité, il n'a rien de viril dans le caractère : le féminisme domine chez lui. Il est timide, il a la voix douce, le regard souvent langoureux; ses allures sont suspectes, et nous ne sommes pas surpris qu'on ait soupçonné chez lui des habitudes de pédérastie, il a les manières des hommes qui les présentent, mais il n'en porte aucune trace.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital Saint-Antoine, il n'a jamais donné lieu de suspecter sa moralité. L'attention éveillée de ce côté n'a pas même permis de constater des habitudes de masturbation. Pourtant, de l'aveu même de D..., elles ont existé dans sa première jeunesse; depuis, il s'est livré avec excès au coït. Ces excès ne semblent pas étrangers aux accidents nerveux dont il est atteint.

Les antécédents de famille de D... sont peu importants à relever. Sa mère et l'une de ses sœurs sont des femmes nerveuses, hystériques; son père est un homme d'un caractère vif, emporté; mais on ne trouve chez ses ascendants ni troubles cérébraux, ni maladies nerveuses à forme convulsive. Sa première enfance a été indemne de maladies graves; le premier fait pathologique qui ait appelé l'attention date du mois d'août 1877.

D... au service militaire, comme infirmier, en garnison à Lyon (1873), était resté environ dix-huit mois dans cette ville. Il fut envoyé de là à l'hôpital militaire de Vichy. Sa santé était excellente alors; il était vigoureux, avait de l'embonpoint; son poids était de 80 kilogrammes. A Vichy, il trouva de nombreuses et faciles occasions de plaisirs; il en abusa, et sa santé s'altéra.

Le 15 août 1877, il était à la campagne avec des camarades et des femmes. Au milieu du dîner, en dehors de toute intervention d'excitants alcooliques, il fut pris d'un frisson suivi d'un très-grand malaise. Il s'affaissa, perdit connaissance; on le crut mort, il revint lentement à lui. Le premier sens qui se réveilla fut le sens de l'ouïe; il entendait ce qu'on disait autour de lui. Immobile, dans l'impossibilité absolue d'articuler une parole, il entendit le médecin principal de l'hôpital militaire prononcer les mots d' « attaque d'épilepsie ». Il voulait protester, il ne le pouvait pas. Le même jour il eut trois crises semblables; transporté à l'hôpital, il y resta six semaines, ayant d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, des accès de même nature; peu à peu ils s'éloignèrent, et, quand on le trouva mieux, on lui accorda un congé qu'il passa dans sa famille.

Il quitta définitivement le service militaire au mois de novembre 1877, vécut presque une année à la campagne, chez ses parents. L'ennui le prit, il vint à Paris vers la fin de 1878 et entra à la Compagnie du chemin de fer de Lyon. Il fut envoyé comme comptable à Villeneuve-Saint-Georges. Bon employé, très-aimé de ses camarades, il paraissait heureux de sa situation, désireux de la conserver. Un jour, il vint passer une après-midi à Paris; le soir, il allait rentrer à son poste, quand, sur la place de la Bastille, il fut pris brusquement de l'une de ses attaques. Ses camarades le transportèrent dans un hôtel, rue de la Cerisaie, pensant qu'un peu de repos suffirait pour le remettre. Il resta là vingt jours, ses ressources s'épuisaient; le médecin qui le visitait lui donna le conseil d'entrer à l'hôpital Saint-Antoine; il fut admis au mois d'avril 1879, dans le service de M. le docteur Mesnet.

Nous avons insisté sur ces préliminaires. Il nous semblait nécessaire d'établir nettement que D... était depuis longtemps déjà malade, au moment de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine. Les troubles qu'il y a présentés étaient d'une nature peu commune. Des observateurs peu expérimentés les avaient méconnus; il s'en trouva d'autres qui, désorientés, se réfugièrent dans une incrédulité plus systématique que scientifique. Pour ceux, au contraire,

qui, plus habitués aux troubles nerveux, trouvaient en D... un sujet d'intéressantes études, il n'y eut bientôt plus qu'une névrose complexe, et il fut possible de reproduire, à volonté, des phénomènes que, dans des cas analogues, ont observé d'autres expérimentateurs.

Nous ne saurions entrer dans tous les détails que renferme l'observation complète de D...; nous résumerons brièvement les faits principaux, nous bornant à mettre en relief les grands traits de la maladie.

D... est atteint, sans périodicité régulière, d'accès de somnambulisme, pendant lesquels il devient apte à subir l'influence d'une volonté autre que la sienne, à obéir, sans résistance possible, à des ordres, et à reproduire, sans en avoir conscience, sans en conserver le souvenir, d'une manière tout automatique, des actes répondant, soit à ses idées pendant la veille, soit aux idées qui lui sont suggérées. Ces accès ont été tout d'abord exclusivement spontanés; depuis, ils ont pu être facilement provoqués. Les uns et les autres sont de la même nature; ils sont, de tous points, analogues aux mêmes phénomènes se produisant chez les femmes hystériques à un haut degré. Ils se compliquent d'extase, de catalepsie; pendant toute leur durée, l'anesthésie est complète.

Les accès spontanés ont cela de particulier, que D... peut, tout en ayant cessé de s'appartenir, suivre une idée qui a occupé son esprit pendant la veille. C'est ainsi qu'une nuit, il a pu s'évader de l'hôpital, et arriver sur les boulevards. Des sergents de ville l'ont arrêté et ramené à l'hôpital. Or on savait qu'il s'ennuyait beaucoup : il avait, à plusieurs reprises, manifesté son désir de sortir, et, avant son évasion, il avait écrit une lettre dans laquelle il remerciait le médecin en chef de ses soins, et demandait son exeat. Dans les accès provoqués, on lui fit écrire la même lettre, dans les mêmes termes; on put reproduire, à volonté, les scènes de la période de somnambulisme spontané.

Rien n'est plus facile que de faire passer D... de l'état normal, ou condition première, à l'état pathologique ou condition seconde. Il n'est pas même besoin, pour cela, de recourir aux manœuvres qui amènent l'hypnotisme, et, lorsqu'il est dans cet état, on le dépossède absolument de sa volonté. Tout ce que nous avons vu, chez lui, dans cette voie, est conforme à ce que l'on peut obtenir des malades atteints des mêmes troubles nerveux. Nous n'essayerons pas d'en présenter une explication; jusqu'à présent elle échappe. On doit se borner à enregistrer de pareils faits, et attendre d'une observation patiente, peut-être d'un hasard heureux, une interprétation scientifique qui n'a pas encore été trouvée.

Mais de semblables états, surtout chez l'homme, ne se développent pas sans avoir été préparés, sans être entretenus par des conditions particulières, telles que, par exemple, des troubles de la santé générale. Quand D... entra à l'hôpital Saint-Antoine, il était malade, anémique. Cet homme est sujet à d'abondantes pertes de sang, par deux voies différentes. Il porte, à gauche, en dehors et au-dessous du mamelon, une tumeur pédiculée, véritable champignon à surface bourgeonnante, et qui saigne avec la plus grande facilité (mélæna). Il est, de plus, sujet à des hémoptysies qui se suspendent pendant des mois et reparaissent tout à coup, avec une telle abondance qu'elles sont suivies de syncope.

Le 18 août 1880, il avait eu, rue Drouot, un accident de ce genre, et il avait fallu le transporter dans une pharmacie, où on lui donna des soins. Au mois d'octobre, les hémoptysies revinrent, et, à mesure que D... s'affaiblissait, ses nuits étaient mauvaises, les accès de somnambulisme se montrèrent de nouveau. Il avait même dans la journée « des absences ». Autour de lui on s'inquiétait, on ne savait pas quel était au juste son état, on l'engageait à se soigner. Enfin, le 18 octobre, il eut un vomissement de sang considérable, il remplit presque une cuvette, et eut une syncope. M. le docteur Bertrand fut appelé; on a de lui, au dossier, un certificat qui atteste le fait. Ce médecin avait déjà donné des soins à D... et, sans connaître l'état nerveux de ce malade, il avait constaté « un état d'affaissement et d'hébétude qui lui enlevait son libre arbitre ». Ce même jour, 18 octobre, D... perdit encore du sang dans la journée : le soir, épuisé, redoutant de monter six étages pour aller chercher son porte-monnaie, il emprunte 5 francs à son camarade d'atelier : il voulait aller prendre une potion au perchlorure de fer chez un pharmacien du faubourg Poissonnière qui lui avait déjà préparé le même médicament. En route, il crache encore du sang; il avait dans ses poches, au moment de son arrestation, deux mouchoirs tachés de sang : l'un d'eux lui avait été prêté par son patron. En passant, rue Sainte-Cécile, il entra dans l'urinoir public, et mouilla son mouchoir au tube de lavage des dalles verticales, pour enlever plus aisément le sang qui souillait ses moustaches. Il ne se souvient plus, à partir de ce moment, ni de ce qui s'est passé, ni du temps pendant lequel il est resté là immobile. Le rapport des agents dit une demi-heure, cela est possible; il est même probable qu'il fût resté plus longtemps encore s'il n'avait pas été tiré brusquement de cet état, qui, pour nous, étant donné la série des troubles que nous avons rappelés, n'a rien d'imprévu. Ce que nous admettons moins aisément, c'est qu'un homme qui, le matin, a eu une hémorrhagie terrible, qui, dans la journée, dans la soirée, a vomi encore du sang en abondance, qu'un médecin a vu, que son patron, un ouvrier, ont vu aussi dans un état d'épuisement extrême, ait pu, le soir du même jour, se livrer pendant une demi-heure à des manœuvres de masturbation, à des provocations, constituant le délit d'outrage public à la pudeur. Il y a là, pour nous, par des raisons toutes physiologiques, une impossibilité matérielle qu'il est de notre devoir de signaler.

En conséquence, nous appuyant sur des faits directement observés par nous, par des médecins d'une incontestable autorité, d'une part, sur les renseignements que nous avons recueillis et qui nous ont permis de reconstituer la journée du 18 octobre pendant laquelle le prévenu a été gravement malade, d'autre part, nous sommes autorisé à conclure que D... n'a pas pu commettre l'outrage public à la pudeur qui lui est reproché.

Que si son attitude, le long temps passé par lui dans un urinoir public, ont pu paraître suspects aux agents en surveillance, cette attitude singulière, cet arrêt prolongé, trouveraient une explication qui n'aurait rien de forcé dans les conditions pathologiques que nous avons exposées.

Signé : A. Motet.

A l'audience, nous avons énergiquement maintenu ces conclusions ; nous affirmions que D... était un malade, et nous démontrions, en nous appuyant sur l'observation prise à l'hôpital Saint-Antoine, que le début de la névrose complexe dont il était atteint remontait à une époque éloignée déjà. Nous faisions voir que D... présente deux états : l'un normal, pendant lequel il était responsable de ses actes ; l'autre pathologique, pendant lequel il cessait de s'appartenir, de se diriger, et nous disions que, pendant cette condition seconde, dont il ne conservait pas le souvenir, il était absolument irresponsable.

M. le président Manau reçut la déposition des deux agents qui avaient arrêté D.... Cette déposition affirmait de la manière la plus catégorique le délit d'outrage public à la pudeur. Elle alla même plus loin : les agents prétendirent que D... leur était bien connu, qu'il fréquentait les passages, qu'ils l'avaient suivi souvent de huit à neuf heures du soir. Or il fut établi par deux témoins que D... ne *sortait jamais* avant dix heures et demie, onze heures du soir. C'était lui qui se retirait le dernier, ayant pour fonction de fermer le magasin et d'y mettre tout en ordre avant son départ.

Nous n'avions pas à discuter la déposition des agents, et, M. le président nous ayant demandé si elle modifiait nos conclusions, nous avons répondu que nous les maintenions sans y rien changer.

M. l'avocat général Bertrand, dans un réquisitoire aussi remarquable par sa modération que par l'élévation de la discussion, nous disait : « Les faits sont matériellement établis : deux hommes ont déposé sous la foi du serment qu'ils avaient vu D... commettre un outrage public à la pudeur; nous, magistrats, nous n'avons qu'une chose à faire, appliquer la loi. — Vous, médecin, vous nous dites que cet homme n'est pas responsable ; mais vous nous avez dit aussi qu'à côté des troubles nerveux et cérébraux, il y avait chez lui des périodes d'état normal. S'il est vrai qu'il passe tour à

tour par des périodes de *condition première* ou normale, et par des périodes de *condition seconde* ou pathologique, prouvez-nous qu'au moment où il a été arrêté, il était dans l'état de *condition seconde.* »

Dans toutes les affaires médico-légales où nous avons eu à intervenir, nous nous sommes toujours fait une loi de n'affirmer que ce dont nous étions sûr. Nous ne pouvions donc répondre à la question pressante de M. l'avocat général en lui disant qu'il était certain que D..., au moment de son arrestation, se trouvait dans un état de condition seconde. Seulement, il nous était permis de reprendre les données de l'observation, et de faire voir quelle importance avait la perte du souvenir dans la détermination de l'état du prévenu à un moment donné.

Cependant la Cour avait manifesté quelques hésitations, quelques doutes ; il lui semblait difficile d'admettre qu'un homme pût passer par des états aussi différents, et subir l'influence d'une volonté étrangère à la sienne. Nous proposâmes de la rendre témoin d'une expérience aussi simple que facile à conduire, qui, pour nos maîtres, MM. les professeurs Lasègue, Charcot, Vulpian et tant d'autres, a depuis longtemps cessé d'appartenir au groupe des faits extraordinaires, pour rentrer dans celui des faits pathologiques.

C'était bien d'un fait pathologique qu'il s'agissait ; et, dût l'expérimentation n'apporter aucune preuve nouvelle, en la proposant, nous restions sur un terrain scientifique. La médecine légale faite par des hommes indépendants, comme nous le sommes tous, par des hommes n'ayant pas d'autre souci que celui d'arriver à la vérité et de la démontrer, ne peut que gagner à ces épreuves ; et, pour notre part, nous remercions hautement M. le président de la chambre des appels de police correctionnelle d'avoir voulu se convaincre, et de nous avoir permis de lui en offrir immédiatement les moyens.

Voici comment nous avons procédé. D..., avons-nous dit, peut être facilement placé dans l'*état de condition seconde.* Il suffit de le forcer à regarder fixement pendant quelques instants : c'est ainsi que nous le fîmes entrer dans la période de somnambulisme provoqué, où, cessant de s'appartenir, il était dépossédé de sa volonté et subissait la nôtre : nous étions enfermé avec quelques-uns de MM. les conseillers dans la chambre du conseil ; lui, était dans la salle des prévenus. Nous l'appelons ; dès qu'il entend notre voix, il se précipite, écartant les gardes de Paris mis sur son passage, avec la vigueur d'un homme qui renverse un obstacle, ouvre la porte de la salle et arrive à nous, s'arrête immobile et attend. A ce moment, il ne connaît que nous, ne voit que nous, obéit à nous seul. M. le président, ayant désiré s'assurer de la perte du souvenir des faits appartenant à l'accès, nous demande à voix basse de lui ordonner d'ouvrir ses vêtements, son pantalon.

Nous lui disons : D..., déshabillez-vous.

Il enlève ses vêtements avec une sorte d'emportement.

Puis, sur l'invitation de M. le président, nous lui demandons : Qu'avez-vous fait dans l'urinoir, vous souvenez-vous ? — Et nous le plaçons devant le mur. Il prend son mouchoir, l'approche du mur et fait le geste de s'essuyer la bouche ; il répète ce geste plusieurs fois de suite.

Nous le réveillons par une simple insufflation d'air froid sur les yeux, et sa physionomie exprime un profond étonnement de se trouver là.

M. le président s'approche de lui et lui dit : D..., vous venez de vous découvrir devant nous.

— Je ne crois pas, monsieur, répondit-il.

— Tous ces messieurs vous ont vu comme moi. Regardez, vous êtes encore déboutonné, votre pantalon est ouvert.

— Monsieur, je ne m'en souviens pas.

M. le docteur Mesnet assistait à l'audience. Sur notre demande, M. le président avait consenti à ce qu'il entrât dans la chambre du conseil : ce fut lui, à son tour, qui s'empara de D... et le ramena en quelques secondes à l'état dans lequel nous l'avions placé nous-même. A partir de ce moment, nous fûmes aussi étranger à D... que l'étaient les autres personnes présentes. M. Mesnet lui ordonna de lui écrire, et, le plaçant à la table avec du papier, une plume, il lui fit écrire les premières lignes de la lettre que D... lui avait adressée de la prison de la Santé.

C'est pendant que D... écrivait que nous fîmes constater l'anesthésie complète.

L'expérimentation parut alors suffisante. D... fut réveillé, et ramené dans la salle des prévenus.

A la reprise de l'audience, la cour rendit l'arrêt suivant :

Attendu que, s'il paraît établi que D... ait commis les faits qui lui sont reprochés, il n'est pas suffisamment établi qu'il en ait la responsabilité morale ;

Considérant, en effet, qu'il résulte de l'examen du docteur Motet, remontant à une date ancienne, que le prévenu se trouve souvent en état de somnambulisme ; que dans cet état il ne saurait être déclaré responsable de ses actes ; attendu que cet examen se fortifie d'une nouvelle expérience faite en chambre du conseil ; que, dans ces circonstances, D... ne saurait être considéré comme responsable ;

La cour infirme le jugement frappé d'appel, et renvoie D... des fins de la plainte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 mars 1881, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Leplat et Raoult ;

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Dupeyron et Farmé ;

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Guillemin, Dogny, Carayon, Rivière, Comte, Vivier et Alphant.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lagrolet (Paul-Léonce), né à Dax (Landes), le 28 juillet 1852, docteur en médecine, est nommé préparateur de médecine expérimentale (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lober (Désiré-François-Joseph), né le 25 septembre 1848, à Crespin (Nord), docteur en médecine, est nommé, pour trois ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Looten, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Leroy (Charles-Adolphe), né le 7 novembre 1849, à Lille (Nord), docteur en médecine, est nommé, pour trois ans, chef de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Legroux (Louis-Victor), né le 9 mars 1852, à Lille (Nord), docteur en médecine, est nommé, pour trois ans, chef de clinique complémentaire des maladies des yeux (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Courty, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer du 1er mars au 30 juin 1881, par M. Chalot, agrégé près ladite Faculté.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Audrain, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux chimiques.

— Le banquet des médecins des bureaux de bienfaisance aura lieu le samedi 26 mars, à sept heures du soir, au restaurant Notta, 1, faubourg Poissonnière.

Il sera suivi d'une conférence par MM. les docteurs Gibert et Launay (du Havre).

On s'inscrit chez : MM. Dal-Piaz, 11 *bis*, rue Montaigne ; Le Coin, 15, rue Guénégaut ; Le Noir, 22, rue du Bouloi ; Nadaud, 103, rue d'Aboukir ; Passant, 39, rue de Grenelle. — Le prix de souscription est de 15 francs.

— M. le docteur Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé de la Faculté, recommencera ses leçons cliniques le vendredi 18 mars, à neuf heures et demie, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

— *Faculté de médecine.* — M. Berger, agrégé, commencera son cours auxiliaire de pathologie externe le mardi 22 mars, à cinq

heures, dans le petit amphithéâtre, et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Il traitera des affections chirurgicales des membres.

— *Erratum.* — A la page 38, colonne 2, ligne 39, il faut lire « chlorure de nickel », au lieu de « chlorure de métal ».

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Gusman, intercalées dans le texte. Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La septième vient de paraître et la huitième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille, par le docteur Rouxeau. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La vapeur d'eau surchauffée employée comme agent thérapeutique, par le docteur Zabé, membre de la Société d'hygiène. In-8° de 116 pages, avec 3 planches hors texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Étude clinique et histologique sur le xanthélasma, par le docteur Gendre. In-8° de 70 pages avec planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude sur les syphilis ignorées, par Junon (Louis). In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10910.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de Trouette-Perret, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Peptones pepsiques

à la viande de bœuf

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe, de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très-pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique*. Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

Conserve DE PEPTONE DE Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

Vin de Peptone de Chapoteaut.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très-agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose d'un ou deux verres.

Indications principales. — *Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.*

Gros : Chapoteaut, pharmacien, 8, rue Vivienne ; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue ; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Tamar indien Grillon

(Electuaire lénitif n° 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

Maladies de poitrine, GUÉRISON

par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux**, du Dr Churchill.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. Fournier.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878.

Pharm. de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 16 mars 1881.

Nous recevons communication des documents suivants adressés au Directeur général de l'Assistance publique :

I

Paris, le 8 mars 1881.

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Le Conseil de surveillance vient de décider le remplacement des sœurs par des surveillantes laïques.

Nous regrettons qu'une telle décision ait été prise sans consulter le Corps médical des hôpitaux.

Nous regrettons surtout cette décision elle-même.

Les sœurs ont fait leurs preuves ; nous témoignons de leur dévouement aux malades, de l'ordre qu'elles maintiennent dans les salles.

Nous ignorons ce que seraient leurs remplaçantes.

Le renvoi des religieuses serait donc une imprudence et une ingratitude. Nous ne voulons pas nous y associer en acceptant tacitement le fait accompli.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur général, l'expression de notre respectueuse considération.

DELENS, chirurgien de l'hôpital Tenon. — Henri HUCHARD, RENDU, SEVESTRE, STRAUS, TENNESON, médecins de l'hôpital Tenon.

II

Paris, le 10 mars 1881.

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Nous, soussignés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, avons appris avec regret la récente décision qu'a prise le Conseil de surveillance de l'Assistance publique de remplacer dans nos établissements hospitaliers les religieuses par des surveillantes laïques.

Envisageant la question au seul point de vue du bien du service et de l'intérêt des malades, nous avons la conviction que le système actuellement en vigueur est préférable à celui qu'il s'agit de lui substituer. Notre expérience des hôpitaux nous permet d'affirmer que la présence des religieuses dans nos salles et les fonctions qu'elles y remplissent n'ont jamais donné lieu à aucun inconvénient sérieux. Nous avons toujours trouvé en elles des collaboratrices zélées, disciplinées, d'une probité incontestée, et qui, dans bien des circonstances, ont fait preuve d'un dévouement admirable.

Leur caractère, en quelque sorte impersonnel, assure l'autorité qui leur est nécessaire dans l'accomplissement de leur tâche, et nous pouvons, tous les jours, constater que non-seulement leurs soins sont appréciés par ceux qui les reçoivent, mais, ce qui est fort important, que leur ministère inspire une pleine confiance aux familles des malades.

En vous priant de bien vouloir soumettre en notre nom ces observations à MM. les membres du Conseil de surveillance, nous vous offrons, monsieur le Directeur général, l'expression de notre haute considération.

A. HARDY, médecin de l'hôpital de la Charité, professeur de clinique médicale. — GOSSELIN, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur de clinique chirurgicale. — RICHET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique chirurgicale, — LASÈGUE, médecin de la Pitié, professeur de clinique médicale. — L. DESNOS, médecin de la Charité. — M. RAYNAUD, médecin de la Charité. — G. BERNUTZ, médecin de la Charité. — LABOULBÈNE, médecin de la Charité, professeur à la Faculté de médecine. — A. VULPIAN, médecin de la Charité. — A. DESPRÈS, chirurgien de la Charité. — DEPAUL, chirurgien de l'hôpital des Cliniques. — LUYS, médecin de la Salpêtrière. — GUÉNIOT, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés. — A. MILLARD, médecin de l'hôpital Beaujon. — PARROT, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés. — L. BOURDON, médecin honoraire de la Charité. — OULMONT, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. — H. ROGER, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants. — EMPIS, médecin de l'Hôtel-Dieu. — BAILLARGER, médecin honoraire de la Salpêtrière. — E. MESNET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — MARJOLIN, chirurgien honoraire des hôpitaux. — MAROTTE, médecin honoraire des hôpitaux. — J. BUCQUOY, médecin de l'hôpital Cochin. — E. HERVIEUX, médecin de la Maternité. — Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — WOILLEZ, médecin honoraire de la Charité. — Noël GUENEAU DE MUSSY, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. — CUSCO, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — BLACHEZ, médecin de l'hôpital Necker. — Marc SÉE, chirurgien de la Maison municipale de santé. — HÉRARD, médecin de l'Hôtel-Dieu. — BERGERON, médecin de l'hôpital Trousseau. — FÉRÉOL, médecin de l'hôpital Beaujon. — GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon. — MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine. — Xavier GOURAUD, médecin de l'institution Sainte-Périne. — FERRAND, médecin de l'hôpital Laennec. — L. MOISSENET, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, ancien membre du Conseil de surveillance. — Ch. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — Paul BERGER, chirurgien du Bureau central. — Édouard LABBÉ, médecin de la Maison municipale de santé. — DUCASTEL, médecin du Bureau central. — RATHERY, médecin du Bureau central. — E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — TRIBOULET, médecin de l'hôpital Trousseau. — LANDRIEUX, médecin du Bureau central. — A. SIREDEY, médecin de l'hôpital Lariboisière. — HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi. — H. HALLOPEAU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — LANNELONGUE, chirurgien de l'hôpital Trousseau. — DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants. — ARCHAMBAULT, A. DESCROIZILLES, E. BOUCHUT, Jules SIMON, A. LABRIC, médecins de l'hôpital des Enfants. — RIGAL, médecin del'hôpital Necker. — Félix GUYON, chirurgien de l'hôpital Necker. — G. POTAIN, médecin de l'hôpital Necker, professeur de clinique médicale. — D'HEILLY, DIEULAFOY, médecins de l'hôpital Saint-Antoine.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un rapport de M. Proust sur les maladies propres aux mineurs et sur les moyens prophylactiques et curatifs qui leur sont applicables, rédigé sous forme d'instruction officielle; une très-intéressante communication de M. Colin sur l'épidémie de variole des Esquimaux, et, à l'occasion de cette épidémie, sur la réceptivité spéciale des nouveaux venus dans les foyers épidémiques; et deux lectures de candidature, l'une de M. Mesnet sur une espèce peu connue ou même nouvelle d'hématurie, à laquelle il propose de donner le nom d'hémoglobinurie *à frigore;* la deuxième de M. Terrier sur un cas d'hystérectomie pratiquée avec succès pour une tumeur fibrosarcomateuse et kystique de l'utérus: tel est le contingent de cette séance parfaitement remplie, comme on en peut juger rien que par l'énoncé de ces travaux.

L'Académie a été mise en demeure par deux demandes, l'une du ministre de l'Instruction publique, l'autre de M. le député Liouville, de donner son avis sur la question des vaccinations et revaccinations obligatoires. Une nombreuse commission a été désignée pour répondre en son nom. Cette réponse ne se fera probablement pas longtemps attendre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Luxation sus-acromiale de la clavicule. — II. Uréthrite aiguë.

I. Vous avez vu dans les salles un malade âgé de soixante-treize ans qui présente des lésions multiples, suite d'une action traumatique violente, et sur lesquelles je veux appeler pendant quelques instants votre attention. C'est tout d'abord une luxation sus-acromiale complète de la clavicule. L'extrémité externe de la clavicule, très-mobile, fait saillie au-dessus et en arrière de l'acromion ; elle est facile à remettre en place dans sa situation naturelle. Je dis que la luxation est complète parce que la clavicule forme un X parfait avec l'acromion, et cette situation, ainsi que la mobilité franche et nette de l'os, nous autorisent à penser que les ligaments acromio-claviculaire et coraco-claviculaire doivent être déchirés.

Si, par contre, la luxation est incomplète, les ligaments sont intacts, ou l'un des deux seulement se trouve déchiré. Mais ici, avec un pareil déplacement, nous pouvons être à peu près certains que la déchirure s'est faite sur l'un et sur l'autre.

Pourrons-nous réduire ce déplacement? Je l'ignore. En tous cas, à l'âge de notre blessé, la chose aurait moins d'inconvénients que chez un sujet jeune ; elle entraînerait seulement, avec une certaine déformation, une diminution de force dans le membre lésé, notamment dans les muscles qui s'insèrent à la clavicule. Chez un individu, au contraire, qui aurait besoin de son bras pour travailler et d'un travail qui exige une force musculaire plus ou moins grande des membres supérieurs, la persistance du déplacement serait beaucoup plus sérieuse. Il y aurait donc là indication formelle de réduire la luxation, de la maintenir réduite le plus solidement possible, afin d'obtenir la cicatrisation des ligaments de l'articulation, ce qui ne saurait se faire qu'à la condition de pouvoir immobiliser absolument le membre. Quant aux autres lésions que nous présente le malade, c'est tout d'abord une fracture d'une ou de plusieurs côtes, en tous cas certainement de la troisième. En effet nous avons une mobilité et une dépression manifestes au niveau de la troisième côte, mais beaucoup moins nettes, et difficiles à circonscrire au niveau de la seconde et de la quatrième côte. Celles-ci nous paraissent également fracturées, sans que nous puissions cependant l'affirmer.

Enfin, si nous ajoutons à cela que nous avons affaire, comme je l'ai dit en commençant, à un vieillard de soixante-treize ans, atteint depuis longtemps d'un emphysème pulmonaire et présentant de plus, actuellement, tous les signes d'une bronchite capillaire qui vient encore augmenter sa dyspnée, nous reconnaîtrons que l'ensemble des lésions est d'un pronostic sérieux. Nous reconnaîtrons également que, avant de nous occuper de sa luxation, avant tout traitement chirurgical, nous devons aviser à débarrasser notre malade, si possible, de sa bronchite en la traitant par le kermès et des applications de ventouses sèches.

II. Le second malade, qui est un individu jeune, un garçon de vingt-trois ans, est atteint d'une affection des plus communes, mais qui chez lui revêt une forme insolite. C'est pourquoi je vous en parle. Il s'agit d'une uréthrite aiguë blennorrhagique accompagnée d'un gonflement particulier du prépuce qui n'est pas un phimosis. Le prépuce est très-rouge, très-tuméfié ; il semble être le siège d'un œdème inflammatoire, ou plutôt d'une sorte d'érythème avec épanchement séreux dans le tissu cellulaire filamenteux.

Dans ces cas d'uréthrite accompagnée d'érythème avec œdème considérable, le réseau sanguin et le réseau lymphatique sont ordinairement pris ; on observe à la fois une congestion sanguine et une lymphangite. Mais, chez notre malade, nous ne trouvons pas le plus petit cordon induré sur le dos de la verge, mais seulement un peu d'adénite ; les ganglions inguinaux, du côté gauche surtout, sont un peu douloureux. Il n'existe aucun phénomène fébrile, et la rougeur est trop faible et trop circonscrite pour lui donner le nom d'érysipèle. C'est pourquoi nous la considérons comme érythème.

Le médecin qui l'a soigné pendant quelques jours, avant son entrée dans nos salles, avait cru à l'existence d'un paraphimosis et avait exercé en vain des tentatives de réduction. Le gonflement du prépuce pourrait, à la rigueur, présenter quelque ressemblance avec un paraphimosis ; mais je n'aperçois pas de celui-ci la moindre trace : s'il avait existé, nous retrouverions une solution de continuité quelconque produite par une eschare au niveau du prépuce ramené en arrière. Mais il n'en est rien, et, bien que le malade prétende qu'on le lui a ramené en avant, je n'aperçois pas la bride semi-circulaire ou circulaire que l'on observe ordinairement en pareil cas.

J'en reviens donc toujours à mon opinion d'un érythème produit par propagation de l'uréthrite aiguë. Celle-ci est, chez notre malade, très-douloureuse; elle est intense et donne lieu à un écoulement considérable ; la miction est douloureuse et le gonflement œdémateux est également très-prononcé. Mais l'inflammation n'atteint pas la prostate, qui est restée saine, comme j'ai pu m'en assurer par le toucher rectal.

L'examen des urines nous montre au fond du vase un mucus abondant, un peu lourd, mais sans aucune gouttelette de pus. L'inflammation de l'urèthre s'est donc propagée à la vessie donnant lieu à une cystite véritable. Je ne dirai pas cystite du col, car je ne vois pas de motif pour que

l'inflammation ne se soit pas étendue à d'autres points de l'organe, et nul ne saurait affirmer que la cystite soit limitée au col de la vessie. Nul n'a pu le constater, et, quoiqu'on parle souvent de cystite du col, comme cette affection n'entraîne heureusement jamais la mort, aucune autopsie n'est venue prouver l'authenticité des faits avancés.

La cystite n'est donc pas partielle, mais généralisée ; ici, chez notre malade, elle est légère, congestive, sans épaississement de la muqueuse et sans tendance à produire la sclérose des tissus. Enfin cette complication ne présente rien de grave, et le repos, joint à l'emploi du copahu et du cubèbe, suffit généralement ; j'ajouterai seulement que l'affection dure parfois assez longtemps et parfois aussi se termine par suppuration.

J'ai donc ordonné à notre malade des tisanes délayantes, le copahu et le cubèbe, mais en proscrivant toute injection, qui augmenterait encore les lésions.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Meyer.

Épithélioma du limbe conjonctival ayant envahi la cornée. — Ablation. — Récidive sur la cornée. — Nouvelle opération. — Guérison avec restitution de la transparence de la cornée.

(Observation recueillie par Virgile Caudron et Duboys de Lavigerie, chefs de clinique.)

La littérature médicale ne renferme qu'un petit nombre d'observations d'épithélioma cornéen. Nous croyons utile de rapporter la suivante que nous avons eu la bonne fortune d'observer à la clinique de M. le docteur Meyer :

Le 4 mars 1878, se présente à la clinique M. J.-B. B..., propriétaire, de constitution robuste, âgé de soixante-seize ans, jouissant d'une excellente santé. Cet homme porte à l'œil gauche une tumeur pour laquelle il vient consulter. Il raconte s'être aperçu, à une date qu'il ne peut préciser (au moins trois années auparavant), de l'apparition dans le limbe conjonctival, au milieu du bord externe de la cornée, d'un petit bouton complètement indolore et qui, jusqu'à ces derniers mois, est resté absolument stationnaire. Cette rougeur ne l'incommodant pas, il n'a suivi aucun traitement. Mais, depuis cinq mois, les choses ont changé de face. Le mal, d'abord si limité, a gagné l'angle externe de l'œil, puis envahi la cornée, qu'il recouvre en grande partie. La tumeur a pris en même temps du développement en épaisseur ; elle gêne le jeu des paupières et cause une irritation pénible.

En effet, M. le docteur Meyer constate la présence d'un néoplasme qui remplit toute la moitié externe de la fente palpébrale, débute à la commissure externe, gagne en largeur et en épaisseur, recouvre la conjonctive bulbaire, puis atteint la cornée, qu'il recouvre entièrement, sauf un petit segment interne de quelques millimètres d'étendue.

La tumeur atteint ses plus grandes proportions au bord externe de la cornée, où elle mesure près de 2 centimètres de hauteur. Elle s'étend surtout en bas, presque jusqu'au cul-de-sac conjonctival. Son épaisseur, insignifiante dans l'angle externe, augmente progressivement jusqu'au bord de la cornée, où elle mesure 3 millimètres. Ses contours sont partout nettement limités et forment relief au-dessus des tissus sains. Sa surface, d'un rouge pâle, est bosselée et présente un aspect papillaire. Sa consistance est molle, spongieuse, très-élastique. De ses bords s'échappent de grosses veines tortueuses, gorgées de sang, ayant jusqu'à 3 millimètres de largeur. Elles vont se perdre dans la conjonctive avoisinante qui paraît un peu gonflée, mais non dégénérée.

M. Meyer nous fait voir qu'une partie de cette tumeur peut être déplacée sur la conjonctive bulbaire à laquelle elle n'adhère que dans un espace circonscrit. Son point de départ est dans la région périkératique où elle est fortement adhérente. De là elle a gagné la cornée, sur laquelle elle s'est développée aux dépens du feuillet

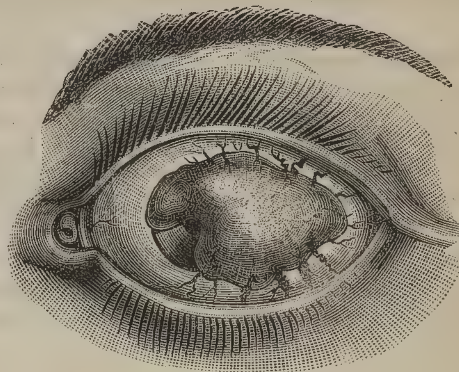


Fig. 1.
Aspect de l'œil et de la tumeur avant l'opération.

épithélial. Elle adhère au tissu cornéen dans les deux tiers de sa surface. (Fig. 1.)

Cette néoplasie, nous dit M. Meyer, offre tous les caractères d'un cancroïde, et il conseille au malade l'ablation immédiate.

L'opération est pratiquée le lendemain sans qu'il soit nécessaire de recourir au sommeil anesthésique.

Après avoir détaché toutes les parties de la conjonctive auxquelles adhère la tumeur, le chirurgien enlève le tissu sous-conjonctival aux abords de la cornée et s'assure que la sclérotique est saine.

La dissection de la partie du cancroïde adhérente au tissu cornéen présente de grandes difficultés. M. Meyer parvient à la détacher entièrement à l'aide du bistouri; puis, armé d'un scarificateur, il pratique le raclage de la cornée. La couche superficielle seule paraît avoir été infestée. Elle est enlevée avec le plus grand soin. Le tissu propre de la cornée semble intact. Après s'être assuré qu'il n'a rien laissé des éléments morbides, l'opérateur nettoie la surface dénudée, libère la conjonctive et en réunit les bords par une suture.

Un pansement sec est appliqué sur l'œil. Pas de réaction générale. Absence de tous phénomènes inflammatoires locaux. La guérison suit une marche normale et rapide.

Le malade quitte la clinique le quatorzième jour.

La rénovation de l'épithélium cornéen est déjà très-avancée.

Tout va bien pendant trois mois. Après ce laps de temps une récidive se déclare.

Le 24 mai, le patient revient avec une petite tumeur du volume

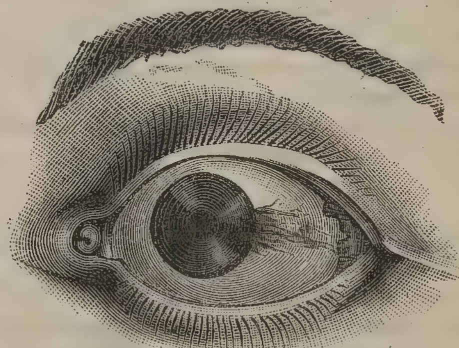


Fig. 2.
Aspect de l'œil deux ans après l'opération.

d'un grain d'orge poussée à la partie supérieure et externe de la cornée. Elle présente tous les caractères extérieurs de la première. M. le docteur Meyer pratique, le jour même, une nouvelle opéra-

tion. Il détruit avec le couteau non-seulement la partie de la cornée sur laquelle a poussé la nouvelle tumeur, mais aussi les parties superficielles avoisinantes.

La guérison s'effectue sans incidents. La cicatrisation de la cornée se fait si heureusement, qu'à sa sortie de la clinique douze jours plus tard, le malade a récupéré un quart de la force visuelle normale.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Weber l'examen histologique de ces néoplasies. Cet examen, pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Ranvier, au Collège de France, a confirmé le diagnostic de M. Meyer. Ces tumeurs présentaient les caractères typiques de l'épithélioma : des cônes épithéliaux, en grand nombre, serrés les uns contre les autres, et implantés dans un tissu cellulaire peu abondant.

Le 8 décembre 1880, notre ancien malade amène à la clinique sa bru, qui souffre d'une conjonctivite. Nous pouvons constater *de visu* l'état très-satisfaisant de l'œil opéré. (Fig. 2.) Il n'y a donc pas eu de récidive depuis près de deux ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1881. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet le rapport de M. Le Maguet sur la proposition de M. Liouville, tendant à rendre obligatoires la vaccination et la revaccination, et réclame officiellement l'avis de l'Académie sur cette question.

M. Liouville, député, adresse la même demande à l'Académie.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission de vaccine composée de MM. Guyon, Parrot, Hervieux, Colin, Legouest et Guéniot, à laquelle sont adjoints MM. Tarnier, Depaul, Blot, Fauvel, Larrey et Roussel.

RAPPORT

Maladies des mineurs. — M. Proust, au nom de la section d'hygiène, lit un rapport sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers mineurs, suivi d'une instruction sur la nature des secours qui doivent leur être donnés.

L'instruction rédigée par la commission est basée sur la réponse faite aux questions suivantes adressées à tous les médecins attachés aux diverses concessions exploitées en France :

Quels sont, à l'exception des fractures, des plaies ou de toutes autres lésions traumatiques, les maladies et les accidents spéciaux observés chez les ouvriers mineurs?

Quels sont les moyens mis en usage pour y porter remède?

Quelles sont les précautions prises pour les prévenir?

L'instruction rédigée par la commission se rapporte aux divers chefs suivants : asphyxie produite par le grisou, par les poussières charbonneuses, par l'acide carbonique, par les fumées, par l'air des travaux abandonnés, par les coups d'eau; brûlures, fractures, plaies et hémorrhagies.

Les termes de l'instruction qui constituent les conclusions du rapport sont mis aux voix et adoptés.

LECTURES

Épidémie de variole des Esquimaux, réceptivité des nouveaux venus dans les foyers épidémiques. — M. Léon Colin fait une communication sur l'épidémie de variole des Esquimaux et sur la réceptivité spéciale des nouveaux venus dans les foyers épidémiques. M. Colin présente d'abord une analyse du rapport qu'il a fait sur cette épidémie au Conseil d'hygiène et dont il dépose un exemplaire sur le bureau.

Dans ce rapport, M. Colin a fait ressortir ce fait qui demeure établi par l'évènement : que l'épidémie dont les Esquimaux ont été victimes n'est en rien une maladie étrange, exotique; qu'elle ne représente qu'une des manifestations habituelles d'une affection commune en Europe; qu'elle ne relève pas d'un virus spécialement malin, pas plus que, de son côté, elle n'est en puissance d'engendrer des germes plus dangereux que ceux qui surgissent si fréquemment autour de nous par le fait des atteintes quotidiennes de la population autochthone. Mais, à côté de leur prédisposition plus marquée aux formes graves en qualité de nouveaux venus, les Esquimaux offraient une condition anatomique à cette prédisposition : la stéatose hypertrophique des principaux viscères, conséquence de leur régime alimentaire, et qui a pu contribuer à les placer plus facilement dans la voie des altérations anatomiques de la variole grave.

M. Colin prend texte de ce fait pour entrer dans des considérations générales sur la réceptivité spéciale des nouveaux venus dans les foyers épidémiques et sur le rôle de la non-accoutumance dans le développement des épidémies.

Hémoglobinurie « à frigore ». — M. Mesnet, candidat pour la section des académiciens libres, lit un travail sur une espèce d'hématurie qui, par ses caractères, sa forme, sa symptomatologie, mérite un nom particulier, l'hémoglobinurie dite paroxystique, dénomination impropre à laquelle il proposerait de substituer celle d'hémoglobinurie *à frigore*, qu'il considère comme plus correcte et mieux en rapport avec l'étiologie et les caractères de cette affection. Cette maladie a pour symptôme essentiel une urine sanglante dans laquelle on trouve en abondance l'élément colorant du sang, l'hémoglobine, ainsi que de l'albumine en quantité considérable, sans qu'on y rencontre jamais ni globules rouges ni débris de globules. C'est donc une hématurie incomplète, partielle, puisque le sang n'abandonne aux urines que quelques-uns des éléments qui le constituent.

On est donc en présence d'une maladie nouvelle qui n'a point encore pris rang dans nos traités de pathologie, bien que, cependant, elle se présente avec une physionomie tellement personnelle qu'il est impossible au clinicien de la méconnaître dès sa première rencontre.

Deux faits essentiels la caractérisent : 1° une urine sanglante et albumineuse; 2° l'absence complète de globules sanguins dans l'urine.

A ce groupe de symptômes, nettement définis, il faut joindre les manifestations par crises ou accès, qui l'ont fait désigner sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique, périodique ou hivernale.

M. Mesnet rapporte une observation recueillie dans son service, à Saint-Antoine. Après l'avoir étudiée pendant plusieurs mois avec le concours de M. Hayem, M. Mesnet résume sa communication en ces termes :

Le caractère essentiel de cette maladie est de se montrer sous forme d'attaques survenant à intervalles plus ou moins éloignés, sous l'influence d'une cause invariable, le refroidissement. La durée de l'attaque ne dépasse guère de six à huit heures. Dans l'intervalle des attaques, la santé semble parfaite; aucune lésion d'organes, aucun trouble fonctionnel ne se révèlent, si ce n'est un certain degré d'anémie. Les quelques symptômes qui accompagnent l'attaque sont : une sensation très-accusée de froid aux pieds, presque aussitôt de légers frissonnements; de la céphalalgie avec un état semi-vertigineux; la sensation de constriction épigastrique; un malaise général avec mal de cœur, sans nausées ni vomissements. Pendant cet état de malaise général, le pouls monte de 10 à 15 pulsations par minute et la température de 1° 1/2 à 2°.

L'urine recueillie pendant l'attaque donne une double série ascendante, puis descendante, de nuances graduées du rouge pâle au rouge très-foncé. On n'y trouve aucune trace de globules rouges.

L'attaque terminée, l'urine revient à l'état normal. (Le travail de M. Mesnet est renvoyé à la commission d'élection pour les associés libres.)

Hystérectomie. — M. Terrier, candidat pour la section de médecine opératoire, donne lecture d'une observation d'hystérectomie pratiquée pour une tumeur fibro-sarcomateuse et kystique de l'utérus, et suivie de guérison. De l'examen de la tumeur il

résulte qu'on a eu affaire, dans ce cas, à un sarcome avec foyer hémorrhagique ayant déterminé un pseudo-kyste, tumeur différant totalement des myomes kystiques de l'utérus. (Renvoyé à la section.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mars 1881. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Élongation des nerfs. — M. QUINQUAUD a observé un certain nombre de faits d'où il résulte que l'effet cherché, au point de vue thérapeutique, par l'élongation d'un nerf, n'est obtenu que lorsque l'on a une anesthésie complète dans tout le membre tributaire de ce nerf, que l'on ne réussit que dans les cas où cette anesthésie est persistante, qu'enfin l'indication principale de l'élongation des nerfs est la névralgie.

Se plaçant ensuite au point de vue de l'histologie, M. Quinquaud se demande ce qui se passe dans ces nerfs élongés. Il y a là d'abord, selon lui, une action dynamique, une irritation portant sur le nerf lui-même ou sur la moelle.

Quand l'anesthésie obtenue est seulement passagère, il n'y a pas de lésion dans le nerf élongé. Lorsque l'anesthésie est persistante, ce nerf est le siège d'une dégénération secondaire. C'est un fait désormais indéniable: quand un nerf est suffisamment élongé, il devient le siège d'une dégénération secondaire.

M. LABORDE présente un travail de M. Marcus sur le même sujet. Cet auteur, en effet, a étudié les modifications anatomiques des nerfs ayant subi l'élongation. Quand un nerf qui a été élongé pendant la vie de l'animal est soumis à l'action de l'acide osmique, on voit que le cylindre-axe est séparé de la myéline par une substance jaunâtre, et l'on constate les caractères habituels de la dégénérescence des nerfs. Chez le chat, en particulier, M. Marcus a pu trouver exactement la place du nerf au niveau de laquelle il a été élongé, même huit jours après l'élongation. Les lésions portent toujours sur le bout central. L'altération porterait également sur le bout central, mais c'est là un point non encore élucidé.

Les effets obtenus sont très-différents, selon qu'on tire sur le bout central ou sur le bout périphérique. Dans le premier cas, en effet, on abolit seulement la sensibilité, et la motricité reste intacte; dans le second cas, on abolit à la fois la sensibilité et la motricité.

MM. PONCET, MATHIAS DUVAL et MALASSEZ demandent comment il se fait que la motricité persiste quand il y a des lésions de dégénérescence constatées dans le bout central du nerf, et comment, après huit jours, le bout périphérique peut rester sain alors que le bout central est aussi altéré.

M. LABORDE répond que, ces lésions du bout central étant très-peu marquées, il n'est pas étonnant que le bout périphérique reste sain. Quant à la persistance de la motricité, elle pourrait s'expliquer par ce fait que, dans un nerf mixte élongé, les racines sensitives seules seraient atteintes, tandis que les racines motrices résisteraient. Peut-être même l'expérimentation physiologique viendra-t-elle ici éclairer l'anatomie au sujet de la distinction à faire dans un nerf mixte entre ses parties sensitives et ses parties motrices.

M. BUDIN. Il n'y a pas d'élongation possible sans compression; or, peut-être, dans les faits observés jusqu'ici, n'a-t-on pas assez tenu compte des effets de la compression.

M. LABORDE. Il est bien certain que la compression intervient dans la production de ces phénomènes qui, d'ailleurs, se rapprochent beaucoup de ceux qu'avaient obtenus MM. Bastien et Vulpian dans leurs expériences sur la compression des nerfs.

Des origines du curare. — M. HAMY présente de nouveaux échantillons de curare envoyés par M. Crevaux, qui voyage actuellement dans la partie équatoriale de l'Amérique du sud. Les nouvelles recherches de M. Crevaux viennent jeter un grand jour sur les diverses origines de cet agent; il en résulte qu'il y a deux espèces de curare, d'origine toute différente.

M. LABORDE. Le curare provenant de la même fabrication n'a pas toujours la même composition, comme le prouvent les différences de ses propriétés physiologiques. C'est ainsi qu'il est certains curares qui ont une action convulsivante.

La fermentation alcoolique. — M. D'ARSONVAL a fait une expérience qui semble démontrer que la fermentation alcoolique se fait par un ferment soluble et non par un ferment figuré. Ayant mis de l'eau sucrée et de la levure de bière dans une éprouvette à 20 atmosphères de pression, le bouchon de l'éprouvette a sauté. M. Bert a démontré que l'acide carbonique sous pression était un poison universel. Donc, si, dans ce cas, la fermentation avait eu lieu sous l'influence de la cellule de levure de bière, elle aurait dû cesser en présence de l'acide carbonique à cette pression.

Réflexe vaso-dilatateur des parois buccales. — MM. DASTRE ET MORAT ont recherché les conditions physiologiques de l'activité des nerfs vaso-dilatateurs, qu'ils ont signalée dans le cordon sympathique cervical du chien, c'est-à-dire dans quels actes réflexes ces nerfs interviennent, quelles excitations en sont le point de départ, quelles voies sensitives suivent les excitations pour arriver à la moelle, quelles voies enfin elles suivent dans la moelle pour arriver jusqu'aux nerfs vaso-dilatateurs de la région buccale.

Ils signalent dès aujourd'hui les résultats suivants:

L'excitation du bout central du vague détermine une congestion réflexe de la région bucco-labiale (lèvres, joues, gencives, palais), étendue aux deux côtés quand l'excitation est suffisamment intense.

Toutes les branches du vague indistinctement ne provoquent pas cette dilatation, et, parmi celles qui agissent, toutes ne la provoquent pas au même degré. Pas d'effet produit par l'excitation des rameaux gastriques et de certains rameaux cardiaques du vague. Parmi les rameaux actifs nous pouvons signaler par ordre d'importance: 1° le nerf récurrent (à une dose très-faible); 2° le laryngé supérieur; 3° à un degré très-marqué le tronc du vague dans la poitrine, au-dessus des affluents nerveux pulmonaires.

La congestion buccale ainsi produite est primitive, non précédée d'une constriction. Elle est bien de nature *réflexe*. En effet: 1° elle cesse de se produire quand le pouvoir excito-réflexe de la moelle est aboli ou profondément diminué par le chloroforme; 2° quand on coupe les voies vaso-motrices de retour, c'est-à-dire lorsqu'on fait la section du sympathique du même côté ou du côté opposé, elle cesse du côté correspondant à la section; de même après l'ablation des ganglions cervical supérieur, cervical inférieur ou premier thoracique; 3° elle cesse surtout d'une façon absolue quand on a coupé la moelle dans la région cervicale entre le point d'entrée du vague dans le bulbe et le point de sortie des nerfs vaso-dilatateurs et sympathique au niveau de la moelle thoracique.

S'il est permis de conclure des propriétés d'un nerf à sa fonction, le pneumo-gastrique reçoit de la muqueuse respiratoire une excitation qui est transmise au bulbe, descend dans la moelle cervicale et provoque à l'action les vaso-dilatateurs, qui vont de la moelle dorsale à la bouche et à la face par le cordon sympathique cervical. Ces données trouveront vraisemblablement leur application dans l'étude pathogénique de quelques symptômes des affections pulmonaires.

Trichines et trichinose. — M. POUCHET. Des rats nourris avec des viandes très-fortement trichinées n'ont pas présenté de traces de trichines.

M. PAUL BERT. La salaison et la fumure des viandes laissent les trichines vivantes. Elles meurent de leur belle mort au bout d'un certain temps. Il serait bien important de pouvoir être en possession d'un moyen permettant de déterminer le temps au bout duquel les trichines cessent de vivre dans ces viandes. Ce n'est pas tant la présence des trichines qu'il importe de déterminer que la constatation de ce fait, à savoir si elles sont vivantes ou mortes.

M. LABORDE a trichiné des lapins avec des viandes trichinées ayant bouilli pendant plus de trois heures et dont la température centrale avait été portée à 84°.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars 1881. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

COMMUNICATIONS

Sonde stomacale. — **M. DEBOVE** présente un appareil destiné à faire le lavage de l'estomac et qui a, sur le tube de Faucher, cet avantage que la sonde est munie d'un mandrin recourbé ayant pour but de faciliter son introduction dans l'œsophage. On sait, en effet, que le tube de Faucher doit, pour ainsi dire, être avalé par le malade. Or il est beaucoup de malades qui éprouvent les plus grandes difficultés pour avaler ce tube. C'est dans le but d'éviter cet inconvénient que M. Debove a remplacé le tube de Faucher par une grosse sonde en caoutchouc rouge dans laquelle s'engage un mandrin d'une courbure appropriée. Une fois l'isthme du gosier franchi, ce mandrin a fait son office et peut être retiré, la sonde pouvant s'introduire dans le reste du tube digestif avec la plus grande facilité.

Myélite, vomissements urémiques. — **M. FERRANT** lit, au nom de M. Dumas (de Cette), une observation ayant pour titre : vomissements urémiques au cours d'une myélite chronique de nature goutteuse. M. Dumas rattache, dans ce cas, les vomissements urémiques à la myélite d'origine goutteuse.

M. JOFFROY croit que cette relation pourrait être discutée.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication des deux ventricules. — **M. FÉRÉOL** présente le cœur d'un jeune homme qui a succombé dans son service. Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans, garçon boucher, qui, jusqu'à dix-huit ans, n'avait rien présenté de particulier et ne s'était jamais plaint de son cœur. A cet âge, il eut une bronchite, de l'essoufflement et quelques hémoptysies. Il y a dix-huit mois, il entra, pour une varioloïde, dans le service de M. Gombault, qui reconnut chez lui une malformation du cœur. Ayant succédé dans ce même service à M. Gombault, je trouvai, en effet, chez ce jeune homme un cœur très-hypertrophié ; il avait, en outre, de la cyanose d'une façon intermittente, les doigts hippocratiques, et il eut plusieurs hémoptysies. A l'auscultation, on trouvait le bruit de souffle décrit par M. Roger, bruit de souffle intense, systolique, ayant son maximum dans le troisième espace intercostal, à 2 centimètres du bord gauche du sternum ; il y avait aussi chez lui un frémissement cataire intense. Rien dans les poumons. Ce malade, s'étant trouvé mieux, quitta le service, puis y rentra quelque temps après. Le bruit de souffle avait conservé les mêmes caractères ; le malade était devenu tuberculeux. Je diagnostiquai un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication des deux cœurs. Ce malade ayant succombé, voici ce qu'on trouva à l'autopsie : hypertrophie énorme du cœur droit, qui était trois fois plus volumineux que le cœur gauche ; rétrécissement de l'artère pulmonaire ; communication des deux cœurs siégeant dans la paroi de l'infundibulum de l'artère pulmonaire ; tubercules et cavernes pulmonaires.

S'agit-il là de lésions congénitales ou acquises, et, si elles sont acquises, laquelle des deux a précédé l'autre ? Telles sont les questions que pose M. Féréol sans oser les résoudre.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

70. M. PÉRIER. Contribution à l'étude de l'épilepsie d'origine syphilitique. — 71. M. COSTE. De quelques points controversés de l'épilepsie. — 72. M. ROBERT. Contribution au traitement de la pleurésie purulente. — 73. M. BADUEL. Recherches anatomo-pathologiques et chimiques sur le foie cardiaque. — 74. M. ROUXEL. Effets et mode d'action du séjour dans l'air comprimé, dans le traitement de l'anémie et de l'obésité. — 75. M. ROUSSY. Recherches cliniques expérimentales sur la pathogénie. — 76. M. CHAMBARD. Du somnambulisme en général. — 77. M. ORTIZ (Jules). Du rhumatisme cérébral. — 78. M. CLOZIER. De la stérilité dans ses rapports avec l'inflammation chronique de la muqueuse du canal cervical. — 79. M. ROUX (Amédée). Des conditions organiques des opérés dans leurs rapports avec la reproduction du calcanéum en particulier. — 80. M. MARSEILLE. Des cyclites chroniques avec corps flottants du corps vitré, mouches volantes pathologiques. — 81. M. FOUILLOUX. Contribution à l'étude des pseudarthroses et en particulier de leur traitement par la suture osseuse. — 82. M. BAUR. De l'endocardite villeuse et verruqueuse. — 83. M. VÉRON. Considérations sur le traitement de l'amblyopie par la strychnine. — 84. M. TALAMON. Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque. — 85. M. MARY. Contribution à l'étude de quelques troubles nerveux qui surviennent chez les diabétiques. — 86. M. PLANCHAIS. Contribution historique à l'étude du zona. — 87. M. GUILMIER. Du traitement chirurgical de l'épithélioma de la langue. — 88. M. ULCOQ. Du pied-bot consécutif à la paralysie infantile et de son traitement. — 89. M. LÉVY. Recherches hématologiques dans les principales affections cutanées. — 90. M. DUVAL. De la sécrétion mammaire non puerpérale. — 91. M. BOLOT. De l'arthrite plastique ankylosante aiguë. — 92. M. DELBREIL. Recherches sur l'hydarthrose et son traitement. — 93. M. SAINTON. Étude sur une variété latente et bénigne d'empyème. — 94. M. D'ASTROS. Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques. — 95. M. CARON. Traitement de la métrite parenchymateuse chronique étudiée surtout au point de vue de l'ignipuncture.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Auguste Maugin, adjoint au maire de Douai, est nommé officier d'Académie.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Rouvre, député de l'Aube, qui vient de succomber à l'âge de soixante-seize ans.

— *Corps de santé de la marine.* — MM. Follet, médecin en chef; Ricard et Aurillac, médecins de première classe, viennent de prendre leur retraite.

MM. Boyé et Gallerand, médecins de deuxième classe ; Noguet et Bonnaud, aides médecins, ont donné leur démission.

— Les leçons de M. le professeur Depaul à l'hôpital des Cliniques sont momentanément suspendues jusqu'à ce que les services d'accouchement soient complètement installés dans les nouvelles constructions élevées sur les anciens terrains du Luxembourg.

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera le dimanche 20 mars, à neuf heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de l'hospice, un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle. Il le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'état mental des hystériques.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon commencera son cours d'histoire naturelle médicale le vendredi 18 mars 1881, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Hanriot, professeur agrégé, commencera le cours de chimie organique le 18 mars 1881, à une heure, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *École supérieure de pharmacie.* — Les cours du second trimestre commenceront le lundi 4 avril 1881.

M. le professeur Chatin fera le cours de botanique phanérogamique le mardi, le jeudi et le samedi, à midi. Il s'occupera plus spécialement cette année de la botanique systématique. La leçon du samedi sera remplacée soit par une conférence au Muséum d'histoire naturelle, soit, le dimanche, par une herborisation.

M. le professeur Bouis fera le cours de toxicologie, le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures du soir. Il traitera des généralités et exposera les procédés de recherches des divers poisons minéraux. Il s'occupera ensuite des gaz et des anesthésiques, des acides organiques, des alcaloïdes et des diverses matières toxiques, végétales et animales. Il terminera par les applications du microscope et du spectroscope à la recherche des taches de sang.

M. le professeur Baudrimont fera le cours de pharmacie chimique de première année le mardi, le jeudi et le samedi, à huit heures et demie du matin. Il traitera des éléments chimiques et de leurs combinaisons binaires inorganiques usitées en pharmacie.

M. le professeur Yungfleisch fera le cours de chimie organique de première année le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures et demie. Après avoir traité des généralités, le professeur fera l'histoire des carbures d'hydrogène, des alcools et des éthers.

M. Personne fera un cours complémentaire de chimie le mardi, le jeudi et le samedi à cinq heures du soir. Le professeur traitera de l'analyse générale qualitative et quantitative, et insistera plus particulièrement sur l'emploi des réactifs dans l'analyse quantitative par la voie humide et la voie sèche.

M. Bouchardat, professeur agrégé, fera un cours complémentaire d'hydrologie et d'histoire des minéraux le mardi, le jeudi et le samedi, à huit heures et demie du matin. Il s'occupera des notions de la géologie, des caractères physiques et chimiques des minéraux, enfin de la classification et de l'analyse des eaux minérales.

Les travaux pratiques, pendant le cours du second semestre, auront lieu :

1° Pour la chimie et pour les élèves de première année sous la direction de M. Moisson, maître des conférences et chef des travaux le lundi, le mercredi et le vendredi, de midi à quatre heures ;

2° Pour la chimie et pour les élèves de seconde année sous la direction de M. Personne, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, le lundi, le mercredi et le vendredi de midi à 4 heures ;

3° Pour la botanique et pour les élèves de troisième année, sous la direction de M. Gérard, maître de conférences et chef des travaux, le lundi, le mercredi et le vendredi, de midi à quatre heures ;

4° Pour la physique et pour les élèves de quatrième année, sous la direction de M. le professeur Le Roux, le lundi, de midi à quatre heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10924.

N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 19 MARS 1881. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Plusieurs cas de fièvre typhoïde à début insidieux et d'un diagnostic difficile.

Nous rapportions, il y a quelques semaines, un exemple de pneumonie typhoïde, qui avait maintenu pendant quelque temps le diagnostic en suspens entre une fièvre typhoïde avec pneumonie deutéropathique et une pneumonie primitive adynamique, revêtant l'aspect et la forme typhoïdes. Ce fait nous a remis en mémoire plusieurs cas plus ou moins analogues, dont nous avons été témoin et dans lesquels le diagnostic entre la pneumonie et la fièvre typhoïde avait présenté d'assez grandes difficultés. Peu de jours après, nous observions un de ces cas difficiles et qui a été l'occasion d'une de ces surprises d'amphithéâtre si communes.

Vers la fin de décembre dernier, entrait à la Pitié, dans le service de clinique de M. le professeur Lasègue, une femme de vingt-trois ans. Quelques jours auparavant, à la suite d'une frayeur, cette femme avait vu ses règles se supprimer subitement, et elle avait été prise presque aussitôt de fièvre, avec céphalalgie, diarrhée et courbature générale; puis, une angine s'était manifestée. En même temps, il était survenu de la toux. Telles étaient les manifestations morbides qui avaient constitué le début ou la première phase de cette affection.

A son entrée à l'hôpital, on constate de la bronchite généralisée; puis, les jours suivants, indépendamment de la bronchite, il se fait un foyer d'hépatisation pneumonique à droite.

La filiation et l'enchaînement de ces divers symptômes était difficile à établir. Il y avait bien, dans le début fébrile, la courbature, la céphalalgie, la diarrhée, quelques motifs de songer à une pyrexie continue, à une fièvre typhoïde, à laquelle pouvait être assez naturellement rattachée la série successive des phénomènes thoraciques, bronchite d'abord, précédée elle-même de l'angine, et noyau pneumonique. Mais plusieurs des phénomènes caractéristiques de la fièvre typhoïde manquaient : point de stupeur, intégrité parfaite des facultés intellectuelles, ventre souple, indolent, absence de taches lenticulaires, et l'on était au quinzième jour de la maladie.

Depuis que la maladie était entrée dans cette deuxième phase caractérisée par la prédominance des phénomènes thoraciques, toute l'attention semblait devoir se porter de ce côté, d'autant plus que quelques-uns des symptômes abdominaux, la diarrhée notamment, avaient disparu. Il y avait manifestement un foyer de pneumonie arrivée au moins au deuxième degré (souffle), greffée sur une bronchite généralisée.

Les choses en étaient là, et le diagnostic flottait entre deux états morbides, dont il semblait difficile d'établir la liaison, lorsqu'en peu de jours l'état de la malade s'aggrava, et un nouvel ordre de symptômes menaçants vint faire pressentir une mort prochaine. La diarrhée, qui avait cessé dans la période précédente, reparut, le ventre devint ballonné, la langue sèche, la température s'éleva à 41°, la malade fut prise d'un délire, qui fit bientôt place au coma, et la mort ne tarda pas à terminer cette dernière phase de la maladie.

A l'autopsie, on a trouvé des plaques de Peyer à divers degrés de développement, quelques-unes largement ulcérées, d'autres à la première période seulement, à l'état de feutrage, s'étendant depuis la valvule iléo-cæcale, jusqu'à plus de 30 centimètres au-dessus. Ganglions volumineux au niveau de la valvule, l'un d'eux à l'état de suppuration. Rate volumineuse et ramollie. Enfin vaste foyer d'hépatisation rouge dans le poumon gauche et trace de bronchite générale et d'emphysème très-étendu.

Les deux diagnostics, portés à deux moments différents de la maladie, étaient, comme on le voit, également fondés; la difficulté était de les faire concorder et de les fondre dans un diagnostic unique, mais complexe.

— Nous rapprocherons de ce dernier fait et de celui que nous avons rappelé au début de cet article quelques autres exemples des difficultés que présente souvent le diagnostic de la fièvre typhoïde au début; difficultés d'autant plus grandes qu'il arrive assez souvent que la fièvre typhoïde n'est point la maladie primitive, qu'elle est précédée, non point de ses prodromes ordinaires, mais d'une affection autre plus ou moins bien déterminée et au cours de laquelle elle se développe et se manifeste avec ses caractères propres. Cette circonstance s'est présentée plusieurs fois à notre observation pendant le cours de l'épidémie typhoïde actuelle. C'est ainsi que nous avons vu, il n'y a pas longtemps, dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, une fièvre typhoïde éclatant au cours d'une grippe bien caractérisée. La pyrexie typhoïde s'est, en quelque sorte, substituée à la

pyrexie grippale, dont les symptômes se sont effacés pour faire place à ceux de l'affection nouvelle, laquelle a évolué désormais seule et s'est terminée par la guérison.

Deux cas analogues se sont présentés récemment dans le service de M. le professeur Potain, à Necker. Le premier est celui d'un jeune garçon qui était, au moment où M. Potain en a entretenu ses élèves à sa clinique, au douzième jour de sa maladie. Cette maladie paraissait avoir eu jusque-là deux périodes bien distinctes : la première comprenant les huit premiers jours, pendant lesquels ce jeune homme avait eu une fièvre modérée, avec de la céphalalgie, qui ne l'avait pas empêché de continuer son travail habituel, mais qui rendait celui-ci très-pénible. Depuis quatre jours la scène avait changé : la céphalalgie était devenue beaucoup plus intense; le malade était pris de tournoiement de tête sitôt qu'il cherchait à s'asseoir dans son lit ; il était survenu des frissons et des saignements de nez ; la face avait pris un aspect de stupeur, le pouls était dicrote, la température à 38 (modérée). Il y avait, en outre, des signes d'embarras gastrique notable, de la diarrhée ; le ventre était sensible à la pression, qui déterminait du gargouillement. Il était évident que le malade venait d'entrer dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde, bien que sa maladie remontât déjà à plus de douze jours.

Un autre cas, qui s'est produit depuis, est celui d'une jeune fille de vingt ans entrée à l'hôpital à la troisième semaine de sa maladie. Elle avait de l'accablement, une fièvre assez intense, 40° de température, du gargouillement dans la fosse iliaque droite, quelques râles dans la poitrine ; la rate était sensiblement augmentée de volume. C'était encore là évidemment un début de fièvre typhoïde. Mais cette jeune fille était malade depuis trois semaines et sa fièvre typhoïde n'avait certainement pas cette date. Il n'y avait pas encore de taches. C'est donc dans le cours d'une autre affection fébrile, qui a évolué avant l'entrée de la malade à l'hôpital, que s'est manifestée l'affection typhoïde.

Ce fait paraît s'être présenté souvent depuis quelque temps. On comprend les difficultés que ces cas entraînent dans le diagnostic, comme dans le pronostic, et un peu aussi pour le traitement.

Hémiopie avec hémiplégie ou hémianesthésie.

M. le docteur Gille a observé et suivi pendant plusieurs mois, au commencement de l'année dernière, dans le service de son maître, M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade très-intéressant, atteint d'hémiopie latérale, accompagnée d'hémiplégie et d'hémianesthésie. La réunion de ces trois symptômes chez un même malade semblait être en contradiction avec l'opinion qui a généralement cours en France sur le siége des lésions qui déterminent l'hémiopie. On sait, en effet, qu'il est admis que l'hémiopie est le résultat nécessaire de la lésion d'une des bandelettes optiques ou de la région cérébrale circonvoisine. Il est bon d'ajouter que cette opinion est basée sur des faits pathologiques et anatomiques incontestables. De nombreuses observations montrent que la lésion d'une bandelette optique détermine l'hémiopie latérale. Mais faut-il en conclure que ce soit là une loi générale, absolue, et que l'hémiopie ne puisse pas se manifester, dans d'autres conditions plus complexes, sous l'influence de lésions plus étendues, siégeant au-delà des bandelettes, dans l'intérieur des hémisphères cérébraux, ainsi que cela a été soutenu déjà par de Græfe et paraît accepté aujourd'hui à l'étranger, notamment en Allemagne et en Angleterre ?

Quoi qu'il en soit, voici l'observation très-attentivement suivie et scrupuleusement recueillie par M. Gille.

Un homme de quarante-six ans se présenta le 4 janvier dans une clinique spéciale des maladies des yeux où l'on reconnut une hémiopie latérale gauche typique sans lésions du fond de l'œil. Ce malade admis à l'hôpital saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, voici ce que l'on a appris sur le début et la marche de son affection. Bien portant jusque-là, cet homme s'était réveillé un jour, distinguant très-imparfaitement les objets qui étaient autour de lui, ne sentant pas son côté gauche, et s'affaissant sur le côté paralysé, à l'issue de son lit. Il était paralysé du mouvement et de la sensibilité de tout le côté gauche. La face n'était pas déviée; il n'y avait pas de paralysie oculaire, point de déviation des yeux; mais la vue était profondément troublée, comme on va le voir tout à l'heure. A partir de ce moment, le malade ressentit une violente céphalalgie contusive occupant toute la tête. Il n'avait point perdu connaissance et son intelligence était intacte. Il y avait environ dix-huit mois que cet homme était dans cet état, lorsqu'il entra à l'hôpital.

Voici l'état où on le trouva alors. L'hémiplégie gauche existait encore, mais incomplète ; le malade traînait la jambe. Il n'y avait point de contracture, pas de raideur musculaire, point de douleurs dans les membres, pas d'exagération des réflexes tendineux. Les masses musculaires avaient diminué de volume. La température du côté gauche paraissait inférieure à celle du côté droit. L'hémianesthésie était complète pour tous les modes de sensibilité. Le sentiment de position des membres avait également disparu. La sensibilité générale ou spéciale des nerfs crâniens était également abolie dans tout ce côté. Enfin il y avait une hémiopie latérale gauche, c'est-à-dire que la moitié gauche de chaque champ visuel était supprimée. Tous les objets lui semblaient coupés en deux. La séparation entre les deux moitiés du champ visuel était très-nette, c'était une ligne verticale passant par le point de fixation. A gauche, il ne voyait rien. A droite, la vision était presque normale. La portion restante de chaque champ visuel était légèrement rétrécie. La perception des couleurs était conservée sur les deux yeux. Les pupilles se contractaient bien sous l'influence de la lumière.

L'examen ophthalmoscopique, fait à plusieurs reprises, a toujours été négatif; il n'y avait point de lésion du fond de l'œil.

L'intelligence était intacte, il n'y avait jamais eu de délire ; la céphalalgie persistait, le malade éprouvait souvent des étourdissements et des vertiges. Les autres appareils organiques fonctionnaient bien.

A plusieurs reprises, pendant les cinq mois que le malade a passés dans le service de M. Mesnet, on lui a injecté, en une seule fois, 1 gramme de solution au dixième de nitrate de pilocarpine; chaque fois on a vu la sécrétion sudorale commencer d'abord par le côté paralysé et y persister avec plus d'intensité. La sécrétion de la sueur s'établissait au bout de trois à quatre minutes et durait souvent dix à douze minutes; elle était extrêmement abondante du côté gauche, et, tant qu'elle durait, la sensibilité reparaissait du côté anesthésié. Elle persistait pendant vingt-quatre et trente heures, puis elle diminuait petit à petit, mais restait toujours un peu plus grande qu'avant l'injection; il y avait donc chaque fois maintien d'une partie du résultat obtenu.

Sous l'influence de ces sueurs abondantes, la sensibilité a fini par se rétablir définitivement. Le 30 juillet, l'anesthésie avait à peu près complètement disparu, et l'hémiplégie pouvait être considérée comme guérie.

Quant à l'hémiopie, elle persistait sans changements, l'acuité visuelle était devenue un peu meilleure, le malade avait appris à se mieux servir de ce qui lui restait de ses champs visuels, mais il lui était impossible de travailler.

— Se fondant sur la brusquerie de l'attaque, sur l'absence de prodromes et de phénomènes symptomatiques ultérieurs, sur l'apparition instantanée et simultanée de tous les symptômes : hémiopie, hémiplégie et hémianesthésie, M. Gille en a conclu que ce malade était atteint d'une lésion en foyer d'un hémisphère cérébral ; foyer hémorrhagique plutôt que ramollissement, à cause de l'absence de prodromes, de l'intégrité du système cardio-vasculaire et de l'absence de troubles intellectuels.

Quant au siège de la lésion, il était rendu évident, par la simultanéité de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie avec l'hémiopie, qu'il n'était pas dans la bandelette optique. M. Gille pense qu'il n'était pas davantage dans les pédoncules cérébraux, un foyer d'hémorrhagie développé dans les pédoncules ne pouvant déterminer l'hémiopie qu'en détruisant d'abord complètement le pédoncule pour faire irruption en dehors de lui et atteindre la bandelette optique, auquel cas on aurait eu les symptômes propres aux hémorrhagies méningées; or ils n'existaient point ici.

Par voie d'élimination, il ne restait plus que l'hypothèse, la plus probable ici, d'une lésion située dans la capsule interne, et à sa face interne, où se trouve la couche optique, lésion peu profonde et qui n'aurait pas été suivie de la destruction de cette capsule interne, puisque l'hémiplégie et l'hémianesthésie se sont dissipées. L'hémiopie, dans ce cas, ne serait pas due à la lésion de la couche optique en tant que centre visuel, que noyau d'origine du nerf optique, mais à la destruction par le foyer hémorrhagique des fibres qui, de la bandelette optique, se portent vers l'écorce cérébrale, et qui sont d'abord accolées à l'enveloppe de la couche optique.

Ce diagnostic, basé sur une analyse physiologico-pathologique extrêmement délicate, et très-ingénieusement déduit de la concordance des symptômes avec les données physiologiques sur le rôle respectif des divers éléments cérébraux mis en cause, n'a pas, — heureusement pour le malade, — reçu la sanction de l'examen autopsique.

Mais il a pour lui des précédents cliniques nombreux, montrant la coïncidence fréquente de l'hémiopie latérale avec hémiplégie et hémianesthésie du même côté, et quelques-uns d'entre eux avec démonstration anatomique, tels, par exemple, qu'une observation de Huglings Jackson dans laquelle on voit un sujet atteint d'hémiopie latérale gauche avec hémiplégie et hémianesthésie du même côté, et qui, étant venu à succomber, a présenté à l'autopsie un ramollissement de l'extrémité postérieure de la couche optique droite.

D'où M. Gille a pu conclure à l'existence d'un type clinique bien défini, très-fréquent, répondant à une lésion en foyer, localisée dans l'extrémité postérieure de la couche optique, sans lésion des bandelettes.

Des effets des modifications de la sécrétion sudorale sous l'influence de la pilocarpine chez les sujets atteints d'affections en foyer du cerveau.

On a vu dans l'observation qui précède que l'administration d'une solution de nitrate de pilocarpine au vingtième en injection hypodermique, à la dose de 1 gramme, répétée à plusieurs reprises, avait produit chaque fois, chez le malade qui en fait le sujet, une sécrétion sudorale abondante, à la suite de laquelle la sensibilité et le mouvement reparaissaient en partie dans le côté paralysé, et qu'en définitive cette médication a eu pour résultat la guérison de la paralysie, moins l'hémiopie, qui a seule persisté. M. Gille a fait, à cette occasion, et sur ce point intéressant de thérapeutique, des recherches dont les résultats sont trop intéressants pour que nous ne croyions pas devoir les résumer ici.

M. Gille s'est servi, dans plusieurs cas d'affection des hémisphères cérébraux et dans quelques cas d'affections médullaires, d'une solution de pilocarpine au dixième dont il injectait 1 gramme, quelquefois 1 gramme 1/2.

Dans huit cas à peu près identiques d'hémiplégies, quelques-uns simples, la plupart avec hémianesthésie, résultant d'hémorrhagies ou de ramollissements, une fois d'intoxication saturnine, les injections de pilocarpine ont constamment déterminé une augmentation de la sécrétion sudorale, augmentation le plus souvent considérable, mais beaucoup plus surtout du côté paralysé que du côté sain. A cet égard, M. Gille n'a pas observé de différences dans les cas d'hémiplégie avec ou sans anesthésie. Il a remarqué que la sécrétion sudorale s'accompagne quelquefois d'une congestion manifeste de la peau, et, quand il y a anesthésie, d'un retour presque complet de la sensibilité et parfois même d'un certain degré d'hyperesthésie.

La sensibilité ainsi récupérée pendant la sécrétion sudorale se maintient un jour ou deux, puis diminue lentement, mais reste toujours supérieure à ce qu'elle était auparavant, si bien qu'on a pu arriver ainsi à la guérison.

Ces conclusions paraîtraient s'appliquer également à l'hémianesthésie saturnine, si toutefois il est permis de conclure d'un seul cas.

Enfin, dans un cas de paraplégie complète par myélite chronique limitée à la région dorsale, sans anesthésie ni hyperesthésie, le seul cas de ce genre sur lequel on ait pu expérimenter, la sécrétion sudorale a été obtenue avec une injection de 1 centigramme de pilocarpine; mais elle a été beaucoup plus faible dans les membres paralysés qu'aux bras et à la face.

Il sera intéressant de voir répéter ces expériences, qui promettent des applications heureuses.

REVUE DE LA PRESSE

Influence de l'hydrate de chloral sur le diabète. — Les expériences nombreuses que M. le docteur F. Eckhard vient de faire sur des animaux confirment pleinement l'opinion émise par Mering et Musculus de l'action du chloral sur les diabétiques. En effet, si l'on injecte sous la peau d'un chien une certaine quantité d'hydrate de chloral, et que l'on vienne ensuite à piquer le quatrième ventricule, l'urine examinée ne contient aucune trace de sucre. D'autre part, si sur un autre animal on commence par piquer le quatrième ventricule, il y a glycosurie, mais le sucre disparaît dès que l'on vient à pratiquer une injection de chloral.

Enfin, si l'on sectionne le vague au niveau du cou et qu'on excite le bout central, on produit une glycosurie réflexe; or ce dernier phénomène fait complètement défaut si l'on agit sur des chiens chloralisés. De même encore l'urine ne contient pas de sucre chez les animaux auxquels on fait respirer de l'oxyde de carbone, dans le cas où ils auraient absorbé auparavant 5 grammes de chloral.

Cette action si évidente du chloral sur la glycosurie ainsi prouvée a pu être également appliquée à l'homme. C'est ainsi que, chez un diabétique qui avait été soumis à l'emploi de cette substance, on constata une diminution notable à la fois de la quantité des urines et de leur contenu en sucre. Chez un second malade, l'auteur observa seulement une diminution considérable de la polyurie. (*Lyon médical.*)

Absence des grandes lèvres, du clitoris, de l'utérus et des ovaires chez une personne ayant toutes les apparences d'une femme. — M. le docteur Caro, président de l'Académie de médecine de New-York, a eu l'occasion de constater le fait suivant. Il s'agit d'une Italienne, âgée de trente-neuf ans, mariée depuis neuf ans, mais stérile et n'ayant jamais eu ses règles. Pendant bien des années elle avait éprouvé des attaques périodiques de douleurs aiguës analogues à celles de l'angine de poitrine et pour lesquelles elle avait été traitée par les saignées, les ventouses et les purgatifs.

Le docteur Caro, appelé à lui donner récemment des soins, la guérit entièrement au moyen du nitrate d'amyle, et c'est en l'examinant pour se rendre compte des causes de la stérilité et de l'aménorrhée qu'il découvrit cette singulière aberration de la nature.

Il trouva, en effet, un vagin conique très-étroit et de deux pouces et demi de profondeur; pas de traces de l'utérus, si ce n'est un nodule rudimentaire de la grosseur d'une petite graine de chènevis; absence complète des deux ovaires, du clitoris et des grandes lèvres; quelques poils clairsemés sur le mont de Vénus. Cette Italienne n'avait jamais éprouvé aucun désir sexuel. Les seins étaient bien développés, mais sans aréoles, et les mamelons étaient à l'état rudimentaire. Il n'y avait pas de poils sous les aisselles.

Enfin tout le reste du corps annonçait une femme. Quant à son intelligence, elle ne présentait rien de particulier; elle était au niveau de celle du commun des femmes de la campagne en Italie. (*Réveil médical.*)

Observation d'un cas de delirium tremens guéri par le haschisch. — Parmi les substances conseillées pour combattre le delirium tremens se trouvent en première ligne l'opium et le chloral. Mais à côté de ces médicaments il faut placer aussi un agent thérapeutique, le haschisch, dont les propriétés sédatives ne sont pas douteuses. Elles ont été affirmées par un grand nombre d'auteurs, Trousseau et Pidoux, Gubler, qui, dans ses commentaires du codex, dit qu'on peut administrer le chanvre indien dans un grand nombre de maladies et utiliser son action soporifique et stupéfiante, anodine et hypnotique, antispasmodique et hypocinétique. Frommüller considère aussi le haschisch, administré à une dose suffisante, comme un hypnotique sûr, susceptible de provoquer un sommeil offrant la plus grande analogie avec le sommeil naturel.

L'indication du cannabis indica dans le traitement du delirium tremens semble donc toute rationnelle; c'est ce qui a engagé M. le docteur F. Villard (de Guéret) à y recourir pour un de ses malades chez lequel le chloral et l'opium n'avaient produit aucun effet.

Il s'agit d'un homme robuste et vigoureux, âgé de quarante-huit ans, alcoolique, adonné surtout à l'eau-de-vie dont il ne buvait guère moins d'un demi-litre par jour. Cet homme, déjà en proie depuis plusieurs mois à des chagrins violents et à de grandes préoccupations, était devenu sombre, inquiet, parlant peu, lorsqu'une certaine nuit il fut pris d'une vive agitation, les yeux hagards, la face rouge injectée, la langue tremblante, les mains et les bras sans cesse en mouvement, les jambes également tremblantes. Vision d'animaux de toutes sortes qu'il cherche à saisir et à écraser. Le pouls est rapide, à 112. Constipation. Un lavement purgatif et une potion avec 5 grammes d'hydrate de chloral sont ordonnés et pris sans aucun résultat. La nuit, nul effet non plus d'une potion avec 15 centigrammes d'extrait thébaïque. Le lendemain même potion avec 20 centigrammes; la nuit est un peu plus calme, mais sans sommeil; l'état est le même, délire intense. Deux hommes sont nécessaires pour maintenir le malade dans son lit. Il parvient néanmoins à s'échapper, il gagne la rue, et, heurtant le trottoir, il fait une chute qui occasionne une plaie à la nuque. Pouls 130.

C'est alors que le docteur Villard prescrit un julep de 120 grammes avec 50 centigrammes d'extrait de haschisch, une cuillerée à bouche toutes les deux heures. L'état persiste, si ce n'est que le pouls est tombé à 116. Le lendemain, la prescription est continuée; seulement la dose est élevée à deux cuillerées à bouche toutes les heures. Sous l'influence du médicament, et, après une agitation qui a duré jusqu'à onze heures du soir, le malade s'est endormi; il avait, à ce moment, pris environ 35 centigrammes d'extrait de haschisch dans l'espace de quatre heures. A la visite du matin, il ne s'était pas encore réveillé; le sommeil était calme, tranquille; la physionomie était redevenue normale, le pouls régulier, à 84. Enfin, douze heures après qu'il s'était endormi, il s'éveillait et demandait à manger. Dans la journée, le calme persista, il dormit encore trois heures. Il répondait bien, et sans hésitation, aux questions qui lui étaient adressées; il ne voyait plus d'animaux autour de lui, enfin il n'avait plus de tremblement ni de la langue ni des mains. Le malade éprouvait seulement un peu de fatigue. Le pouls restait à 84.

La potion fut ordonnée encore pour la nuit. Mais, dès le soir, dix heures, il s'endormait de nouveau pour ne se réveiller qu'à sept heures du matin. Toute trace d'agitation et de délire avait disparu. Le malade avait un peu d'appétit.

Les jours suivants, le malade a pu reprendre ses occupations, se plaignant seulement d'une certaine fatigue dans les bras et les jambes.

Il résulte de cette observation, dit M. le docteur F. Villard : 1° que l'hydrate de chloral à la dose de 5 grammes, pris en dix heures, n'a donné aucun résultat; 2° que l'extrait thébaïque continué pendant deux jours à la dose de 15 et 20 centigrammes pour douze heures environ, n'a pas été suivi d'effet appréciable; 3° que, par contre, le haschisch a eu une action sédative des plus remarquables. Mais ce dernier médicament a dû être donné à dose relativement élevée pour produire des effets hypnotiques certains. A dose plus faible, il n'aurait procuré que des résultats enivrants et exhilarants. Dans tous les cas, l'auteur de cette observation remarquable dit en terminant qu'il faut se conformer au précepte de West, c'est-à-dire consulter la tolérance du malade pour ce médicament et n'en commencer l'administration que par des doses faibles pour les augmenter graduellement. (*Progrès médical.*)

Polyurie syphilitique. — D'après M. le professeur Semmola, il existerait une nouvelle forme de syphilis cérébrale, ou du moins un trouble fonctionnel, qui n'a pas encore été décrit jusqu'à présent, lequel aurait son siège en un point spécial du cerveau et dépendrait du processus syphilitique; ce serait une polyurie syphilitique.

M. Semmola en a constaté trois cas cliniques, pour lui parfaitement concluants. L'un des malades observés par lui émettait dans les vingt-quatre heures quarante-trois litres d'urine dont le poids spécifique variait entre 1001 et 1005. Tous les moyens curatifs employés jusque-là non-seulement avaient échoué, mais encore avaient aggravé les accidents, lorsque M. Semmola, ayant découvert chez son malade l'existence d'une vieille syphilis constitutionnelle, pensa qu'un processus syphilitique développé sur le plancher du quatrième ventricule aurait bien pu reproduire pathologiquement les expériences physiologiques de Claude Bernard.

Pénétré de cette idée, il soumit alors son malade au traitement par les injections hypodermiques d'albuminate de mercure et à

l'usage interne de doses progressives d'iodure de potassium. La guérison complète fut obtenue dans l'espace de deux mois. (*Courrier médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATION

Kyste hydatique du foie. — M. CHAUVEL communique une observation de kyste hydatique du foie guéri par l'ouverture directe avec le thermocautère. Il s'agit d'un jeune sous-officier qui, sans cause appréciable, vit son hypochondre droit augmenter de volume. Ce malade entra dans le service de M. du Cazal qui, reconnaissant tous les signes d'un kyste hydatique du foie, pratiqua une ponction exploratrice ; celle-ci donna issue à 3 litres et demi d'un liquide limpide, contenant de l'albumine et des échinocoques. Peu de temps après, une seconde ponction fut jugée nécessaire, et, cette fois, il sortit 750 grammes de pus fétide.

Dès lors le malade passa du service de M. du Cazal dans celui de M. Chauvel.

Le 1er décembre 1880, M. Chauvel fit, sur le point le plus saillant, une incision de 5 à 6 centimètres ; arrivé sur le péritoine pariétal, il se trouva en présence d'une tumeur dure, saillante, sans fluctuation apparente. M. Chauvel appliqua le pansement de Lister, plaça de la charpie phéniquée entre les lèvres de la plaie, pour l'empêcher de se réunir ; puis, lorsqu'il crut avoir obtenu des adhérences suffisantes, il fit, à la partie supérieure de la plaie, une ponction, qui donna issue à un liquide assez clair et à des dépôts membraneux. Quatre ponctions furent ainsi successivement pratiquées du 13 décembre au 24 janvier, et, dans cet intervalle, il y eut des signes de rupture du kyste dans l'intestin. La tumeur conservant ses dimensions et la dernière ponction ayant donné du pus, M. Chauvel divisa lentement, couche par couche, avec le thermocautère ; arrivé sur la poche, il l'ouvrit avec le bistouri ; un flot de pus s'échappa ; il plaça dans le fond de la plaie un gros tube en caoutchouc de 5 à 6 centimètres de long et de 1 centimètre de diamètre ; des lavages furent faits avec une solution phéniquée à 2 p. 100; pansements antiseptiques.

Le 13 février, la plaie extérieure était cicatrisée, sauf au niveau du passage du tube. Plusieurs fois, le malade avait éprouvé une sensation de plénitude de liquide dans le ventre et avait présenté des urines bleu foncé.

Il ne faut pas, dit M. Chauvel en se résumant, tenter l'ouverture directe avant de s'être assuré de la profondeur exacte du point où se trouve le liquide. L'emploi du thermocautère et les pansements antiseptiques constituent une méthode qui semble préférable à celle des caustiques.

M. VERNEUIL emploie pour le traitement des kystes hydatiques suppurés une méthode mixte qui consiste dans l'introduction jusque dans la poche kystique, à l'aide d'un gros trocart, d'une sonde en caoutchouc rouge s'adaptant exactement à la canule du trocart. Puis on se sert de cette sonde comme Reybart se servait du trocart même ; on peut faire des injections antiseptiques dans ce tube. Les adhérences s'établissent et, à partir du huitième jour, la poche s'enflamme légèrement, les hydatides meurent ; la suppuration s'établit, on retire la sonde, et l'on voit sortir par la plaie, non-seulement des hydatides, mais des portions de la paroi de la poche. Cette suppuration dure environ trois semaines ; on peut remettre la sonde tous les deux jours pour faire des lavages. C'est là un moyen très-simple que M. Verneuil emploie depuis plusieurs années avec un succès constant. Il n'a, en effet, perdu qu'un seul malade par thrombose des veines hépatiques.

M. DESPRÈS préfère à tous les procédés celui de Récamier, l'ouverture par les caustiques. Il a toujours eu recours à ce procédé et n'a perdu qu'un seul malade de péritonite sur sept opérés. Il cite en effet plusieurs exemples dans lesquels cette méthode lui a donné les meilleurs résultats.

M. MARC SÉE reproche à la méthode de Récamier de prendre trop de temps et d'être, par conséquent, inapplicable dans certains cas. Dans les cas où il faut une intervention prompte, il préfère une simple ponction avec la canule à demeure. Dans les kystes hydatiques suppurés, les lavages phéniqués ne suffisent pas pour déterger la poche. Récemment, M. Sée, pour un cas très-grave, a eu l'idée de faire construire, par M. Collin, une canule spéciale, recourbée en forme de demi-cercle, ouverte sur le milieu de son trajet et disposée de telle façon qu'elle permette de faire alternativement de l'aspiration et des injections phéniquées. Cet instrument fonctionne très-bien.

M. BERGER demande à M. Chauvel le point exact où il a pratiqué sa seconde opération.

M. TILLAUX demande à M. Chauvel si son malade n'avait pas subi un traumatisme dans la région du foie. On sait, en effet, que très-souvent les kystes hydatiques se développent dans des points qui ont été le siège d'un traumatisme. M. Tillaux en cite un exemple dans lequel il s'agit d'un kyste hydatique de l'épaule survenu à la suite d'une contusion de cette région.

Quant au traitement, il faut, avant toutes choses, faire une simple ponction évacuatrice ; il existe, en effet, un grand nombre de guérisons de kystes hydatiques par une seule ponction. Si ce procédé échoue, voici celui que préfère M. Tillaux : il emploie la pâte de Vienne pour diviser la peau et les couches sous-cutanées ; quand il est arrivé à n'avoir plus qu'une paroi très-peu résistante, il enfonce une flèche de Canquoin dans toute sa longueur et la laisse en place ; il obtient ainsi une large ouverture par laquelle le kyste se vide en masse. Ce procédé présente les avantages suivants : il assure les adhérences, donne une très-large ouverture par laquelle les hydatides et les débris de la poche sortent librement, supprime toute espèce de canule et n'entraîne qu'une inflammation très-limitée.

M. VERNEUIL préfère son procédé à celui de M. Tillaux. Pourquoi chercher si laborieusement des adhérences qu'on n'est jamais sûr d'obtenir, quand on arrive au même but avec une simple canule et un tube de caoutchouc ? Le tissu hépatique, dans ces cas, est quelquefois très-dur ; M. Tillaux le traversera-t-il toujours avec sa flèche de Canquoin ? En outre, cette cavité, si largement ouverte, n'est pas sans inconvénients ni même sans dangers. M. Verneuil condamne d'une façon absolue l'emploi des caustiques comme moyen préalable d'aborder un kyste hydatique.

M. CHAUVEL répond à M. Tillaux que son malade n'avait pas subi de traumatisme antérieur; à M. Berger que la seconde opération a été pratiquée dans le huitième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire ; qu'enfin l'emploi de la canule à demeure ne lui paraît pas sans danger et a, dans quelques cas, été suivi de mort.

Nivellement sous-périosté d'un cal difforme. — M. PONCET (de Cluny) présente des moulages et une observation de nivellement sous-périosté d'un cal difforme, dans un cas de fracture de jambe.

Le malade, artilleur au 21e régiment, présentait une de ces fractures de jambe difficilement réductibles. M. le docteur Servier, qui reçut le blessé, eut à lutter de suite contre une menace de perforation de la peau par le fragment supérieur. Au cinquante-troisième jour, la consolidation paraissant effectuée, M. Servier réséqua une petite portion de la pointe, évaluable à un pois. La plaie suppura et guérit sans accident. Mais, au soixante-quatorzième jour, M. Poncet, prenant le service, reconnut encore de la mobilité dans les fragments ; le malade sentait du reste le frottement des deux bouts de l'os. Un appareil silicaté amena la guérison complète au cent quatrième jour : la peau au niveau du cal restait mince, rouge, tendue, prête à s'ulcérer. Le ressaut, entre les deux fragments était de 2 centimètres sur la face interne tibiale. En présence de la formation prochaine d'un ulcère, d'une hyperostose, et des inconvénients qui en résulteraient pour la marche, M. Poncet se décida à rectifier ce cal. Une incision longitudinale de 10 centimètres permit de détacher un lambeau en volet, large de 5 centi-

mètres. Le périoste fut soigneusement décollé ; la gouge et le maillet servirent à régulariser la surface osseuse, qui était très-dure et difficile à entamer. Le ressaut étant effacé, le lambeau fut exactement suturé et un tube placé à sa base.

L'opération avait été faite sous le brouillard phéniqué ; le pansement au coton fut institué ; et, au cinquième jour, la réunion était parfaite.

Au dixième jour, le malade marchait, et la peau avait repris sa couleur normale.

Cet homme, qui aurait été assurément retraité avant l'opération, ne fut même pas réformé après le nivellement du cal.

M. Poncet rapproche ce fait de celui présenté par M. Perier à la Société pour un cal de fracture du clavicule. Bien qu'il n'ait pas suivi le pansement de Lister rigoureusement, il a obtenu la réunion immédiate. Ce succès présente ici un intérêt tout particulier, car l'accolement s'est fait avec une surface travaillée à la gouge et au maillet, sur des éléments contusionnés. La physiologie de cette union devrait être étudiée sur des animaux. Quelle qu'elle soit, la régularisation sous-périostée du cal difforme dans une fracture est une méthode à généraliser, car elle permet de rétablir en quelques jours les fractures compromises d'un membre.

Affections traumatiques du testicule. — M. MONOD fait avec M. Terrillon des recherches sur les maladies du testicule. Ils ont fait un grand nombre d'expériences sur les chiens ; en frappant avec un maillet sur le testicule ou en le pinçant entre les mors d'une pince, ils n'obtenaient rien. Cette absence de lésion tenait à ce que le testicule n'était pas suffisamment fixé. En effet, dès que celui-ci était fixé, on obtenait, par la contusion directe, des lésions considérables et particulièrement un épanchement sanguin intra-testiculaire, avec rupture de l'albuginée et souvent épanchement dans la tunique vaginale. Il faut une force représentée par un poids de 50 kilogrammes pour obtenir la rupture de l'albuginée.

Les observations d'affections traumatiques du testicule publiées jusqu'ici étant extrêmement rares, M. Monod demande à ses collègues de lui faire connaître celles qu'ils pourraient avoir et dans lesquelles il s'agirait de contusions du testicule suivies de suppuration ou d'atrophie.

M. ANGER. En 1878, j'ai observé un jeune homme de seize à dix-sept ans qui, dans une chute sur le périnée, se fit une petite contusion du testicule ; cependant il y eut un léger épanchement séro-sanguin dans la tunique vaginale ; une seule ponction donna issue à un petit verre de liquide séro-sanguin. Le malade guérit rapidement. Mais, trois semaines après la guérison, son testicule était complètement atrophié. Cette atrophie est aujourd'hui absolument complète ; il n'y a plus rien dans le scrotum, ni testicule, ni épididyme, ni cordon.

M. MONOD. On trouve un cas absolument semblable dans une thèse de Paris de 1830. Il semble que les violents traumatismes du testicule peuvent produire trois choses : une hématocèle traumatique, une épididymite traumatique, une véritable atrophie du testicule.

ÉLECTION

La commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de titulaire se compose de MM. Monod, Nicaise et Delens.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 10 mars 1881, M. le docteur Boucomont a été nommé médecin inspecteur des eaux de Royat, en remplacement de M. le docteur Basset, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Cotreuil, externe du service de M. le professeur Laboulbène, qui a succombé, hier jeudi, aux atteintes d'une fièvre typhoïde contractée dans le service. Le service funèbre aura lieu le 19 mars, à dix heures précises, au lycée Louis-le-Grand.

— *Corps de santé militaire.* — Sont inscrits sur le tableau d'avancement de l'année 1881, proposés et classés :

1° *Pour le grade de médecin principal de première classe :* MM. Cochu, Hamel, Arnould, Papillon, Lagarde, Hattute, Vallin, Aron (J.), Mourlon et Mathieu.

2° *Pour le grade de médecin principal de deuxième classe :* MM. Guérin, Krug-Basse, Paoli, de Courtois, Arnaud (B.), Badour, Kelsh, Jacob, Chauvel.

3° *Pour le grade de médecin-major de première classe :* MM. Bouchardat, Mathias, Schindler, Soulbieu, Vieusse, Darazey, Eichinger, Hahn, Minzior, Mabboux, Annequin, Rouflay, Sorel, Delmas, Accolas, Richard, Viry, Lemardeley, Gayda et Nicol.

4° *Pour le grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. Salvetat, Hoigne, Isambert, Maire, Antony, Cadot, Billot, Landriau, Demandre, Testevin, Baudot, Dubujadoux, Morer, Bachos, Capdevielle, Vautrin, Mareschal, Voizard, Boutié, Bruant, Yvert, Martin (M.-A.), Voillard et Guiard.

5° *Pour le grade de pharmacien principal de première classe :* M. Strohl.

6° *Pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe :* MM. Brouillard, Warnier et Babeau.

7° *Pour le grade de pharmacien-major de première classe :* MM. Burcker, Moullade et Balland.

8° *Pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe :* MM, Prestat, Jehl et Beunat.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats, au nombre de vingt-deux, du concours pour la nomination à huit places d'aide d'anatomie qui doit s'ouvrir le lundi 21 mars 1881, sont, par ordre alphabétique : MM. Barette, Berne, Carafi, Catuffe, Chaput, Clado, Coculet, Darnalix, Gilson, Guinard, Hache, Jarry, de Lapersonne, Launois, Leclerc, Luc, Pousson, Régnier, Trousseau, Tuffier, Verchère et Walther.

Le jury se compose de MM. Sappey, président ; Guyon, Verneuil, Peyrot et Farabeuf.

Les candidats du concours pour la nomination à deux places de prosecteur qui doit s'ouvrir ce même jour, lundi 21 mars 1881, sont au nombre de douze. Ce sont : MM. Brun, Castex, Coudray, Jarjavay, Labbé, Ménard, Méricamp, Michaux, Ozenne, Poirier, Ramonède et Routier.

Le jury est composé de MM. Sappey, président ; Béclard, Duplay, Richet et Robin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 19 mars 1881, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Matières du cours : études de pathologie expérimentale sur le système nerveux.

M. le professeur Peter commencera son cours de pathologie médicale le samedi 19 mars 1881, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Matières du cours : les fièvres (continues, intermittentes et éruptives) ; les maladies infectieuses ; les maladies générales (chlorose, scrofule, goutte, etc.)

M. le professeur Bouchardat commencera son cours d'hygiène le samedi 19 mars 1881, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Matières du cours : misère, hôpitaux, hospices, crèches ; alimentation ; hygiène morale.

M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le samedi 19 mars 1881, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Sujet du cours : applications générales de la pharmacologie à l'art de formuler ; étude des principes immédiats utilisés en thérapeutique.

M. le docteur Gariel, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de physique médicale le samedi 19 mars 1881, à deux heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il traitera pendant le

semestre d'été les sujets suivants : acoustique, étude des phénomènes lumineux, notions de météorologie et de climatologie.

M. le professeur Guyon commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 21 mars 1881, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Matières du cours : maladies des os et des vaisseaux.

M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 21 mars 1881, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera du mariage, de la grossesse, de l'accouchement, de l'avortement, des attentats aux mœurs et du viol.

M. le docteur Ollivier, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le lundi 21 mars 1881, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis suivants, à la même heure. Les leçons porteront sur l'anatomie pathologique de la peau.

M. le docteur Grancher, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le lundi 21 mars 1881, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera pendant le semestre d'été des maladies du système nerveux.

M. le docteur Chantreuil, agrégé, suppléant de M. le professeur Pajot, commencera le cours d'accouchement le mardi 22 mars, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — M. Chantreuil traitera cette année de l'accouchement dans les différentes présentations, de la pathologie de la grossesse et des accouchements difficiles ou dangereux.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Hébert fera, dimanche prochain, 20 mars 1881, une excursion géologique à Gentilly, Villejuif, etc. — Le rendez-vous est fixé, à midi précis, à la porte de Gentilly.

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. — Paris, 1881, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10931.

Nº 34. — MARDI 22 MARS 1881. 54e ANNÉE. MARDI 22 MARS 1881. — Nº 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

De l'action de l'alcool sur l'économie et de son emploi chez les enfants (1).

II

Après vous avoir fait connaître dans notre dernière conférence les propriétés de l'alcool, son action sur l'économie, et les faits physiologiques qu'il détermine, suivant la dose à laquelle il est administré, je dois parler aujourd'hui de son emploi selon l'âge, selon l'état pathologique, selon l'état morbide. Lorsque l'enfant qui vient de naître ne crie ni ne se débat, s'il paraît comme asphyxié, impuissant à respirer, après avoir eu recours à la respiration artificielle, vous lui donnerez l'alcool : 1° à l'extérieur, sous la forme d'un bain de vin ; et 2° à l'intérieur, c'est-à-dire par cuillerée à café, tous les quarts d'heure, d'un mélange composé d'une cuillerée à dessert de vin de Malaga dans un verre à Bordeaux d'eau sucrée, que vous lui verserez dans la bouche goutte à goutte, la tête penchée en bas.

Ce n'est pas que l'alcool puisse servir à élever les enfants, mais, dans les circonstances dont je vous parle, c'est un excellent moyen de produire une action réflexe et de ranimer un petit être complètement déprimé dès sa naissance.

Il est aussi des enfants affaiblis, pâles par suite d'insomnie, par suite d'une dentition laborieuse, etc., qui tettent moins bien, et chez lesquels ce même mélange d'eau sucrée et de malaga pendant vingt-quatre heures sera d'un excellent emploi.

Un fait étrange, c'est que chez les sujets atteints de bronchite capillaire, de broncho-pneumonie ou de pneumonie, la plupart des médicaments en usage, aconit, kermès, vomitifs et autres, ne font que déprimer davantage les forces déjà diminuées par la maladie, et ne font qu'aller contre l'effet curatif que l'on se propose, tandis que, malgré la calorification plus grande produite par l'état pathologique, l'alcool leur convient à merveille et constitue avec les vésicatoires le seul traitement convenable. Qu'à la fin, ou tout à fait au début de la bronchite capillaire, on donne un vomitif, passe encore; mais plus tard vous vous y opposerez, et vous prescrirez de 15 à 20 grammes d'eau-de-vie ou 40 à 50 grammes de vin de Malaga dans un julep gommeux à prendre d'heure en heure.

Par contre, dans les autres affections des voies respiratoires, telles que la laryngite striduleuse, la laryngite aiguë, l'inflammation aiguë des grosses et des moyennes bronches, ce n'est plus l'alcool qui convient, mais bien alors les vomitifs, les médicaments nervins, les révulsifs, à la condition toutefois de ne pas trop déprimer les forces.

La bronchite chronique, l'adénopathie bronchique, la phthisie chronique elle-même, réclament l'alcool, à moins, dans cette dernière affection, d'une consomption marquée du malade.

Je prescris ainsi chez les enfants atteints de l'une ou l'autre de ces maladies le traitement complet que voici : eaux minérales sulfureuses d'Enghien, du Mont-Dore, des Eaux-Bonnes pendant une quinzaine de jours, ainsi que le lait d'ânesse; puis, avant et pendant chaque repas, soit du vin de Malaga étendu d'eau, soit de l'eau-de-vie et de l'eau; l'arsenic et le phosphate de chaux, quinze jours l'un, quinze jours l'autre, la bière d'extrait de malt; enfin des révulsions sur la peau, soit avec la teinture d'iode, soit avec des emplâtres de thapsia, soit l'application de vésicatoires volants.

Si maintenant je passe aux voies digestives, je vous dirai : Pas d'alcool dans l'angine aiguë, dans l'amygdalite aiguë, pultacée ou autre. Par contre, dans l'angine couenneuse, dans la diphthérite, donnez l'alcool intus et extra, en irrigations et à l'intérieur. Ne cherchez pas à cautériser, mais à modifier les surfaces par du jus de citron, par du vin ou du vinaigre aromatique à la dose d'une à deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau chaude comme gargarisme. On peut aussi employer comme modificateur, le phénol et l'acide phénique; voilà pour le traitement local. Quant à la médication générale, repoussez tout d'abord tous les agents capables d'affaiblir le malade, repoussez le mercure, les alcalins, les médicaments nervins, le bromure de potassium, etc., pour vous adresser exclusivement aux moyens qui peuvent soutenir ou relever les forces de l'enfant : tels que le vin, même le Champagne, l'eau-de-vie étendue d'eau, le café, le thé, les stimulants en boisson chaude ou fraîche, en même temps que vous alimenterez le malade. Rejetez absolument les vomitifs, les purgatifs, les vésicatoires et les sangsues qui, utiles seulement en apparence, augmentent en réalité la dépression des forces.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 mars 1881.

Chez les enfants des grandes villes, si souvent atones, dyspeptiques, vous prescrirez avec avantage l'alcool, le malaga au quinquina coupé avec de l'eau, le vin de Bugeaud étendu d'eau s'il est donné au début du repas, pur au contraire s'il est pris à la fin. Cependant, lorsqu'à cette atonie, à cette dyspepsie s'ajoute un certain degré de congestion du foie, phénomène assez fréquent chez l'enfant que vous reconnaîtrez à la langue chargée, au sillon labio-nasal d'un pâle jaunâtre, à une teinte subictérique, à une constipation ordinaire, l'alcool est interdit; car il ne peut dans ce cas qu'exagérer la congestion hépatique et l'état dyspeptique. Chez ceux-là vous aurez recours à une médication altérante, aux eaux alcalines de Vals, notamment à la source Saint-Jean; quant aux préparations alcooliques, elles ne pourraient être données que très-diluées et seulement à la fin du repas.

Dans la diarrhée cholériforne que l'on observe surtout l'été chez les enfants et qui, succédant à une entérite, amène une dépression rapide des forces, si le laudanum et le bismuth ou le diascordium n'ont produit aucun effet, j'ordonne immédiatement l'alcool en frictions comme chez l'adulte atteint de choléra, ainsi que le malaga ou l'eau-de-vie à la dose de 15 ou 20 grammes dans une potion de 120 grammes; et, si l'enfant engourdi, aux extrémités froides, se trouve dès le lendemain réchauffé, je suspends l'alcool pour prescrire de nouveau l'opium et le bismuth.

Dans les pyrexies où la température est surélevée, les fonctions générales troublées, dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine et autres fièvres éruptives, plus la température du corps sera élevée, plus l'alcool aura chance de succès. C'est ainsi qu'il diminuera le délire, l'ataxie, l'adynamie. Autrefois déjà l'on prescrivait dans la fièvre typhoïde les potions cordiales, l'eau vineuse, comme stimulants; aujourd'hui, non-seulement on les emploie encore dans le même but, mais aussi pour diminuer la combustion et abaisser la température. Cependant l'alcool présente l'inconvénient de diminuer la sécrétion urinaire; de là l'indication de purgatifs légers pour combattre par une petite saignée blanche l'action des matériaux, urates et urée, accumulés dans le sang. Dans la convalescence de ces mêmes affections pyrétiques, je prescris l'alcool à haute dose. On a vanté à tort l'emploi de l'alcool dans le rhumatisme articulaire aigu; je le rejette absolument à cause de son action sur la sécrétion urinaire que je viens de vous indiquer au sujet de la fièvre typhoïde.

En dehors des états pathologiques que je viens de passer en revue, il existe certains états morbides où l'alcool convient parfaitement: ce sont l'anémie, la chlorose, la scrofule, le rachitisme, le scorbut.

Il faut distinguer l'anémie en anémie spontanée, rapide, aiguë, de cause traumatique, consécutive à une hémorrhagie, où l'alcool doit être immédiatement prescrit, et en anémie chronique, profonde, qui est le résultat d'affections de toute nature, du séjour dans les grandes villes, et, dans ce dernier cas, de même que dans la scrofule, le véritable traitement consiste dans: 1° une meilleure alimentation et une excellente hygiène; 2° l'administration, avant le repas, d'un sirop apéritif amer, le sirop de gentiane; 3° l'alcool avant le repas, sous forme d'extrait de malt ou de vin de quinquina, additionné d'eau. Dans tous les cas, celui-ci, de même que tous les astringents, ne doit pas être donné avant l'âge de deux ans, sous peine d'accidents dyspeptiques ou gastralgiques qui affaiblissent l'enfant; 4° l'huile de foie de morue ajoutée au vin, au porter ou à l'extrait de malt, à la dose de quelques gouttes d'abord, puis d'une dose plus forte, afin d'y habituer progressivement l'enfant. En cas de congestion hépatique, je supprime l'emploi de l'huile et du vin, qui sont généralement alors mal supportés.

L'huile de foie de morue à jeun ou trop loin du repas est souvent mal digérée; elle produit de l'inappétence et de la diarrhée. J'en fais suspendre l'emploi une ou deux fois par semaines, le dimanche et le jeudi par exemple, et ces jours-là je donne un peu de magnésie, ou de sirop de nerprun, ou bien encore une eau purgative minérale, pour éviter que le foie ne soit trop chargé de graisse.

Chez les rachitiques et les scrofuleux, j'ordonne aussi le phosphate de chaux en poudre, en sirop ou en solution, ainsi que les bains sulfureux, les bains salés, les frictions alcooliques, de même que pour les chlorotiques, afin de stimuler les fonctions de la peau et de faciliter la circulation capillaire.

Dans la chlorose, je prescris l'alcool avant les repas, les substances amères chez les sujets atones, ainsi que le fer chez les petites filles de douze à treize ans, chlorotiques, qui ne sont pas encore réglées, ou chez lesquelles la menstruation se fait mal; l'hydrothérapie, le massage, l'exercice conviennent également chez elles, mais à la condition, comme pour les préparations ferrugineuses, que l'on aura affaire à une véritable chlorose et non à ces faux états chlorotiques derrière lesquels se cache le début de la tuberculose. Dans ce cas, en effet, le fer et l'hydrothérapie amènent bien souvent des crachements de sang à pleine cuvette.

Enfin il est encore quelques états particuliers où l'alcool est indiqué; telles sont les malformations du cœur, la persistance du trou de Botal, l'asystolie, l'hypertrophie passive, l'atonie du système capillaire de la peau, etc.

Quant aux contre-indications de l'alcool, et c'est par là que je terminerai, outre les faits que je vous ai déjà fait remarquer, je signalerai les affections nerveuses, cérébrales surtout, l'éclampsie, la sclérose, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, où, si l'on ordonne les préparations alcooliques, elles ne seront données qu'à dose alimentaire et non médicamenteuse; les affections de la peau, impétigo, eczéma, érythème, etc.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Contribution à l'étude de l'ovariotomie.

Par M. le docteur Boissarie (de Sarlat),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'ovariotomie est aujourd'hui si généralement connue et pratiquée, qu'il est désormais inutile de recueillir et de publier toutes les observations qui ne présentent aucune particularité intéressante. Celles-là seules méritent d'être conservées qui peuvent servir à élucider certains points encore en litige; qui tendent à réduire le manuel opératoire à ses termes essentiels et, par conséquent, les plus simples; qui viennent enfin justifier les dernières modifications apportées dans cette opération.

Le fait suivant, que nous allons résumer, nous semble, à ces titres divers, présenter quelque intérêt: les suites heureuses de l'opération, l'absence de complications, la guérison rapide de notre malade, qui a pu se lever le dixième jour.

Tous ces résultats favorables doivent être attribués pour

une grande part à la méthode suivie et, en particulier, au traitement du pédicule que nous avons réduit dans l'abdomen après l'avoir lié en deux faisceaux, à la fermeture très-exacte de la plaie abdominale, enfin à certains détails de moindre importance que nous relèverons dans l'énoncé de notre observation.

Mon opérée est une femme de trente-huit ans, d'une excellente constitution, mariée et mère d'une enfant de huit ans; ses règles, jusque-là régulières, ont cessé de paraître dans les deux ou trois derniers mois. Je l'ai vue, pour la première fois, dans le milieu de septembre 1880; à ce moment, le ventre est très-volumineux, la respiration est gênée, la marche pénible; on sent une tumeur qui remplit tout l'abdomen et remonte très-haut au-dessus de l'ombilic. Les parois sont séparées de la tumeur et soulevées par un épanchement ascitique manifeste. L'utérus est très-abaissé, le col petit et long vient faire saillie à la vulve; léger œdème des jambes; il n'y a aucun signe de grossesse. Cette tumeur paraît s'être accrue rapidement, et son début ne remonte pas au-delà de dix-huit mois ou deux ans.

En dehors des troubles mécaniques occasionnés par le volume du kyste, du faciès utérin, si caractéristique dans ces affections, la santé générale ne paraît pas troublée; il n'y a pas de fièvre, et la nutrition se fait bien.

Je fais une ponction qui donne issue à 5 ou 6 litres d'un liquide brunâtre, visqueux, et je vide de la sorte la poche principale; mais je constate l'existence de loges secondaires ne communiquant pas avec la première et qui établissent nettement la nature multiloculaire du kyste.

Cette ponction préliminaire, blâmée vivement par quelques chirurgiens, en particulier par le docteur Hüe (de Rouen), n'a eu dans l'espèce aucun inconvénient; les forces de la malade n'ont pas été amoindries, elle en a même retiré un soulagement momentané. Cette ponction, d'ailleurs, nous est souvent imposée, et nous ne pouvons, sans elle, — sans établir, pour ainsi dire pièces en main, la nature de l'affection,— obtenir le consentement pour une opération plus grave. Telle a été dans l'espèce notre condition; nous avons pu proposer alors l'ovariotomie à notre malade, qui l'a acceptée volontiers.

Je l'ai opérée le 28 octobre 1880 avec le concours de mes confrères les docteurs Pomarel (de Brives), Montané, chirurgien-major du 63e, Farges, de Molènes. La malade est facilement endormie et n'absorbe pendant toute la durée de l'opération, qui dure environ trois quarts d'heure, que 60 ou 80 grammes de chloroforme. La ligne blanche est incisée de l'ombilic au pubis dans une étendue de 20 centimètres; le péritoine, ouvert, laisse écouler 2 ou 3 litres de liquide ascitique. Je parcours avec la main la surface lisse et bleuâtre de la tumeur et ne trouve pas d'adhérences; la grande poche est ponctionnée et donne issue à 8 ou 10 litres d'un liquide épais, brunâtre; j'ouvre deux ou trois loges secondaires, et bientôt je puis amener toute la tumeur au dehors; cette tumeur est constituée par la grande loge ponctionnée la première, à contenu albumineux trouble, et par un grand nombre de kystes distincts qui renferment de la matière caséeuse. Le pédicule, assez long, de 3 centimètres de large environ, est transfixé par une aiguille armée d'un catgut double, chaque moitié liée séparément et les deux bouts du catgut contournés plusieurs fois autour du pédicule.

La tumeur est détachée au-dessus du fil, l'hémostase est complète; une éponge placée dans le cul-de-sac postérieur est à peine colorée, mais il se fait à la surface du péritoine une sorte de plaie séreuse qui donne lieu à un écoulement considérable à la partie inférieure de la plaie.

Nous absorbons toute cette sérosité avec des éponges, trempées dans une solution d'acide phénique au trentième, que nous plongeons dans le petit bassin et renouvelons constamment.

La toilette du péritoine terminée, le pédicule est abandonné dans le ventre et la plaie abdominale très-exactement fermée par une seule rangée de suture, suture entortillée ne comprenant pas le péritoine. Nous versons par dessus une couche épaisse de collodion et recouvrons le tout avec plusieurs doubles de mousseline et d'ouate phéniquées, retenus par un bandage de corps bien serré.

Nous retirons le drap de caoutchouc, et la malade reste dans son lit, réchauffée avec soin; le choc opératoire est à peine sensible, le pouls et la température n'ont pas varié notablement.

Les suites de l'opération sont d'une simplicité, d'une bénignité telles qu'elles peuvent être résumées en quelques mots: la malade n'a jamais été sondée et a uriné seule dans le milieu de la nuit qui a suivi l'opération; dès le lendemain, elle a pris du bouillon et du vin et bientôt après des potages.

Le cinquième jour, il y a eu du malaise, de la fièvre, des nausées, mais ces accidents n'ont duré que quelques heures et ont disparu d'eux-mêmes: jamais il n'y a eu de vomissements. Le huitième jour, les épingles étaient enlevées, la réunion était parfaite; la malade se levait le dixième et se rétablissait rapidement.

Nous avons opéré cette malade chez elle, à la campagne, dans une maison isolée et, par conséquent, loin de tout secours médical. Les conditions de milieu étaient excellentes et devaient rendre le succès plus assuré. Nous avons pourtant employé le pansement de Lister à peu près dans toute sa rigueur. Nous avions supprimé le pulvérisateur dont l'emploi paraissait moins motivé, puisque nous n'avions pas autour de nous de germes suspects. Le pédicule, exactement lié avec du catgut, a été abandonné dans la cavité abdominale. Nous avons épongé longtemps le péritoine avec une solution phéniquée au trentième pour tarir l'écoulement séreux qui se faisait sur toute la surface; malgré cet écoulement, malgré l'existence d'une ascite antérieure, nous avons renoncé à pratiquer le drainage de la cavité abdominale. La plaie a été très-exactement réunie par une seule rangée de suture et la réunion s'est faite dans toute son étendue par première intention. Enfin la malade a été opérée dans son lit et, grâce au drap en caoutchouc, a pu rester dans ce même lit pendant les jours qui ont suivi l'opération.

Nous voilà bien loin de cet appareil instrumental si compliqué qui, il y a peu de temps encore, semblait indispensable pour mener à bonne fin une ovariotomie.

On peut se passer du clamp, des tubes à drainage, des deux rangées de suture. En laissant de côté les cas exceptionnels dans lesquels on peut s'attendre à toutes les surprises, qui réclament les détails les plus minutieux et nécessitent tous les artifices opératoires, on peut dire qu'il y a le plus souvent utilité à simplifier les divers temps et le manuel de cette opération.

Ce n'est, du reste, qu'en débarrassant l'ovariotomie de toute manœuvre inutile, en la réduisant à ses termes essentiels, que l'on peut aider à sa vulgarisation parmi nous. Il y a longtemps que les Américains nous ont précédés dans cette voie et qu'elle est devenue chez eux ce qu'elle tend à devenir chez nous, une opération en quelque sorte banale dont les lois et les temps sont parfaitement connus et qui est définitivement entrée dans la pratique générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nouvelles recherches sur les modifications des os dans l'ataxie locomotrice.

Par M. le docteur Raphaël Blanchard, préparateur du cours de physiologie à la Sorbonne.

Dans une précédente communication (voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 15 février 1881), j'ai fait connaître les premiers résultats de mes observations sur les modifications anatomiques subies

par le tissu osseux dans l'ataxie locomotrice progressive. J'ai fait voir que la lésion consiste essentiellement en une raréfaction de la substance osseuse au pourtour des canaux de Havers, que cette érosion de l'os est d'autant plus accentuée que l'on se rapproche du canal central de l'os, et que la disparition de la substance osseuse est précédée d'une décalcification plus ou moins marquée, localisée aux seuls points sur lesquels porte la lésion.

Les os qui avaient fait l'objet de mes premières recherches provenaient de malades sur le compte desquels j'avais eu trop peu de renseignements pour pouvoir parler d'une distinction clinique qui s'imposait d'une façon toute spéciale à mon attention : il me fallait en effet rechercher si les lésions subies par le tissu osseux étaient de même nature ou différaient, au contraire, en quelques points, suivant que les malades avaient présenté l'usure des épiphyses ou des fractures spontanées du corps des os longs.

M. le professeur Charcot a bien voulu mettre à ma disposition les belles pièces squelettiques que renferme son musée de la Salpêtrière, et j'ai pu de la sorte faire un nombre assez considérable de coupes. Cette faveur était d'autant plus précieuse que j'ai pu me procurer ainsi des fragments des divers os d'un même sujet et que j'ai pu établir une comparaison entre les lésions présentées par ces os. De plus, les sujets dont provenaient ces pièces étaient connus on avait noté au jour le jour leurs observations; il était dès lors facile de rapprocher des faits cliniques le résultat de l'examen microscopique.

Comme je l'ai dit plus haut, la question qui se posait était la suivante : La lésion est-elle la même, ou diffère-t-elle suivant que le malade présente de l'usure des épiphyses ou des fractures spontanées ? Il était intéressant d'étudier spécialement ce point, car on a dit que ces deux symptômes s'excluaient mutuellement et qu'on ne les trouvait jamais réunis chez un même malade.

Mes recherches m'ont montré que dans les deux cas la lésion est identique et est telle que je l'ai décrite dans ma première communication. Il n'y a entre les divers os que j'ai examinés que des différences de degré dans la lésion, différences qui peuvent s'expliquer de diverses manières, mais qui, selon moi, ne tiennent en aucune façon à la différence des symptômes.

Il y a donc lieu de rechercher pour l'exclusion réciproque des fractures spontanées et de l'usure des épiphyses une autre explication que celle que nous avions supposée à priori. Dans les cas d'usure des épiphyses, par exemple, l'articulation ne fonctionne plus d'une façon normale, et, les têtes osseuses ayant disparu plus ou moins complètement, on peut bien encore imprimer des mouvements aux membres du malade, mais il ne peut les employer d'une façon utile; de là l'impossibilité des fractures dites spontanées. Quant aux fractures elles-mêmes, elles s'expliquent suffisamment par la raréfaction et l'amincissement progressifs de la substance osseuse au niveau de la diaphyse.

Pour les cas d'usure des épiphyses, la diaphyse présente constamment les lésions que nous avons décrites. Or, d'après ce qu'on admet actuellement, la réciproque ne serait pas vraie. Mais cette exclusion de l'usure des têtes osseuses alors que la diaphyse se fracture est-elle aussi constante qu'on l'a dit? Il y aurait, croyons-nous, des recherches à faire sur ce point.

Nous venons de voir que les modifications anatomiques de la substance osseuse sont identiques dans les cas d'usure des épiphyses et dans ceux de fractures spontanées. Chez un même sujet, les divers os présentent aussi des lésions absolument semblables, et on ne peut observer entre eux que des différences dans le degré de ces lésions.

Pour finir, il me reste à signaler un phénomène qui ne s'observe que dans les cas où l'érosion de l'os est très-avancée. Les canaux de Havers les plus rapprochés de la surface extérieure peuvent alors s'élargir eux-mêmes et venir déboucher au dehors par de larges lacunes. La périphérie de l'os se montre alors sur toute son étendue ou en quelques points seulement et profondément déchiquetée et dentelée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 14 mars 1881. — Présidence de M. Becquerel.

Prix décernés pour l'année 1880.

Médecine et chirurgie. — Le prix Montyon est décerné par ordre alphabétique à MM. Charcot, Louis Jullien et Sappey. — Trois mentions honorables de 1,500 francs sont accordées à MM. J. Chatin, Gréhant et Guibout. — Des « citations » sont en outre accordées à MM. Leven, Manassei, Masse, Nepveu, Rambosson et Trumet de Fontarce.

Le prix Bréant est décerné à M. G. Colin (d'Alfort).

Le prix Godard est décerné à M. le docteur Paul Segond.

Le prix Dusgate n'est pas décerné. — Des encouragements sont accordés à MM. Onimus, H. Peyraud et G. Le Bon.

Le prix Boudet est décerné à M. le docteur Joseph Lister.

Anatomie et zoologie. — Le grand prix des sciences physiques est prorogé à l'année 1882.

Le prix Savigny est décerné à M. Alfred Grandidier, le savant explorateur de Zanzibar et de Madagascar.

Le prix Thore est décerné à M. le docteur Émile Joly, médecin-major de l'armée.

Physiologie. — Le prix Montyon est décerné à M. Gaston Boissier, maître de conférences à l'École normale supérieure.

Statistique. — Le prix Montyon est décerné à M. le docteur R. Ricoux (de Philippeville), pour sa « Démographie figurée de l'Algérie ». — Une mention très-honorable est accordée à M. le docteur Angel Marvaud, médecin-major de première classe de l'hôpital du Dey, à Alger, pour son travail : « la Phthisie dans l'armée ». — Une mention honorable à M. le docteur A. Pamard (d'Avignon), pour son « Mémoire concernant la mortalité dans ses rapports avec les phénomènes météorologiques dans l'arrondissement d'Avignon ».

Chimie. — Le prix Jecker est décerné à M. Eugène Demarçay pour ses importants travaux de chimie organique.

Géologie. — Le prix Bordin est décerné à M. J. Gosselet. — Une somme de 3,000 francs, prélevée sur les reliquats disponibles de la même fondation constitue, un prix de même valeur décerné à MM. A. Falsan et E. Chantre. — Une mention honorable est accordée à M. Louis Collot.

Botanique. — Le prix Barbier est décerné à M. le docteur A. Quinquaud pour ses « Recherches d'hématologie clinique ».

Le prix Desmazières n'est pas décerné. — Un encouragement de 1,000 francs est accordé à M. Ed. Lamy de la Chapelle.

Le prix De la Fons-Mélicoq est décerné à M. Éloy de Vicq pour l'ensemble de ses travaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mars 1881. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Élongation des nerfs. — M. Quinquaud a fait sur des cobayes une série d'expériences qui confirment les résultats qu'il avait déjà obtenus. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 15 mars.) Deux conditions principales sont nécessaires pour voir se produire ces résultats : il faut d'abord que l'élongation soit insuffisante pour amener une anesthésie persistante, mais suffisante pour amener une anesthésie notable. Ces expériences montrent d'une façon évidente que l'élongation d'un nerf modifie le dynamisme des cellules de la moelle, comme le prouve, du moins, ce que M. Quinquaud propose d'appeler le transfert par irritation.

M. LABORDE présente deux cochons d'Inde dont l'un a subi l'élongation de l'un des sciatiques il y a deux mois et l'autre la section de ce même nerf. Chez ces deux animaux, la sensibilité commence à revenir, et il est évident que la régénération du nerf se fait. Mais ce que présentent d'intéressant ces deux cochons d'Inde, c'est qu'ils ont des troubles trophiques très-marqués. C'est là un phénomène constant; à la suite de l'élongation d'un nerf, chez les animaux, il se produit des troubles trophiques du côté de la peau. Ce sont évidemment les parties sensitives du nerf qui interviennent comme influence trophique.

La goutte chez les animaux. — M. MÉGNIN présente les pattes d'une perruche ondulée morte de la goutte. Ces membres, comme on peut le voir, ont toutes les articulations digitales, tarsiennes, entourées de tumeurs blanches qui sont de véritables tophus; en effet, l'analyse microscopique a montré que la substance qui les constitue est entièrement composée d'urates.

Cette maladie est assez fréquente chez les oiseaux de volière granivores et particulièrement chez les psittacidés, surtout quand ils sont logés un peu à l'étroit et ne peuvent se livrer à la même gymnastique qu'à l'état sauvage.

Cette observation a une certaine importance, en ce moment surtout, où les végétariens vont criant bien haut contre le régime animal qu'ils accusent de produire toutes sortes de maladies graves et en particulier la goutte. Le fait que je rapporte prouve que cette maladie s'observe tout aussi bien chez des êtres soumis à un régime exclusivement végétal et qu'elle est bien plutôt le résultat d'un manque d'équilibre entre l'acquis et la dépense nutritive.

Galvanomètre.— M. D'ARSONVAL, avec M. Deprez, a fait subir au galvanomètre de très-ingénieuses modifications et est arrivé à instituer un galvanomètre qui, non-seulement est infiniment plus sensible que tous ceux qui ont été construits jusqu'ici, mais encore présente sur eux l'avantage de ne pouvoir être influencé par aucune cause étrangère et par conséquent de ne pouvoir donner lieu à aucune erreur. M. d'Arsonval se propose d'entreprendre, avec cet instrument, une sérieuse étude de l'électro-physiologie.

La différenciation en biologie. — M. DELAUNAY complète ses premières communications sur la différenciation. Il rappelle que, d'après ses précédentes recherches, la différenciation étudiée selon les sexes, les constitutions et les côtés, est en raison directe de l'évolution.

Il termine cette communication par la conclusion suivante :

En somme, dit-il, les différences anatomiques et physiologiques qui distinguent les races, les sexes, les âges, les constitutions, les côtés et assurent la prééminence des races supérieures sur les inférieures, du sexe masculin sur le féminin, des forts sur les faibles, du côté droit sur le gauche, sont nulles ou presque nulles à la naissance, s'accroissent d'année en année jusqu'à quarante-cinq ans, puis diminuent de plus en plus à partir de cinquante ans, pour redevenir presque nulles ou nulles au cours de la vieillesse.

On se trouve donc en présence de deux groupes opposés : l'un que l'on peut considérer comme le groupe fort puisqu'il comprend les races supérieures plus fortes que les autres, le sexe fort, l'âge fort (adulte), les forts, le côté fort; l'autre, le groupe faible, comprenant les races inférieures, le sexe faible, les enfants, les vieillards, les faibles, le côté gauche. Le groupe supérieur l'emporte sur l'inférieur, non-seulement par l'intensité des phénomènes nutritifs, mais encore par le développement de la force musculaire et de l'intelligence.

Ces deux groupes supérieur et inférieur sont tellement distincts que leur fusion est impossible. Le fonctionnement, par exemple, au lieu de rétablir l'égalité entre les races, les sexes, les âges, les constitutions, les côtés, augmente encore la prééminence des races supérieures sur les inférieures, de l'homme sur la femme, du fort sur le faible, etc., en un mot du groupe supérieur sur l'inférieur.

Mais, si différents que ces deux groupes soient l'un de l'autre, ils sont reliés entre eux par des individus qui occupent les degrés intermédiaires, se rapprochant plus ou moins du groupe supérieur ou inférieur ou tenant le juste milieu entre les deux, c'est-à-dire représentant l'état moyen de nutrition et d'évolution : races moyennes, hermaphrodites, eunuques, âges moyens (adolescence, âge mûr), individus de constitution moyenne, parties médianes de l'organisme.

Ces différences anatomiques et physiologiques existent entre les divers individus, entraînent des différences pathologiques et thérapeutiques que M. Delaunay exposera dans une communication ultérieure.

Modifications des os dans l'ataxie locomotrice. — M. BLANCHARD fait une nouvelle communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Acoumètre. — M. GELLÉ présente l'acoumètre dont il se sert et en donne la description.

La séance est levée.

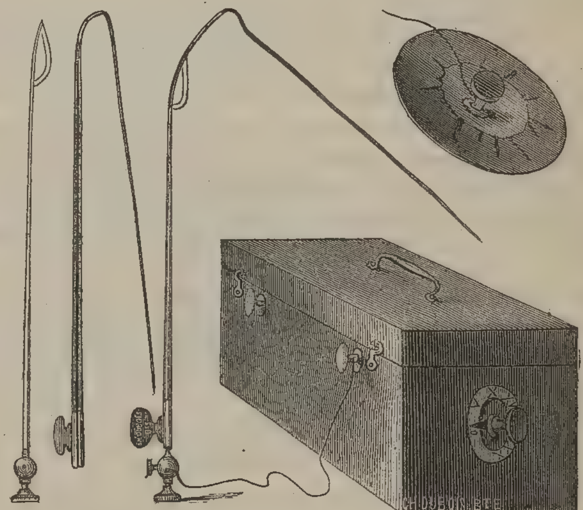
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Uréthrotome électrolytique du docteur Jardin.

Cet instrument, construit par M. Dubois, se compose de deux parties :

1° Une branche, dite branche femelle, formée d'une longue tige métallique cannelée recouverte d'un enduit de gomme élastique ne dépassant pas les bords de la cannelure. A l'une de ses extrémités, cette branche femelle porte une plaque destinée à donner plus de facilités pour fixer l'instrument. L'autre extrémité est légèrement courbe et continuée par une substance incapable de conduire l'électricité; elle porte, enfin, une petite virole munie d'un pas de vis sur lequel peut se fixer une bougie conductrice.

2° Une branche mâle, tige métallique pouvant être introduite sans pression dans la cannelure de la branche femelle. Elle porte à l'une de ses extrémités une lame de dimensions variables, mousse



sur tout son bord et évidée à son centre. L'autre extrémité de cette branche porte un bouton d'ivoire et une vis permettant d'y fixer une électrode.

Étant donné cet instrument, voici le procédé opératoire : la bougie conductrice introduite dans le canal, la branche femelle y est fixée et introduite également à travers le rétrécissement; la branche mâle est passée dans la cannelure jusqu'à ce que la lame vienne butter contre le rétrécissement. Les deux électrodes d'une pile à forte tension (pile au sulfate de cuivre de M. Mangenot) sont fixées : la négative, à l'uréthrotome; la positive, sur une large plaque de plomb recouverte d'agaric et placée sur la cuisse.

Le courant électrique est établi jusqu'à ce qu'un galvanomètre placé dans le courant indique le nombre de degrés voulu.

Une légère rubéfaction se produit à la cuisse avec sentiment de chaleur, et la lame de l'uréthrotome détermine sur le rétrécissement une eschare qui devient de plus en plus profonde et finit par laisser la lame passer outre. On arrête l'action de la pile et l'instrument est enlevé du canal ; l'opération est terminée ; il n'y a eu ni écoulement de sang ni douleur vive, et le malade peut aller reprendre ses occupations. Pas de sondes à demeure : on ne doit même pas introduire de bougie dans l'urèthre avant douze ou quinze jours, afin de n'occasionner aucun traumatisme. Le malade urine bien dès le jour de l'opération.

Depuis le mois d'octobre dernier, nous avons employé cette méthode dans quatorze cas de rétrécissement.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser la circulaire suivante aux préfets :

Paris, le 12 mars 1881.

Monsieur le Préfet,

Aux termes de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, article 5, l'ordonnance d'un médecin prescrivant l'emploi de substances vénéneuses doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances ainsi que le mode d'administration du médicament.

Cette disposition paraît avoir été perdue de vue, et la plupart des médecins se contenteraient aujourd'hui d'indiquer, seulement en chiffres, la quantité des substances vénéneuses qu'ils prescrivent.

Les pharmaciens, de leur côté, exécuteraient ces ordonnances irrégulières, au risque de compromettre également leur responsabilité.

L'ordonnance de 1846, en imposant aux médecins l'obligation d'indiquer en toutes lettres la dose des substances vénéneuses entrant dans un médicament, a voulu prévenir les erreurs qui peuvent résulter du déplacement, par inadvertance, de la virgule dans l'indication en chiffres des fractions du gramme.

Il importe beaucoup à la sécurité publique que cette sage prescription ne tombe pas en désuétude et que le médecin se conforme strictement aux obligations qui lui sont imposées.

Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien rappeler aux médecins, qui exercent dans votre département, que toute ordonnance prescrivant l'emploi de substances vénéneuses doit en indiquer la dose en toutes lettres. Vous aurez également à rappeler aux pharmaciens qu'ils ne doivent jamais exécuter une prescription médicale, formulée en chiffres, quand elle exige l'emploi de substances vénéneuses.

Vous voudrez bien, en outre, avertir ces praticiens de l'un et de l'autre ordre que, s'ils ne tenaient aucun compte de ce rappel aux règlements, ils s'exposeraient aux pénalités édictées par la loi du 29 juillet 1845.

Recevez, etc.

Le Ministre de l'agriculture et du commerce.
Signé : Tirard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Samedi dernier ont eu lieu les obsèques de A. Cotreuil, mort, ainsi que nous l'avions annoncé, des suites de la fièvre typhoïde, contractée à l'hôpital de la Charité, où il remplissait les fonctions d'externe. Un grand nombre d'amis et de maîtres avaient tenu à lui rendre les derniers honneurs. On remarquait dans l'assistance son chef de service, M. le professeur Laboulbène ; M. Francière, directeur de l'hôpital de la Charité; M. Gidel, proviseur du Lycée Louis-le-Grand. Une députation d'élèves du lycée et de l'école de médecine suivait le convoi. Trois discours ont été prononcés sur la tombe, au cimetière d'Ivry, par MM. Gidel, Bellangé, interne à la Charité, et Tournier, maître repétiteur à Louis-le-Grand. Nous reproduisons ici les paroles émues prononcées par M. Bellangé :

« Je viens, au nom des élèves de l'hôpital de la Charité, dire un dernier adieu à celui qui fut des nôtres, et que nous accompagnons à sa dernière demeure. Mais, avant, laissez-moi vous retracer son passé, trop court, hélas! et vous montrer ce qu'il a fallu à Cotreuil d'énergie et de virilité pour arriver à la situation qu'il occupait actuellement.

« Peu favorisé par la fortune, il étudie à quinze ans dans une modeste école communale de l'Orne. Quelques années après, il entre à l'école normale d'Alençon, et en sort bientôt pour aller comme instituteur-adjoint au collège de Séez. Successivement répétiteur aux lycées de Caen et de Versailles, il conquiert, à force de travail, ses diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences. Enfin, il arrive à Paris, au mois d'octobre 1876, entre comme maître répétiteur à Louis-le-Grand, se fait inscrire en même temps à la Faculté de médecine, où il venait d'obtenir une bourse il y a quelques jours à peine, et est chargé cette année de faire un cours d'histoire à une division d'élèves de philosophie, fonction qu'il remplit si bien que, tout dernièrement, il recevait des félicitations de l'inspecteur général.

« Si maintenant nous jetons un regard sur sa carrière médicale, nous le voyons reçu externe des hôpitaux en 1878, et avoir tour à tour pour maîtres MM. Gombeau, Jules Simon, et en dernier lieu notre savant et bien-aimé maître, M. le professeur Laboulbène, pour les enseignements duquel il avait le plus grand respect. Telle est, en abrégé, cette existence éphémère, où Cotreuil n'a fait que rencontrer des difficultés, qu'il a toujours surmontées, cette vie toute de labeur opiniâtre, où il n'a connu comme bonheur que les jouissances de l'étude et la joie des succès.

« Hier encore je jetais, attristé, un coup d'œil dans cette modeste petite chambre du lycée, où gisaient amoncelées dans un coin ces notes d'internat recueillies à force de patience et d'étude, et je me disais qu'elles resteront lettre morte pour un autre, et que, fruit et compagnes de ses fatigues passées, elles ne seraient point à l'avenir témoins de nouveaux succès.

« Il n'y a pas un mois encore, Cotreuil faisait son service à la Charité, et c'est dans nos salles surchargées de typhiques qu'il a contracté le germe de cette terrible maladie contre laquelle les efforts de la science restent souvent impuissants. Bientôt il s'alita, et, malgré les soins empressés du médecin de Louis-le-Grand, et après avoir eu de ci de là dans le courant de sa maladie quelques moments de mieux, qui nous laissaient des lueurs d'espoir, la mort est venue le chercher. C'est au moment où l'existence commençait à lui sourire qu'il a quitté la vie, loin du pays où il est né, et sans avoir l'ultime consolation de reconnaître ses parents, qui ne sont arrivés que pour assister à son dernier soupir. Puisse la sympathie que nous leur témoignons adoucir leur amère douleur.

« Adieu, Cotreuil ! Par un cruel contraste, la mort te ravit au printemps, à cette époque de l'année où la nature réveille les êtres engourdis par l'hiver et semble leur redonner la vie. Plus d'un peut-être que tu auras soigné passera auprès de ta tombe sans savoir que tu y reposes victime du devoir, mais nous saurons bien, nous qui t'avons connu et apprécié, au milieu de cette pléiade de médecins ou d'étudiants qui ont payé de la vie leur dévouement aux malades, te retrouver et attendrir encore de nos larmes la terre qui va te recouvrir. Adieu, Cotreuil, adieu ! »

— M. le docteur Paradis a succombé à Auxerre, le 14 mars 1881, dans sa quatre-vingt-dixième année. Il laisse dans cette ville les plus profonds regrets.

— *Corps de santé de la marine.* — Par décret en date du 18 mars 1881, ont été promus :

Au grade de directeur : M. Gestin.

Au grade de médecin en chef : M. Merlin.

— MM. les médecins du cinquième arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 3 avril 1881, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au ser-

vice du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Perret.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les candidats à la licence ès sciences naturelles qui désirent prendre part aux travaux pratiques du laboratoire de botanique sont invités à se faire inscrire au laboratoire, tous les jours, de huit heures à onze heures du matin.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Duflo (Charles-Liévin), né à Lille (Nord), le 28 janvier 1853, bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé préparateur de chimie générale (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Caussé (Alfred), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie (emploi nouveau).

M. Caralp, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de géologie et minéralogie (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.*— M. le docteur de Lanessan, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale du second semestre de l'année 1880-1881, le jeudi 24 mars 1881, à onze heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure. Il traitera particulièrement de la zoologie médicale.

M. le docteur Ch. Richet, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie du semestre d'été le jeudi 24 mars 1881, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure. Il s'occupera de la physiologie du système nerveux.

M. le professeur Béclard commencera son cours de physiologie le vendredi 25 mars 1881, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Les leçons porteront cette année sur la digestion, l'absorption, la sécrétion et la nutrition.

M. le docteur Pinard, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements du second semestre de l'année scolaire 1880-1881 le vendredi 1er avril 1881, à deux heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des procédés d'exploration employés dans l'obstétrique et des manœuvres obstétricales.

M. le docteur Paul Segond, prosecteur, avec le concours de cinq aides d'anatomie, fera sa première démonstration de médecine opératoire le mardi 22 mars 1881, à une heure précise, à l'École pratique, pavillon nº 3.

M. le docteur Kirmisson, prosecteur, avec le concours de cinq aides d'anatomie, fera sa première démonstration de médecine opératoire à l'École pratique le mardi 22 mars 1881, à une heure précise, pavillon nº 7.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10940.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. De l'ablation des tumeurs par morcellement. — Hospice de la Salpêtrière. Leçons sur les hallucinations et les illusions. — Thérapeutique. — Académie de Médecine. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.



Paris, le 23 mars 1881.

Nous recevons communication des documents suivants :

Paris, le 10 mars 1881.

Monsieur le Directeur général,

Au moment où la question de laïcisation des services hospitaliers est à l'ordre du jour, nous croyons accomplir un acte de probité en vous faisant connaître les résultats de notre expérience.

Après avoir dirigé, dans d'autres établissements, des services placés entre les mains des religieuses, nous sommes attachés à des hôpitaux organisés d'après le nouveau système qui fonctionne à Laennec depuis deux ans et à la Pitié depuis six mois, et nous aimons à constater que nous sommes satisfaits de l'intelligence et du dévouement du personnel placé sous nos ordres.

Il est donc permis d'affirmer, d'après l'observation des faits, que l'on peut rencontrer chez les surveillantes et sous-surveillantes laïques les qualités professionnelles indispensables à l'accomplissement de leur devoir.

Veuillez agréer, etc.

Signé : Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à la Pitié. — Peter, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié. — Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié. — Cornil, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié. — Legroux, médecin de l'hôpital Laennec, professeur agrégé de la Faculté de médecine. — Damaschino, médecin de l'hôpital Laennec, professeur agrégé à la Faculté. — Nicaise, chirurgien à l'hôpital Laennec, agrégé de la Faculté de médecine. — Benjamin Ball, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laennec.

II

De nouvelles signatures ont été apposées au bas de la lettre adressée à M. le directeur de l'Assistance publique par les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 17 mars 1881, document II.) Ont adhéré à cette lettre :

MM. Barthez, Briquet, Cazalis et Pidoux, médecins honoraires des hôpitaux. — Desormeaux, A. Guérin, Monod (1) et Ricord, chirurgiens honoraires des hôpitaux.

MM. Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Trousseau. — Fernet, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Audhoui, médecin de l'hospice des Incurables. — A. Ollivier, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Lecorché, médecin de la Maison municipale de santé. — E. Lancereaux, médecin de la Pitié. — Ch. Frémy, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Labadie-Lagrave, Robert Moutard-Martin et Georges Homolle, médecins du Bureau central.

MM. Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon. — Gillette, chirurgien de l'hospice de Bicêtre. — Cruveilhier, chirurgien de la Maison municipale de santé. — A.-H. Marchand, chirurgien-adjoint de la Maternité. — A. Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — G. Félizet, Humbert et Blum, chirurgiens du Bureau central.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu, dans cette séance, des lectures de deux candidats pour la section de médecine opératoire, M. Péan et M. Gaujot (du Val-de-Grâce). Le sujet de la lecture de M. Péan est relatif à la méthode de morcellement dans l'ablation des tumeurs volumineuses, méthode dont M. Péan a retiré de véritables avantages dans quelques-unes des graves opérations dont il a soumis les résultats à l'appréciation de l'Académie, et dont on trouvera la description plus loin. M. Gaujot a fait sa lecture sur le traitement des corps flottants du genou. Dans l'appréciation des diverses méthodes mises en usage pour l'extraction de ces corps étrangers, le savant professeur du Val-de-Grâce nous a paru faire également bon marché de la part que pouvaient avoir, dans les succès beaucoup plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois de cette opération, les procédés de la méthode sous-cutanée et les pansements de Lister. Il attribue uniquement ses succès, si nous avons bien saisi sa lecture, au soin avec lequel on cherche à prévenir, dans l'exécution de cette opération, ou à combattre à sa suite l'irritation de la synoviale.

Avant ces deux lectures, M. Parrot a donné communication à l'Académie d'une lettre de M. Pasteur, dans laquelle sont exposées et appréciées dans leurs résultats des expériences d'inoculation de salives recueillies sur des enfants morts de maladies communes. Les résultats ont été les mêmes que ceux qu'il a obtenus par l'inoculation de la salive recueillie sur des enfants atteints de rage. D'où il a conclu, très-naturellement, que le virus qu'il avait inoculé dans ses premières expériences n'était pas la rage et n'avait

(1) MM. A. Guérin et Monod sont anciens membres du Conseil de surveillance.

même rien de commun avec elle. C'est la seule conséquence qui nous paraisse ressortir très-clairement du rapprochement de ces deux séries d'expériences. Quant aux autres conséquences que paraît vouloir en tirer M. Pasteur, elles nous semblent au moins jusqu'à présent prématurées.

On s'attendait à entendre dans cette séance le rapport de la commission désignée dans la dernière séance pour répondre au double appel officiel et officieux fait par le ministre de l'instruction publique et par M. Liouville, relativement à la vaccination et à la revaccination obligatoires. Il n'en a rien été. Il ne paraît pas que la commission soit aussi unanimement d'accord sur la réponse à faire que l'ont été le Comité d'hygiène et la Société de médecine publique, d'où est partie l'initiative de cette proposition. Non, assurément, qu'il puisse y avoir la moindre divergence entre les membres de la commission, et nous pourrions dire entre les membres de l'Académie tout entière, sur l'utilité et l'opportunité des vaccinations et des revaccinations. Mais là où vont commencer les dissidences, c'est sur l'obligation, et nous croyons que ce ne sera pas dans la commission seulement qu'elles se manifesteront... Mais attendons le rapport.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

De l'ablation des tumeurs par morcellement.

Le traitement des tumeurs se fait par incision, par excision, par ligature, par énucléation, par écrasement, par broiement. Ces méthodes sont longuement décrites dans tous les traités de médecine opératoire : elles ne doivent pas nous occuper.

Il en est une autre sur laquelle les chirurgiens ont peu insisté et qui nous a donné les meilleurs résultats chez plusieurs des malades que nous avons soumis à l'appréciation des membres de l'Académie ; c'est celle à laquelle nous avons donné le nom de *morcellement*.

Elle consiste à diviser, au cours de l'opération, les tumeurs en plusieurs parties : deux, trois ou plus, dans le but d'en faciliter et d'en hâter l'extirpation.

A vrai dire, elle n'est pas indispensable pour l'ablation de toutes les tumeurs. Elle est surtout indiquée pour celles qui sont volumineuses, difficiles à poursuivre par dissection à la périphérie; pour celles qui sont en rapport avec des organes délicats, qu'il faut ménager; pour celles dont les vaisseaux, peu développés au centre, le sont, au contraire, tellement à la surface que l'hémostase serait difficile au cours de l'opération ; pour celles qui sont logées dans des cavités anfractueuses, et qui ne pourraient être attaquées par un autre procédé sans exposer à des délabrements inutiles ; pour celles qui, profondément situées, sont masquées par des organes importants du côté de leur implantation. Elle n'est guère contre-indiquée que pour les tumeurs qui, par leurs vaisseaux ou par ceux des organes qui s'y rendent, sont peu favorables à l'hémostase préventive, temporaire ou définitive, comme certaines tumeurs érectiles osseuses, lesquelles, d'ailleurs, sont exceptionnelles. Pour bien faire comprendre le mode d'application du morcellement, nous passerons en revue plusieurs séries de tumeurs.

La première série comprend celles qui sont sous-cutanées ou tout au moins peu profondes, entourées d'une capsule propre et placées au milieu d'organes qu'il est sans danger d'intéresser.

Bon nombre de ces tumeurs sont, comme on le sait, assez faciles à enlever par dissection ou par énucléation. Dans ces cas, le morcellement a pour avantage d'amoindrir la durée et les difficultés de l'opération. Prenons pour exemple une de ces tumeurs hypertrophiques ou sarcomateuses, pourvues de mobilité, que l'on observe communément dans l'épaisseur de la mamelle, et dont le tissu n'a pas encore contracté d'adhérences inflammatoires ou autres avec les tissus ambiants. Voici comment nous opérons leur ablation par morcellement :

La tumeur et les téguments qui la recouvrent étant saisis et tendus à la périphérie par la main d'un aide où par celle de l'opérateur, celui-ci pratique, suivant le grand axe, dans la direction la plus favorable à l'écoulement ultérieur des liquides plastiques, une incision qui intéresse à la fois la peau, le tissu cellulaire et la masse morbide elle-même jusqu'à sa face profonde. A ce niveau, le chirurgien redouble de précautions pour ne pas diviser les tissus sains. Cela fait, il saisit chaque moitié de la tumeur et l'extirpe avec les mains, la spatule ou le bistouri. Cet arrachement est exécuté aussi rapidement que possible, et quelques pinces hémostatiques suffisent à prévenir tout danger d'hémorrhagie.

A côté de ces cas, qui sont à la fois les plus rares et les plus simples, se placent ceux de la seconde série, qui présentent déjà un peu plus de difficultés.

S'agit-il, par exemple, de lipomes dits en masse ou de productions analogues ? Tout d'abord l'opérateur procède comme ci-dessus à l'ablation de la portion principale de la tumeur. Mais il reste, à son pourtour, un ou plusieurs lobes qui étaient seulement annexés et qu'il faut également enlever. La méthode, pour cette raison, paraît un peu moins brillante, mais n'en est pas moins avantageuse en allégeant encore les difficultés et la durée de l'opération.

La troisième série comprend les tumeurs implantées plus profondément au milieu de muscles, de vaisseaux ou de nerfs importants, sur une aponévrose ou sur un os ; ou bien les tumeurs ganglionnaires entourées d'une capsule propre et séparées par des cloisons ; ou encore les lobes multiples d'une glande hypertrophiée ou sarcomateuse. Voici comment nous appliquons alors le morcellement :

Si la tumeur est implantée sur une aponévrose par un pédicule, nous la coupons comme précédemment, puis nous en extrayons les fragments après avoir excisé le pédicule et placé sur lui des pinces hémostatiques. Si la tumeur est implantée sur un os par une base osseuse ou cartilagineuse, nous la sectionnons tout d'abord avec le bistouri, la gouge ou la scie de notre polytritome et nous enlevons la masse principale avec le davier. Cette manœuvre nous permet d'examiner sans difficulté le siège et le mode d'implantation et d'extraire à son tour, par morcellement, le pédicule. Pour mieux y parvenir, nous détachons avec la rugine le périoste qui entoure la base de ce dernier, nous fragmentons ensuite avec la gouge et le maillet la lame compacte qui émerge de l'os, et nous évidons, aussi largement qu'il convient, le tissu spongieux dégénéré ; grâce à ce morcellement, les dangers de l'opération sont notablement atténués.

S'agit-il de procéder à l'ablation des masses ganglionnaires conglomérées, hypertrophiques, caséeuses ou sarcomateuses, séparées par des cloisons cellulo-vasculaires et côtoyées de toutes parts par des organes importants ? Dès que la masse principale de la tumeur est mise à découvert

par une incision convenablement dirigée, il faut couper à son tour la capsule d'enveloppe des ganglions les plus superficiellement placés, puis inciser avec le bistouri ou la spatule le tissu morbide, le fragmenter et faciliter son ablation avec l'ongle ou tout autre instrument mousse. De la sorte, il ne restera que les cloisons intermédiaires qu'il n'y aura lieu d'inciser qu'au niveau des points les mieux situés pour l'écoulement ultérieur des liquides de la plaie.

S'agit-il d'enlever les lobes multiples d'une glande hypertrophiée? Après avoir successivement mis à nu, comme dans le cas précédent, chacun de ces lobes, le chirurgien incise la capsule propre qui les entoure, les énuclée et les excise successivement, tout en ayant soin de ménager les vaisseaux et les nerfs importants qui les recouvrent.

Dans une quatrième série, nous rangerons les tumeurs situées dans une cavité profonde, un canal, un sinus, une loge splanchnique. Pour leur appliquer le morcellement, s'il est utile, le chirurgien devra nécessairement redoubler de précautions. Supposons, par exemple, qu'il veuille procéder à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien qui envoie des prolongements volumineux dans les fosses nasales, la gorge, la joue, la tempe. Tout d'abord le chirurgien met à nu la tumeur au moyen d'un lambeau préliminaire emprunté aux parties molles et d'une résection partielle du maxillaire supérieur. Cela fait, au moyen de notre pince-scie, il coupe successivement, sans hémorrhagie, chacun des lobes de la tumeur jusqu'au point d'implantation.

S'agit-il d'un sarcome du sinus maxillaire qui, en s'étendant, en a détruit les parois osseuses et a envoyé des prolongements dans les régions voisines, la tempe, la pommette, la joue? Nous commençons par mettre à nu le maxillaire en détachant les parties molles et en les relevant sous forme d'un lambeau. Ce temps de l'opération, grâce à nos pinces hémostatiques, s'exécute encore sans perte de sang. Cela fait, avec notre pince rachitome, nous coupons d'avant en arrière la voûte palatine osseuse en dehors de la cloison des fosses nasales, et avec la pince de Liston nous coupons transversalement la branche montante à la hauteur de l'unguis; puis avec un fort davier nous retirons par morceaux les portions nasale, alvéolaire et palatine du maxillaire, si bien que le tissu morbide se montre ensuite à découvert par ses faces antérieure et inférieure. Nous plaçons alors au fond de la fosse nasale correspondante et du sillon vestibulaire inférieur de chaque côté, près des bords de l'épiglotte, des éponges montées sur des pinces afin d'empêcher le sang de passer dans le larynx; puis, avec une gouge coudée, à tranchant large de 2 à 3 centimètres, nous enlevons par morcellement toutes les parties constituantes de la tumeur si bien que les parois distendues du sinus deviennent apparentes à leur tour. Celles-ci sont ensuite réséquées en conservant le périoste qui les double, s'il est sain, en l'excisant également, s'il est malade; et, pour ne rien négliger, l'opérateur termine en enlevant largement les prolongements profonds de la tumeur. Pendant ce temps, les vaisseaux sectionnés sont comprimés avec des éponges ou avec des pinces hémostatiques.

Il est bien entendu que le manuel du morcellement sera dirigé suivant les mêmes principes quand les tumeurs occuperont le maxillaire inférieur, la langue, les amygdales, les joues et toutes les autres régions de la face. Et c'est grâce à cette méthode que nous pouvons journellement enlever de vastes productions morbides implantées dans les cavités nasale ou buccale avec une grande rapidité et sans crainte de voir le sang passer dans les voies aériennes en produisant l'asphyxie comme quelques chirurgiens éminents paraissent tant le redouter.

S'agit-il enfin de ces grandes tumeurs qui prennent naissance dans les cavités splanchniques, aux dépens d'organes qui ne sont pas indispensables à la vie, tels que l'ovaire, l'utérus, le rein, la rate, le mésentère?

En pareil cas, le morcellement donne parfois des résultats tellement avantageux qu'il ne faut pas hésiter à y recourir. En ce qui concerne les tumeurs ovariennes, c'est surtout pour celles qui sont aréolaires ou sarcomateuses que cette méthode est utile. Dès que, au moyen de l'incision préliminaire, la tumeur est mise à nu et qu'elle a été vidée partiellement par ponction, le chirurgien doit exciser les lobes qui s'opposent au détachement des adhérences, à leur attraction au dehors, en même temps qu'il broie avec la main les loges intérieures de la tumeur. Convenablement dirigées, ces manœuvres n'exposent pas aux hémorrhagies, surtout si le chirurgien se sert des pinces hémostatiques de divers modèles que nous avons fait construire depuis de longues années à cet usage.

S'agit-il de tumeurs spléniques, rénales, pelviennes, mésentériques? C'est alors que le morcellement devient nécessaire pour bien mettre à découvert la surface d'implantation. Lui seul permet de bien voir les vaisseaux et les organes accolés à la périphérie, de les pincer, de les lier, de les isoler. En agissant autrement, le chirurgien serait à chaque instant exposé à faire des délabrements inutiles, peut-être même à ne pas achever l'opération.

Quant au morcellement qui convient à l'ablation des grandes tumeurs kystiques et fibro-kystiques de l'utérus, nous l'avons déjà fait connaître à l'Académie. Nous n'y reviendrons pas. Il exige des précautions particulières en raison de la richesse et du calibre des vaisseaux périphériques. C'est pour ne s'être pas conformés aux règles que nous avons tracées que quelques chirurgiens l'ont combattu, objectant que, en pareil cas, il allonge sensiblement la durée de l'opération. Ce reproche serait fondé si nous avions proposé d'appliquer le morcellement aux tumeurs utérines peu volumineuses, pédiculées, faciles à attirer au dehors par une courte incision. C'est sans doute parce que dans leur pratique ces opérateurs n'ont abordé que l'ablation de ces petites tumeurs qu'ils ont combattu notre méthode. Mais leurs objections tomberont d'elles-mêmes quand ils ne craindront pas, comme nous, d'aborder spécialement l'ablation des grandes tumeurs qui remplissent toute la cavité pelvi-abdominale, c'est-à-dire celle dont l'ablation d'une pièce serait impossible, même en leur imprimant des mouvements de bascule et en faisant sur la ligne médiane du pubis à l'épigastre une incision démesurément longue. C'est alors que le morcellement seul est applicable. D'ailleurs les nombreux exemples de guérison que nous avons obtenus sont les meilleurs arguments à opposer à ceux qui préfèrent critiquer qu'appliquer notre méthode.

Les diverses séries de tumeurs que nous venons de passer en revue suffiront, je l'espère, à faire comprendre en quoi consiste la méthode de morcellement que nous avons l'habitude de mettre en pratique. Pour terminer ces considérations, nous poserons les conclusions suivantes :

1° Le morcellement est une méthode qui doit être classée parmi celles qui conviennent le mieux à l'ablation d'un grand nombre de tumeurs;

2° Il consiste à attaquer ces dernières par leur intérieur et à les diviser du centre à la surface;

3° Il est basé sur ce principe fondamental que la plupart des tumeurs sont moins riches en vaisseaux dans leur portion centrale que dans leurs couches périphériques;

4° Il se pratique avec les mêmes instruments que pour les autres méthodes opératoires, bistouri, ciseaux, thermocautère, ligateur, pince-scie, etc.;

5° Il peut être combiné, suivant les indications, avec les autres méthodes d'ablation;

6° Il permet de diminuer la longueur des incisions préliminaires;

7° Il abrège la durée d'un grand nombre d'opérations et diminue considérablement les pertes de sang, surtout quand il est aidé de l'hémostase faite avec les éponges et les pinces hémostatiques;

8° Il permet de mieux voir, au cours de l'opération, les organes qui sont accolés aux tumeurs et de mieux les ménager;

9° Il est indispensable pour l'ablation des grandes tumeurs qui sont en rapport avec des organes profondément situés et difficiles à ménager;

10° Son application n'est pas indispensable pour l'ablation de certaines tumeurs; mais, pour un grand nombre d'autres, il donne des résultats supérieurs aux autres méthodes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Leçons sur les hallucinations et les illusions (1).

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hallucination repose essentiellement sur la façon d'être du malade, lequel est loquace ou silencieux. L'halluciné loquace est expansif, il s'exprime avec énergie, il parle avec conviction des menaces qu'on lui fait, des propos qu'on tient à ses oreilles; il va au-devant du médecin, sympathise vite avec lui et raconte volontiers à qui veut l'entendre l'objet de ses souffrances.

Le diagnostic n'est pas aussi facile chez l'halluciné taciturne, qui se méfie et voit dans tout étranger qui se présente à lui un instrument quelconque de la persécution dont il est l'objet. Il refuse de répondre et se confine la plupart du temps dans un mutisme absolu.

Je vous ai montré précédemment comment chez ces malades les fausses conceptions étaient organisées suivant un mode spécial, et comment les idées de persécution étaient toujours plus ou moins au fond du délire. Je vous ai en même temps indiqué que le véritable moyen pratique de mettre au jour ce délire, c'était d'abonder d'emblée dans son sens et de lui parler directement des pouvoirs publics, chargés de le protéger. — Néanmoins, quand après quelques tentatives on ne pourra arriver à des résultats sérieux, il conviendra d'observer le malade pendant quelques jours. On reconnaîtra en effet que ces hallucinés taciturnes et silencieux, lorsqu'ils se savent non observés, se livrent à des actes bizarres, qu'ils se promènent et s'arrêtent soudain, qu'ils s'agenouillent ou bien se bouchent les oreilles, ou bien qu'ils flairent les substances alimentaires qu'on leur présente et les rejettent avec dégoût, ou bien encore qu'ils se laissent inopinément aller à des vociférations soudaines et sans motif. Quand ils sont seuls, leur regard est fixé au loin dans le vague, comme celui d'un homme qui est absorbé par des méditations profondes.

Ces malades, en général, ne dorment pas; le stimulus morbide continue alors son action, et on apprend qu'ils se lèvent dans la nuit, machinalement, sans rien dire, qu'ils s'habillent, qu'ils cherchent à sortir et dérangent et brisent les meubles de leur chambre, et se recouchent ensuite tranquillement. On peut donc dire, d'une manière générale, que les sujets qui commettent ces différentes actions sont tous plus ou moins sollicités par des processus irritatifs de nature subjective et qu'en définitive ils sont accaparés par des hallucinations.

La question du diagnostic de la période à laquelle est arrivé le processus hallucinatoire peut présenter dans certaines circonstances un certain intérêt.

Quand l'hallucination est encore franchement sensorielle, lorsque les malades accusent distinctement des voix qui les injurient, des visions qui les menacent, des sensations morbides gustatives ou olfactives désagréables, on peut reconnaître que la maladie est encore dans sa première étape (1).

Lorsque, au contraire, les conceptions exposées par le malade sont différentes de celles qui existaient au début, lorsqu'elles ont un caractère de fixité qui ne peut être ébranlé par aucun raisonnement, on est, suivant toutes les probabilités, amené à admettre que le processus morbide a envahi la sphère psychique proprement dite et que dès lors il continue à suivre son évolution fatale vers la démence. — Le mutisme, la taciturnité prolongée, indiquent une phase plus avancée de la maladie première.

Pronostic. — Le pronostic des processus hallucinatoires est de la plus haute gravité. Nous venons de voir combien leur évolution est fatalement progressive et combien, lorsqu'ils sont nettement organisés, ils se transforment en délires partiels et deviennent inéluctablement un acheminement vers la démence. Le pronostic doit être envisagé: 1° au point de vue de l'individu lui-même, et 2° au point de vue de la société.

1° D'une manière générale, la gravité du pronostic peut se juger d'une façon approximative par les données suivantes:

Sur 130 malades que j'ai pu observer et suivre pendant plusieurs années, au bout d'une moyenne de trois années d'isolement je n'en ai trouvé que 20 pouvant être rendus à leur famille et considérés provisoirement comme guéris. — Sur ces 20 malades les rechutes ont eu lieu pour 15 dans une période de trois ou quatre années; les 5 autres ont été perdus de vue; quant aux 110 restants, ils sont insensiblement passés à l'état de démence incurable.

Les formes lucides accompagnées d'un certain degré de conservation de la connaissance des choses extérieures ne sont pas, à bref délai, destinées à arriver à la démence. L'individu résiste d'autant mieux qu'il a une plus grande surface intellectuelle en activité.

J'ai vu des cas, rares cependant, de malades atteints d'hallucinations vagues de l'ouïe, qui continuaient à s'occuper de travaux intellectuels (stérilement dirigés, il est vrai)

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mars 1881.

(1) Il faut avoir bien présente à l'esprit cette particularité spéciale de la phase sensorielle: c'est qu'elle est quelquefois excessivement fugace, qu'elle se produit inopinément une ou plusieurs fois, et qu'elle passe la plupart du temps inaperçue.

et qui ont pu retarder ainsi pendant de longues années les effets envahisseurs de la démence.

Les hallucinations sensorielles combinées à des hallucinations d'origine viscérale paraissent dans un certain nombre de cas hâter l'apparition de la démence et amener rapidement l'obnubilation intellectuelle complète :

Le jeune H... avait cru entendre le rire d'un professeur qui le tournait en ridicule. Il avait cru entendre pareillement des jeunes gens qui dans la rue l'interpellaient d'une façon grossière. L'état émotif qui s'était développé en lui avait retenti du côté de l'innervation du cœur et sollicité des angoisses cardiaques avec vive excitation. Le cœur ne présentait aucune lésion organique, et les troubles cardiaques ressentis par le malade étaient purement subjectifs. En trois mois, ce jeune homme était arrivé à un état de démence suffisamment accusé pour le mettre dans l'impossibilité de continuer sa carrière.

Madame C..., tourmentée par des hallucinations auditives qui proféraient des menaces contre sa personne et contre sa famille, était en même temps sollicitée par des irradiations hallucinatoires de nature érotique avec nymphomanie. Dans l'intervalle de deux mois, cet état hallucinatoire à double foyer d'émergence produisit un tel délabrement dans son sensorium qu'elle était arrivée à un état presque complet d'abstinence des facultés mentales.

Les hallucinations qui, d'emblée, sont caractérisées par une obsession persistante sans éclaircie de lucidité, sont en général d'un pronostic grave et conduisent rapidement à la démence. Elles impliquent l'envahissement simultané des deux lobes cérébraux.

La permanence de la suggestion hallucinatoire est donc un symptôme de la plus haute gravité. — Il est bon cependant de savoir que, chez les jeunes sujets et principalement chez les femmes, on voit quelquefois des phénomènes d'obsession intense disparaître en un temps très-rapide et l'amélioration se manifester d'une façon progressive.

Il faut encore considérer comme très-grave, au point de vue des conséquences qu'elle exerce sur les manifestations de la vie intellectuelle, toute une catégorie de processus hallucinatoires qui se développent sous forme de stimulations fugaces, rapides et instantanées, tout à fait analogues à des attaques d'impulsions subites épileptoïdes.

Cette forme spéciale, quasi impulsive, entraîne rapidement à sa suite une sorte d'hébétude et d'état hallucinatoire persistant, qui fait que les malades sont en quelque sorte toujours sur les limites de l'état de santé et de l'état de maladie.

M. B..., à la suite d'une légère excitation hallucinatoire, avait été soumis à mes soins. Sous l'influence du traitement employé, l'état aigu tomba rapidement, et M. B..., au bout de deux mois, paraissait complètement maître de lui-même et débarrassé de ses conceptions hallucinatoires. Quatre jours avant sa sortie, j'arrivai dans sa chambre à l'improviste, et quelle ne fut pas ma surprise de le voir invectivant un domestique absent auquel il reprochait des injures imaginaires! — L'hallucination était pour moi flagrante; c'était un éclat subit avec accès d'émotion et de colère pathologiques. — Trois mois après, ce jeune homme mis en liberté et vivant de la vie commune, poursuivi par les mêmes hallucinations, commettait dans un endroit public une tentative d'homicide qui heureusement n'eut pas de suite. Soumis de nouveau à mes soins, la maladie première suivit son cours, avec alternatives de calme et d'excitation, et la démence ne tarda pas à se montrer avec ses caractères d'incurabilité absolue.

J'ai noté pareillement l'existence de ces hallucinations fugaces, revenant d'une façon inopinée et réitérée, comme point de départ pathogénique de certaines anxiétés morbides et de certaines formes de délire mélancolique.

Les malades, en général, n'ont pas conscience de ces attaques passagères qui viennent inopinément les troubler.

2° Au point de vue social, le groupe des hallucinés constitue une catégorie de malades, qui est la plus dangereuse, par cela même que l'halluciné est sous le coup de sollicitations étranges et surnaturelles. — L'halluciné cherche à se défendre ; il emploie à ce but les ressources de son esprit, et c'est ainsi qu'il sort armé et qu'à un moment donné il commet des tentatives d'homicide inexplicables. — Dans d'autres circonstances, ce sont des tentatives d'incendie, des actes de violence sans motif, qu'il accomplit. Dans d'autres formes, au contraire, ce sont des tentatives de suicide qu'il met à exécution, avec la pensée de se soustraire à des accusations fictives auxquelles il se croit exposé.

La période dangereuse des processus hallucinatoires correspond à la première phase psycho-sensorielle, alors que les incitations morbides sont encore à l'état de verdeur. — Quand c'est la seconde période qui se révèle, avec commencement de démence, généralement les sujets deviennent indifférents et passifs, l'énergie mentale a subi un notable déchet, et la plupart du temps, sauf certains moments d'excitation passagère, ils sont incapables de nuire.

THÉRAPEUTIQUE

Potion antiseptique.

Acide borique pulvérisé	20 grammes.
Vaseline	100 —
Glycérine neutre.	Q. S.

On dissout l'acide borique à chaud dans une petite quantité de glycérine, et l'on incorpore la solution ainsi obtenue à la vaseline.

Cette pommade est employée par M. J. Lucas-Championnière pour le pansement des brûlures, des excoriations et des ulcérations qui accompagnent l'impétigo et l'eczéma.

On peut employer dans le même but, surtout chez les enfants, une solution saturée d'acide borique dans l'eau ou dans la glycérine, les solutions d'acide phénique étant souvent mal supportées par eux. (*Union médicale.*)

Potions antidyspeptiques.

Bicarbonate de soude pulvérisé . . .	de 0g,20 à 0g,50
Eau distillée.	80 grammes.
Sirop simple.	10 —

F. s. a. une potion, dont on fera prendre une cuillerée à entremets toutes les deux heures aux jeunes enfants qui ont de la dyspepsie acide, comme cela arrive souvent lorsqu'ils ne sont pas nourris au sein.

Quand c'est la dyspepsie avec alcalescence qui prédomine, on leur donne toutes les deux heures une cuillerée à café de la potion suivante :

Acide chlorhydrique dilué.	10 gouttes.
Eau distillée.	80 grammes.
Sirop simple.	10 —

Mêlez. (*Courr. méd.*)

De l'ouate préparée dans le traitement des maladies de l'oreille.

Le docteur Samuel Sexton conseille, à titre de topique, dans le conduit auditif externe, les préparations suivantes, plus commodes que les poudres ou les produits de consistance sirupeuse employés d'habitude.

On prend de l'ouate dégraissée, telle qu'on la trouve dans le commerce; elle est alors devenue très-propre à l'absorption des liquides; on l'imprègne d'une solution médicamenteuse de borax, de sulfate de zinc ou d'acide salicylique et on la laisse sécher.

Pour le pansement, après avoir fait les injections nécessaires, on essuie le méat avec un peu de ouate, puis on fait de celle-ci un cylindre sur un stylet et on le porte dans l'oreille externe pour tamponner le conduit auditif. Lorsqu'il a été introduit à la profondeur nécessaire, on retire le stylet par un brusque mouvement de rotation inverse et l'on pousse encore un peu le tampon à l'aide d'une pince. On laissera le coton en place aussi longtemps qu'il sera utile; mais, si l'on emploie un médicament énergique, il ne faut le laisser séjourner que peu de temps.

Les astringents anodins peuvent rester dix ou douze heures si l'écoulement n'est pas très-abondant; mais, si l'écoulement est considérable, il faut retirer le tampon dès qu'il paraît saturé.

Voici la formule des solutions employées pour saturer le coton dans les cas où la sécrétion est abondante :

Borax, 20 p. 0/0; sulfate de zinc, 2 p. 0/0; tannin, 5 p. 0/0; acide salicylique, 5 p. 0/0; alun, 3 p. 0/0.

Le coton à l'acide salicylique est excellent, notamment dans les cas de suppurations fétides.

Enfin, quand on ne peut pas se procurer de l'ouate préparée pour être absorbante, on la rend propre suffisamment à cet usage par des lavages successifs. (*Paris médical.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Forest adresse une observation de morsure d'un chien enragé cautérisée avec une allumette. L'enfant va bien. M. Forest recommande ce moyen de cautérisation comme étant des plus pratiques et des plus expéditifs.

M. le docteur Boissarie (de Sarlat) se porte candidat au titre de membre correspondant national.

M. le docteur Boëns (de Charleroi) adresse les résultats des recherches statistiques des anti-vaccinateurs allemands, anglais et suisses.

M. Victor Chasles, officier de santé, proteste contre l'article 4 du projet de loi Liouville qui n'admet que des certificats de vaccine émanant de docteurs.

COMMUNICATION

M. Parrot informe l'Académie que, M. Pasteur lui ayant demandé l'autorisation de faire des expériences d'inoculation avec de la salive recueillie sur des enfants morts de maladies communes, non infectieuses et non inoculables, dans le but de contrôler et de compléter les expériences faites avec les salives de l'enfant mort de la rage à Sainte-Eugénie et de l'enfant mort également de la rage qui lui a été signalé par M. Maurice Raynaud, il a mis à la disposition de son éminent collègue les cadavres de plusieurs enfants morts de broncho-pneumonie. M. Pasteur, dans une lettre qu'il lui a fait l'honneur de lui écrire, lui rend compte en ces termes des résultats de ses nouvelles expériences.

Des lapins inoculés par des salives prises sur les petits cadavres nous ont offert, dit-il, le même organisme virulent pour les lapins et non pour les cobayes. Une seule salive de personne adulte, en pleine santé, recueillie à jeun, le matin, nous a offert le même microbe; mais il n'est pas douteux qu'on pourrait le trouver souvent et que cet organisme doit être un de ceux qui habitent les premières voies digestives.

En conséquence, la nouvelle maladie n'a aucune relation avec la rage.

On ne peut se défendre, ajoute M. Pasteur, d'un sentiment de surprise en apprenant l'existence dans la salive, particulièrement dans la salive des enfants, d'un microbe spécial dont l'inoculation aux plus petites doses amène si facilement la mort de lapins et même de chiens.

J'y vois pour ma part un symptôme nouveau de grand avenir pour la connaissance étiologique des maladies dont la cause doit être attribuée à la présence et au développement d'organismes microscopiques.

LECTURES

Ablation des tumeurs par morcellement. — M. Péan, candidat pour la section de médecine opératoire, donne lecture d'un travail ayant pour titre : De l'ablation des tumeurs par morcellement (voir plus haut).

(Renvoi à la section de médecine opératoire constituée en commission d'élection.)

Traitement des corps flottants du genou. — M. Gaujot, candidat pour la même section, lit un travail ayant pour titre : Du traitement des corps flottants du genou.

M. Gaujot examine successivement dans ce travail les quatre questions suivantes :

1° L'extraction des corps articulaires du genou par l'incision directe est-elle une opération aussi renouvelée qu'on semble le dire?

2° L'innocuité incontestablement plus grande aujourd'hui qu'autrefois de l'extraction par l'arthrotomie, doit-elle être attribuée exclusivement à l'intervention du pansement de Lister, ainsi que le prétendent les promoteurs de ce mode de pansement?

3° L'extraction d'un corps mobile articulaire, alors même qu'elle se termine heureusement, peut-elle assurer une guérison durable définitive?

4° L'extraction directe, en devenant moins dangereuse, doit-elle être pour cela pratiquée plus souvent?

Le travail est terminé par les conclusions suivantes :

1° L'extraction des corps étrangers articulaires peut être pratiquée sans faire courir trop de risques. Néanmoins elle ne doit être tentée que lorsqu'elle est justifiée par la gravité des troubles fonctionnels et l'insuffisance des moyens palliatifs.

2° L'extraction à découvert est préférable à l'extraction sous-cutanée, comme étant plus facile, d'un résultat plus sûr, sans être notablement plus dangereuse, si elle est exécutée moyennant les précautions convenables, avec ou sans le secours du pansement de Lister. (Renvoi à la même section.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

96. M. de Schuttelaere. Considérations sur les anévrysmes externes de la tête et sur leur traitement. — 97. M. Chuffan. De la pneumonie massive ou de l'oblitération des grosses bronches par concrétion fibrineuse dans la pneumonie. — 98. M. Anglade. Du traitement de l'ophthalmie sympathique. — 99. M. Schull. Du tremblement mercuriel. — 100. M. Duvau. Contribution à l'étude des indications de l'ésérine dans le traitement des kératites et des abcès de la cornée. — 101. M. Comanéano. Considérations sur le traitement des plaies par armes à feu. — 102. M. Ribes. De la médication ignée dans les affections chroniques des voies respiratoires. — 103. M. Petit. Contribution à l'étude de la pneumonie massive. — 104. Pfhil. Des plaies de l'artère axillaire considérées spécialement au point de vue du diagnostic et du traitement. — 105. M. Couette. Lésions du nerf sciatique poplité externe dans les fractures de la tête du péroné. — 106. M. Martin. Paralysie du membre supérieur dans les luxations de l'épaule. — 107. M. Tarissan. Essai sur le béribéri au Brésil. — 108. M. Gauté. De l'influence

de la goutte sur les affections et les opérations de l'œil. — 109. M. Roche. Crises et symptômes critiques de la fièvre pneumonique. — 110. M. Bagot. Des complications cérébrales des affections cardiaques.— 111. M. Simoneau. Des vomissements chez les phthisiques. — 112. M. Genet. Considérations cliniques et physiologiques sur les troubles survenant du côté des amygdales pendant la menstruation.— 113. M. Bondet de la Bernardie. Contribution à l'étude de l'amygdalotomie. — 114. M. Gilbert-Ballet. Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Schmitt (Marie-François-Stanislas), né à Avallon (Yonne), le 21 avril 1855, est nommé préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Levaillant, démissionnaire.

— Les étudiants qui ont opté pour le nouveau mode et qui ont à subir, avant les vacances d'avril, le deuxième examen de doctorat (anatomie, histologie et physiologie) devront consigner le 31 mars, dernier délai.

Les élèves qui doivent prendre part aux exercices pratiques d'histologie sont avertis qu'ils seront appelés par série de 30 dans l'ordre suivant, chaque série correspondant aux dates ci-dessous : 1er, 11, 18 et 25 avril; 2, 9, 16, 23 et 30 mai; 6, 13, 20 et 27 juin; 4 et 11 juillet.

Les noms des élèves de chaque série seront affichés : 1° à la Faculté, dans le cadre ordinaire des actes; 2° à l'École pratique, ancien collège Rollin, à l'entrée du laboratoire d'histologie.

— Les travaux pratiques sont organisés pour le second semestre de l'année scolaire 1880-81 dans l'ordre suivant :

Élèves de première année : 1° exercices pratiques de chimie médicale sous la direction de M. le docteur Armand Gautier, chef des travaux, le lundi, le mercredi, le vendredi et le samedi de chaque semaine, à trois heures et demie ; 2° exercices pratiques de physique médicale sous la direction de M. le docteur Gay, professeur agrégé, chef des travaux, le lundi, le mardi, le jeudi et le samedi, à sept heures et demie du matin ; 3° exercices pratiques d'histoire naturelle, sous la direction de M. le docteur Faguet, chef des travaux, le lundi, le mardi, le jeudi et le samedi, à sept heures et demie du matin.

Élèves de seconde et de troisième année : 1° exercices de physiologie et démonstrations pratiques de physiologie expérimentale, sous la direction de M. le docteur Laborde, le mardi, le jeudi et le samedi, à une heure et demie ; 2° exercices d'histologie sous la direction de M. le docteur Cadiat, professeur agrégé, chef des travaux, tous les jours, à trois heures.

Élèves de quatrième année : 1° exercices de médecine opératoire, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, cours successifs par les prosecteurs, exercices opératoires, tous les jours, de une heure à quatre heures ; 2° exercices d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Gombault, tous les jours également, de une heure à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Viault, agrégé, est chargé du cours d'anatomie générale et d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Pitres, appelé à d'autres fonctions.

M. Augereau (Alfred), né à Barret (Charente), le 6 octobre 1860, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Secousse, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Imbert est nommé prosecteur.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Lannegrâce, agrégé, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-1881, du cours de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Rouget, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacquinot (Marie-Joseph-Étienne-Alphonse), décédé à Nevers le 14 mars 1881, dans sa vingt-neuvième année.

— Le conseil municipal de Villefranche (Rhône) a voté dans sa dernière séance, l'érection d'une statue à l'illustre physiologiste Claude Bernard, sur la place qui porte déjà son nom.

— Les élèves de l'École vétérinaire de Lyon viennent d'être licenciés à la suite des troubles qui ont éclaté ces jours derniers dans cet établissement.

— La Société de médecine d'Anvers met au concours pour 1881 les questions suivantes : 1° Faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent, dans la pathologie tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur les démonstrations et les expériences. — 2° Faire l'histoire de la goutte. — 3° Une question de thérapeutique laissée au choix des concurrents.

Prix : médaille d'or ou de vermeil ou mention honorable, selon la valeur du mémoire. — Outre ces prix, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement cinquante exemplaires de leurs travaux. — Clôture du concours : 30 novembre 1881. — Les mémoires devront être envoyés, sous les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, docteur De Rantere, rue Saint-Paul, 12, à Anvers.

— M. le professeur Potain continuera le cours de clinique médicale à l'hôpital Necker pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-1881 les lundis et vendredis, à dix heures du matin. Visite tous les jours, à huit heures et demie.

— M. le professeur Parrot continuera son cours de clinique des maladies des enfants les mardis et dimanches, à neuf heures et demie, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74. La visite des malades aura lieu tous les jours, à neuf heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10956.

N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 26 MARS 1881. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur la valeur séméiotique du ralentissement du pouls.

Il existe, comme tout le monde le sait, des désordres fonctionnels du cœur caractérisés par la fréquence persistante du pouls sans aucun trouble dans le rhythme des contractions cardiaques ; c'est ce que l'on observe notamment dans le goître exophthalmique. Mais les désordres fonctionnels caractérisés par la rareté ou le ralentissement du pouls s'observent beaucoup plus rarement, à en juger, au moins, par les rares mentions qui en sont faites dans les auteurs. C'est à peine même si, à part les cas de ralentissement dus à de grandes lésions cérébrales, à des méningites aiguës avec compression ou à l'action de certains toxiques, les anciens auteurs de séméiologie s'arrêtent sur ce phénomène pathologique. Il y a environ quatre ans, en 1876, les *Archives générales de médecine* publiaient, d'après l'*American Practic.* de Louisville, le résumé d'un travail clinique de M. le professeur Austin Flint sur le ralentissement du pouls. On trouve, dans ce travail, quelques faits très-intéressants sur ce signe des désordres fonctionnels du cœur liés à un état morbide siégeant ailleurs que dans le cœur lui-même. Mais il ne s'agit dans ces faits que d'un ralentissement passager du pouls.

Ainsi, dans le premier des faits que rapporte M. le professeur Flint, il s'agit d'une femme qui se croyait atteinte d'une maladie du cœur, dont elle ne présentait en réalité aucun signe. A la suite d'un violent accès de toux, avec angoisse et menace de suffocation, provoqué par la pénétration d'un fragment d'aliment derrière l'épiglotte, cette femme resta plusieurs jours souffrante, se plaignant d'un sentiment de défaillance chaque fois qu'on lui soulevait la tête et avec un pouls battant 40 par minute. Avant, son pouls était normal. Au bout de deux à trois semaines, elle était complètement rétablie, et son pouls était revenu à son rhythme normal. Ni pendant la durée de cette crise, ni plus tard, on n'observa jamais de signes d'une lésion cardiaque. Cette malade ayant succombé plusieurs années après à une fièvre typhoïde, on put constater à l'autopsie que le cœur était parfaitement sain.

Chez un deuxième sujet, à la suite d'une attaque subite de prostration pendant la convalescence d'une pneumonie, le pouls s'était tout à coup abaissé à 40 et même, par moments, à 35 pulsations par minute, sans aucun signe d'affection cardiaque ; mais on ne dit pas combien de temps ce ralentissement a persisté.

Chez un troisième sujet, qui avait eu plusieurs attaques de fièvre intermittente, dont la dernière remontait à plus d'un an, à la suite d'un malaise vague avec sentiment de faiblesse, la radiale ne battait plus que 26 fois par minute; le rhythme était correct d'ailleurs et l'intensité pulsatile normale, sans aucune altération du cœur. Après quatre jours de soins, le pouls était remonté d'abord à 42, puis à 60 le cinquième jour, et à 80 le sixième.

Enfin, chez un quatrième malade, sujet à des maux de tête et à des insomnies, à la suite d'une céphalalgie plus intense que d'habitude, le pouls qui, à l'état normal, était de 70 à 75, était descendu à 40. Les accidents s'étant calmés, le pouls reprit son type normal.

Le fait qui nous intéresse en ce moment, et sur lequel nous désirons appeler un instant l'attention, est le ralentissement permanent du pouls.

M. Charcot, dans ses leçons de la Salpêtrière sur les maladies du système nerveux, signale comme un des faits les plus intéressants, mais aussi les moins remarqués, de la symptomatologie des lésions spinales cervicales, le ralentissement permanent du pouls. Tout en reconnaissant que le phénomène du pouls lent peut reconnaître pour cause une lésion organique du cœur, comme l'ont constaté quelques auteurs, M. Charcot, ayant observé plusieurs fois ce phénomène à l'état permanent pendant des années, chez des vieillards, le cœur étant sain, a été conduit par là à se demander si, dans ces cas au moins où les lésions cardiaques avaient fait défaut, la cause organique du ralentissement des battements artériels ne serait pas dans la moelle cervicale ou dans le bulbe rachidien, plutôt que dans le cœur. Voici, dans ces circonstances, les accidents graves qu'il a vus se produire.

« Ces accidents, qui surviennent par accès se répétant irrégulièrement à des époques plus ou moins éloignées, se présentent tantôt avec tous les caractères de la syncope, tantôt participent à la fois, quant aux symptômes, de la syncope et de l'état apoplectique. Il est, enfin, des cas dans lesquels il s'y adjoint des mouvements épileptiformes, avec changement de coloration de la face, écume à la bouche, etc. Le pouls qui, dans l'intervalle des crises, bat, en moyenne, 30, 40 fois par minute, se ralentit encore pendant l'accès

jusqu'à descendre à 20 ou même à 15 pulsations. Il s'arrête même, momentanément, quelquefois complètement. Toujours l'état syncopal ouvre la scène ; l'état apoplectique avec sommeil stertoreux survient ensuite, au moment où le pouls, un instant supprimé, reparaît et où la pâleur du visage fait place à la rougeur. »

M. Charcot est porté à croire que la cause du ralentissement du pouls et des accidents qui l'accompagnent dans ces circonstances doit être cherchée dans la moelle épinière ou dans le bulbe.

Dans une thèse récente sur ce même sujet, de M. le docteur Blondeau (1879), on trouve une analyse de dix-sept observations de pouls lent permanent, de laquelle il résulte : que l'âge avancé est une prédisposition à cette anomalie ; tous les sujets de ces observations étaient des gens âgés, de cinquante ans au moins à soixante-dix ans et au-delà ; qu'à côté de cette prédisposition, il faut placer l'alcoolisme et les passions tristes, misère, chagrins ; que la durée des accidents est ordinairement longue, pouvant varier entre une ou plusieurs années ; que leur terminaison est ordinairement grave, la mort étant survenue le plus souvent (10 fois sur 17) d'une façon foudroyante. La température a été trouvée généralement abaissée. Les observations thermométriques laissent à désirer à cet égard. Les troubles respiratoires constatés dans quelques cas (6) ont paru pouvoir être rapprochés de ceux qui, comme la dilatation pupillaire et le vomissement observés aussi chez quelques-uns de ces sujets, sont manifestement d'origine bulbaire. Le cœur n'a rien présenté à l'auscultation dans 7 observations ; il n'y avait que des palpitations dans 4 cas ; dans 3 cas seulement on a noté un peu d'altération graisseuse du cœur. Enfin, dans 16 observations sur les 17, on a signalé des accès épileptiques ou épileptiformes, sous la forme de grand ou de petit mal, soit des accès syncopaux précédant des manifestations convulsives, soit des vertiges, soit des évanouissements suivis d'une période d'inconscience.

Rapprochant ces trois ordres de faits, l'épilepsie, les troubles cardiaques ou respiratoires et le ralentissement du pouls, qui semblent être les trois facteurs d'un même état morbide, M. Blondeau se demande s'il ne serait pas possible d'expliquer cet état par l'existence d'une altération bulbaire exerçant sur le cœur une influence modératrice, par l'intermédiaire du pneumogastrique et du sympathique cervical.

Enfin, dans l'article *Pouls* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dû à M. le docteur Aug. Rigal, le pouls lent permanent est indiqué comme coexistant avec des syncopes ou des accès épileptiformes qui porteraient à rattacher tous ces phénomènes à un trouble de l'innervation bulbaire dans lequel une excitation anomale des noyaux d'origine du pneumogastrique rendrait compte du ralentissement des impulsions cardiaques, et considéré comme l'indice d'une situation qui, avec des apparences trompeuses de bénignité, se dénoue fréquemment par la mort subite. On y trouve, à l'appui de cette théorie du ralentissement du pouls, l'exposé de quelques faits rapportés par Rosenthal, par Th. Halberton, dans lesquels la lenteur du pouls a été la suite d'un traumatisme intéressant la moelle dans la région cervicale, et un fait de Thornton où le même phénomène a été constaté chez une femme syphilitique présentant des symptômes de syphilis cérébrale. On y trouve aussi l'énoncé de faits observés par Stokes et par M. Cornil, d'après lesquels la lenteur du pouls a paru devoir être attribuée à une altération graisseuse du myocarde.

Tel est à peu près l'état actuel de la science sur ce point de séméiologie.

— On peut voir, en ce moment, un cas très-remarquable de ce genre dans le service de M. le professeur Lasègue, à l'hôpital de la Pitié. Il s'agit d'un homme âgé de soixante-huit ans, balayeur, vivant par conséquent dans une condition assez misérable, qui, depuis six à huit mois, est atteint d'une affection thoracique caractérisée par un point de côté à gauche, de la toux avec expectoration muqueuse blanchâtre. Il s'est joint depuis, à ces phénomènes, des vertiges, des syncopes fréquentes, parfois suivis de chute et perte de connaissance, avec roideur musculaire, mais sans convulsions, avec retour complet à l'état normal après deux minutes de durée. Ces petites attaques se sont montrées plus fréquentes dans ces derniers temps ; il y a quinze jours, il a fait une chute dans la rue ; à la suite de cette chute, il s'est produit un écoulement sanguin par l'oreille gauche, suivi d'un écoulement séreux et de surdité de ce côté.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate un certain degré de dyspnée. La percussion donne une sonorité exagérée de la poitrine, et l'auscultation révèle l'existence de quelques râles muqueux à droite, en avant, et de gros râles ronflants abondants dans les autres parties de la poitrine. L'auscultation du cœur, rendue un peu difficile par l'abondance et le bruit de ces râles, fait constater une extrême lenteur dans les battements, mais avec une régularité parfaite, sans aucun signe de lésions valvulaires. Il existe seulement un léger souffle au premier temps à la pointe. Les pulsations cardiaques oscillent entre 28 et 32 par minute. Il y a isochronisme parfait entre elles et les pulsations artérielles.

Rien de particulier à noter dans les organes abdominaux. Le foie a ses dimensions normales. Le malade accuse souvent des douleurs de reins. La température est de 37,4. Enfin il existe aux deux membres inférieurs de l'œdème, qui ne se serait manifesté, au dire du malade, que depuis quelques jours seulement. Les urines sont rares ; l'acide nitrique y décèle la présence d'albumine, mais point de sucre. Les selles sont rares. Il y a de la constipation.

Aussitôt que le malade s'endort, il est en proie à des rêves bizarres et à de l'agitation. Il se lève tout endormi, s'agite, appelle et s'aperçoit, au réveil, du désordre de ses idées.

On voit, en résumé, chez cet homme une sorte de composé pathologique de troubles respiratoires, de troubles cardiaques et troubles cérébraux, Il s'agissait de chercher, au milieu de ce groupe d'accidents dans lesquels on ne pouvait distinguer aucune prédominance bien marquée, quel était le lien qui pouvait exister entre eux et auquel d'entre eux pouvait plus particulièrement être rapporté le ralentissement extraordinaire du pouls.

M. Lasègue a fait remarquer tout d'abord le lien naturel qui rattachait l'œdème des extrémités inférieures aux troubles cardiaques. Mais ces troubles eux-mêmes qui ne pouvaient être rattachés à aucune lésion appréciable, autre que l'occlusion incomplète de la valvule mitrale accusée par le bruit de souffle au premier temps de la pointe, évidemment insuffisante pour les expliquer, et qui ne consistaient en définitive que dans le ralentissement des battements, il restait à en rechercher ailleurs la cause probable. Deux explications plausibles se présentaient : celle d'une flaccidité sénile des muscles cardiaques, ce que l'âge du malade et son état de déchéance physiologique rendaient probable, et la coexistence de phénomènes cérébraux, vagues, mal détermi-

nés sans doute, mais qui n'étaient pas moins manifestes, tels que les vertiges, les syncopes fréquentes, les rêvasseries et les agitations délirantes nocturnes.

Déjà, dans plusieurs circonstances, M. Lasègue avait eu l'occasion de constater la coïncidence du ralentissement permanent du pouls avec des désordres cérébraux du même genre.

Les faits que nous venons de rappeler plus haut ne feraient que confirmer cette manière de voir.

S'attachant surtout au fait dominant de la perturbation cardiaque accusée surtout par l'œdème, M. Lasègue a prescrit à ce malade l'administration de la digitale à la dose de 25 centigrammes de feuilles de digitale en infusion, en deux doses par jour, élevée s'il y a lieu à 40, 50, 60 centigrammes. Au bout de trois ou quatre jours de cette administration, les urines, rares jusque-là, avaient considérablement augmenté de quantité et l'œdème avait notablement diminué. Le pouls n'a été que peu ralenti. Il a continué à osciller entre 28 et 32 maximum; il n'est pas descendu au-dessous de 26. Le jour où nous avons examiné le malade, nous avons compté exactement 28 pulsations.

Ce malade est à suivre, et il y aura lieu d'étudier chez lui, dans les phénomènes qui peuvent survenir ultérieurement, ce qui appartient, comme conséquence immédiate, au fait même du ralentissement cardiaque et ce qui doit être attribué à ses causes probables.

Traitement de la névralgie faciale par le sulfate de cuivre ammoniacal.

On n'a sans doute pas oublié les faits de guérison de la névralgie faciale obtenue par M. Féréol à l'aide du sulfate de cuivre ammoniacal. Depuis l'époque où notre savant confrère a exposé les résultats de ses premiers essais de cette médication, il a eu d'assez nombreuses occasions de la mettre en usage. Si, assez souvent, ce remède a échoué, ainsi que M. Féréol en fait l'aveu, avec d'autant moins de déguisement qu'il avait lui-même prévu ces échecs, il lui a donné encore cependant quelques résultats très-satisfaisants. Tel est, entre autres, le cas d'un malade, vieillard de soixante-onze ans, qu'il a traité à la consultation de l'hôpital Beaujon et dont il a rapporté tout récemment l'histoire à ses collègues de la Société de thérapeutique.

Cet homme était atteint depuis plus d'un an, sans cause appréciable, d'une névralgie sus et sous-orbitaire, qui avait été traitée sans aucun succès par un grand nombre de moyens. Au bout de huit jours, sous l'action de la médication cuprique, la névralgie avait presque complètement disparu; huit jours plus tard, la guérison était complète.

A la relation très-succincte de ce fait, M. Féréol a ajouté la relation plus circonstanciée de plusieurs autres, entre autres de deux observations de son collègue M. Moutard-Martin, à l'Hôtel-Dieu.

La première de ces observations a pour sujet une femme de vingt-neuf ans, ni hystérique, ni syphilitique, atteinte d'une névralgie ayant débuté à la tempe et occupant tout le côté droit de la tête, depuis l'arcade sourcilière jusqu'à la base du crâne. Ses douleurs, revenant par accès pendant les huit premiers jours, étaient devenues continues. Elle accusait, en outre, des bourdonnements d'oreille et une surdité légère. Cette névralgie avait déjà été traitée en ville depuis trois mois par une foule de procédés, lorsque la malade entra à l'hôpital. Après une période de huit à neuf jours, durant laquelle elle fut traitée successivement par le sulfate de quinine, auquel on ajouta une potion au chloral et des frictions avec une pommade contenant de la vératrine et du sulfate de morphine, puis par l'iodure de potassium, les douleurs et les bourdonnements d'oreille n'ayant point cessé, M. Moutard-Martin prescrivit une potion avec 15 centigrammes de sulfate de cuivre ammoniacal. Les premières doses ayant été vomies, on lui donna, les jours suivants, la même potion avec 5 centigrammes seulement de sel cuprique. Dès le troisième jour, les douleurs étaient notablement diminuées, et la malade, qui avait passé jusque-là presque toutes ses nuits sans sommeil, avait dormi une grande partie de la nuit. Le cinquième jour, l'amélioration était croissante. Le sixième jour, les douleurs avaient complètement disparu; elle ne ressentait plus que quelques bourdonnements. Quelques jours après, la malade ne se ressentait plus du tout ni de douleurs ni de bourdonnement.

Le sujet de la deuxième observation est une femme âgée de trente-six ans, en proie à une névralgie occupant principalement les branches cervico-occipitale, cervico-temporale et cervico-dorsale, et qui durait depuis quatre mois, malgré l'emploi de divers moyens, tels que opiacés sous toutes les formes, sulfate de quinine, chloral, etc., lorsque la malade entra à l'hôpital. Elle fut mise d'abord à l'usage du quassia amara et de l'iodure de potassium, pendant neuf jours, sans aucun résultat. L'aconitine donnée pendant dix jours, à la dose de 2 milligrammes à l'état de nitrate, après un soulagement passager, ayant fini par déterminer des vertiges avec des vomissements et de la diarrhée, on dut y renoncer. Les accès douloureux ayant reparu avec toute leur intensité, après un répit de deux jours, M. Moutard-Martin prescrivit la potion au sulfate de cuivre ammoniacal, qui, dès le second jour, produisit un soulagement réel; l'amélioration s'accentuant de plus en plus, la malade put quitter le service tout à fait calmée, après neuf jours d'administration du médicament.

M. Raynaud aurait obtenu, paraît-il, par cette médication deux beaux succès, qu'il se propose de faire connaître en temps et lieu. Enfin, M. Féréol a reçu des communications de plusieurs confrères lui annonçant aussi des guérisons, qui élèveraient aujourd'hui le nombre des cas à une quinzaine environ.

Toutefois ne soyons pas plus enthousiaste pour cette médication que ne l'est lui-même M. Féréol. Tout en se louant de ses propres succès et de ceux de ses confrères, M. Féréol n'a nullement la prétention de donner ce remède comme infaillible. Il a un trop bon esprit pour cela. Il convient que les résultats sont loin d'être toujours satisfaisants, que les échecs sont nombreux, qu'il a pu même constater que le médicament, qui avait réussi une première fois chez un malade, pouvait très-bien échouer chez le même malade, en cas de récidive, ce dont il cite un exemple. Il ne s'agit donc que d'un moyen qui réussit quelquefois, qui réussit dans ce cas promptement, alors qu'on avait épuisé sans aucun résultat tous les moyens usités jusque-là. Or un moyen qui réussit quelquefois, dans une affection aussi terriblement douloureuse et aussi généralement tenace que la névralgie faciale épileptiforme, mérite d'être pris en considération et mis en ligne de compte dans la thérapeutique.

Mais pourquoi ce moyen, qui se montre si efficace dans quelques cas, échoue-t-il dans d'autres? Pourquoi perd-il une seconde fois son efficacité, après l'avoir manifestée d'une

manière évidente une première fois? A quels signes, à quels caractères peut-on présumer qu'il réussira ou qu'il ne réussira pas? Quelles sont, en un mot, les indications précises, les contre-indications de son emploi? — Voilà ce qu'il reste à étudier. Et il faudra probablement encore du temps et des observations multipliées pour en arriver là.

Nous ne terminerons pas sans donner la nouvelle formule que M. Féréol propose de substituer à la première qu'il a donnée et qui n'était pas sans quelques inconvénients. Au lieu de faire prendre le médicament en potion, il le fait prendre en poudre, mélangé à du bismuth et enfermé dans un cachet Limousin :

Sulfate de cuivre ammoniacal. . . .	2 centigrammes
Sous-nitrate de bismuth	25 —

Pour un cachet Limousin. F. S. A. dix cachets semblables. Prendre cinq de ces cachets par jour, deux au courant de chacun des principaux repas, dans un peu d'eau, le cinquième entre les deux repas; avaler une petite tasse de lait par dessus.

Cette façon de procéder a sur l'autre l'avantage de causer moins de dégoût aux malades et d'éviter surtout l'état saburral et la persistance si désagréable du goût de cuivre dans la bouche.

— Une question a été soulevée à l'occasion de cette communication, qui n'en est pas sortie résolue, que nous ne prétendons pas davantage résoudre, mais qui nous paraît mériter d'être soumise aux praticiens et aux expérimentateurs. L'application des métaux, d'après la méthode d'exploration dite métallothérapie de M. Burq, qui a déjà été si souvent utile dans les cas d'anesthésie hystérique entre autres, ne pourrait-elle pas s'étendre aussi aux hyperesthésies? Nous croyons nous rappeler que M. Burq l'a tenté déjà; nous n'avons pas présent à l'esprit le souvenir des résultats qu'il a obtenus. Mais voici M. Dumontpallier, qui a rappelé qu'ayant eu à traiter, il y a peu de temps, une névralgie sus-orbitaire, se trouvant à bout de moyens, tous les traitements ordinaires ayant échoué, il eut recours, en désespoir de cause, à l'application, sur la région frontale, d'une plaque de cuivre. Aussitôt la névralgie s'améliora et disparut bientôt après. Si ce n'est comme moyen de traitement, — et on voit quel en a été ici l'effet, — ce serait au moins comme moyen d'exploration et de recherche du métal utilisable, que ce procédé pourrait être, à l'avenir, utilisé d'une manière plus générale qu'il ne l'a été jusqu'à présent. Par là, peut-être, trouverait-on tout à la fois la raison des succès et celle des insuccès de l'emploi du sel cuprique. C'est à voir.

COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (1)

Par M. le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

II

De la fièvre de convalescence (Bernheim, *Leçons de clinique médicale*, Paris, 1877. Neubauer, *Thèse de Nancy*, 1878). — Après la défervescence de la fièvre typhoïde, la convalescence peut être troublée par une fièvre que n'explique aucune lésion organique ou fonctionnelle. « Pendant la convalescence, dit Wunderlich, il se présente, sans motifs appréciables, et durant un à trois jours, de nouveaux accès fébriles. En elles-mêmes, ces rechutes n'offrent pas de dangers sérieux, mais elles retardent la convalescence, et, si l'on ne modifie pas les conditions du malade, elles peuvent probablement avoir ultérieurement de graves conséquences. La température est habituellement le seul signe qui les fasse reconnaître et qui indique aussi avec exactitude leur disparition. A certains moments, pendant la durée d'une épidémie, par exemple, il peut arriver que toute convalescence soit interrompue par des rechutes fébriles semblables, rechutes qui peuvent se répéter jusqu'à trois fois chez le même individu. »

D'après les observations de M. le professeur Bernheim, ces rechutes fébriles peuvent durer beaucoup plus de trois jours. Il a pris, matin et soir, la température pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, chez des malades ne présentant aucune lésion organique, aucun trouble fonctionnel, ni eschare, ni furoncle, ni abcès, ni otite, etc., pouvant expliquer le retour de la fièvre; l'absence de tout trouble, le bon état de la langue et du ventre, les selles moulées, l'absence de nouvelles taches rosées et de symptômes pulmonaires, l'appétit persistant, tout démontrait qu'il n'y avait pas retour du processus typhoïde; ce n'étaient pas des récidives. Et cependant la fièvre continuait pendant la convalescence. Citons les cas les plus saillants : dans une observation, bien que l'évolution typhoïde, modérée et sans symptômes graves, n'eût duré que dix-neuf jours bien comptés, la fièvre de convalescence persiste et persistait encore plus de deux mois après, le soixante-onzième jour de la maladie. Elle n'avait cédé que passagèrement à la quinine et à la digitale.

Dans un autre cas, tous les signes de la convalescence sont manifestes dès le vingtième jour, la température n'était pas encore revenue au chiffre normal le quarantième jour. Ailleurs, malgré la convalescence déclarée depuis le trente-cinquième jour, la température s'obstinait à rester élevée; elle cède enfin à la digitale et au sulfate de quinine. Mais, au bout de treize jours d'apyrexie, elle subit une nouvelle réascension plus faible. Ce cas fut aussi remarquable par la lenteur du pouls, qui resta pendant toute la maladie entre 60 et 80; il ne dépassa pas ce chiffre, même lorsque la température était au-dessus de 40°.

Dans une autre observation, la malade était convalescente au vingt-cinquième jour. La fièvre persistait et ne cédait que momentanément à la quinine, puis était abattue par la digitale; la température resta alors normale pendant seize jours, puis elle remonta et resta de nouveau élevée jusqu'au quatre-vingt-deuxième jour.

Un grand nombre d'observations analogues permettent donc d'affirmer les faits suivants : « Lorsque la convalescence d'une fièvre typhoïde est déjà établie, que la température est devenue normale ou hypo-normale, que l'appétit est revenu, que la diarrhée a cessé, que le malade est levé, que les urines sont redevenues de quantité normale, que les chlorures, supprimés pendant la fièvre, y ont fait leur réapparition, le convalescent peut, sans cause connue, sans lésion organique, alors qu'il n'y a ni rechute ni récidive, être repris de fièvre et de fièvre qui se prolonge pendant un certain temps. »

Il ne s'agit pas ici de la fièvre due à des causes palpables, eschares, éruption furonculeuse, etc., ni de la fièvre passagère dite *febris carnis*, qui peut résulter de la première alimentation, ou de la fièvre qui peut se manifester lorsque les malades se lèvent pour la première fois, mais d'une fièvre qui se prolonge et que rien n'explique. D'ordinaire elle provoque peu de troubles fonctionnels; les malades peuvent même, les premiers jours de cette fièvre de convalescence, rester levés, conserver leur appétit; elle passe longtemps inaperçue; souvent le thermomètre seul révèle, au grand étonnement du médecin, 39° et même 40° et plus de température. Cette réascension thermométrique peut se faire après un à seize jours d'apyrexie; tantôt elle se fait brusquement, tantôt, au contraire, la température remonte lentement, en escalier, mettant quatre jours à atteindre 40° et au dessus.

Cette fièvre est ordinairement irrégulière; elle est continue avec exacerbations vespertines, ou bien elle est intermittente et ne se manifeste que le soir. Ordinairement elle dure longtemps, de six

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 mars 1881.

jours à deux mois et demi. Une fièvre typhoïde relativement courte peut être suivie d'une fièvre de convalescence très-longue, trois fois plus longue que la maladie proprement dite.

Elle ne s'accompagne d'aucun symptôme typhoïde; elle peut persister longtemps sans troubles fonctionnels; quelquefois on a observé de la céphalalgie consécutive à la fièvre, de l'abattement, parfois un peu de diarrhée qui a cédé facilement à un traitement approprié. Jamais on n'a observé de délire. En général, la fièvre seule persiste et survit seule à l'évolution terminée; on dirait qu'elle oublie de descendre alors qu'elle n'a pas de raison d'être.

Que dire de l'étiologie de la fièvre de convalescence? La cause ne réside, nous l'avons dit, dans aucune lésion organique. Dans tous les cas, jour par jour, tous les organes et toutes les fonctions ont été explorés avec le plus grand soin. On n'a pu découvrir nul trouble organique ou fonctionnel qui pût être incriminé comme auteur de la fièvre. A plus forte raison, il ne s'agit pas non plus de récidives; les cas de ce genre ont été bien spécifiés et bien séparés de la fièvre de convalescence. Il ne reste donc point d'autre explication de cette fièvre que dans une sorte d'habitude du système nerveux. Cette fièvre serait due, pour M. Bernheim, à l'habitude qu'a contractée le système nerveux de faire de la fièvre. La fièvre, en effet, consiste dans une modalité particulière des centres nerveux qui président à la calorification. Le système nerveux fait la fièvre, comme il fait la convulsion. Or, on sait qu'il a une tendance à conserver la modalité qui lui a été imprimée. Un enfant qui a eu beaucoup de convulsions répète ces convulsions sous la moindre influence; les tics, les mouvements nerveux, les crises hystériques, la toux nerveuse, etc., sont des actes que les centres nerveux exécutent spontanément, involontairement, lorsque ces actes, ayant été fréquemment répétés par lui, sont pour ainsi dire par lui assimilés. N'en serait-il pas de même de la fièvre? Un rien la donne à certains enfants. Un individu qui a eu les fièvres intermittentes conserve quelquefois toute sa vie une aptitude spéciale à faire facilement de la fièvre, à reprendre des accès par toutes les causes possibles, et en dehors de toute influence palustre. On conçoit de même qu'un sujet qui a eu pendant trois à quatre semaines de la fièvre, dont l'appareil régulateur a été réglé à une température élevée, continue à faire facilement de la fièvre pendant la convalescence, sous l'influence de mille causes, alimentation, travail de la nutrition, efforts musculaires, etc. La cause efficiente de cette fièvre est donc une habitude acquise du système nerveux, et l'on sait combien cette habitude peut être difficile à rompre.

Quel est le traitement de la fièvre de convalescence? Cette fièvre tombe spontanément au bout d'un temps variable, ou bien elle cède à l'emploi du sulfate de quinine ou de la digitale, ou des deux médications combinées. La quinine a été donnée à la dose de 0g,80 à 1g,50 en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, soit dans la matinée, lorsque les exacerbations sont seulement vespertines, soit le soir, de huit à neuf heures, lorsque la fièvre est matinale et vespertine. Cette dose est répétée deux ou trois fois, à quarante-huit heures d'intervalle, augmentée ou diminuée suivant l'effet produit. Si la quinine, ne produisant qu'une action passagère, ne suffit pas à faire justice de la fièvre, on administre la digitale en infusion, à la dose de 0g,75 à 1 gramme pendant trois jours. Dans les cas les plus opiniâtres, l'usage alternatif de la quinine et de la digitale a toujours maîtrisé peu à peu la fièvre sans cesse renaissante, dite fièvre de convalescence.

REVUE DE LA PRESSE

Effets de la lactation prolongée sur l'utérus et sur les ovaires. — Nous résumons ici les considérations suivantes que M. le docteur Zapp Sinclair croit pouvoir tirer de ses recherches sur les effets de l'allaitement prolongé sur les organes généraux : 1° la lactation est un obstacle à la fécondation, parce qu'elle empêche le complet développement des ovaires; 2° après le sevrage, les ovaires présentent un accroissement considérable dans leur activité nutritive et dans leur développement; 3° le sevrage brusque succédant à une longue lactation donne lieu à l'hyperémie de l'utérus et des ovaires et facilite par suite les hémorrhagies de ces organes; 4° l'allaitement prolongé peut produire peu à peu l'ascension de la matrice et de ses annexes dans le petit bassin, ce qui est une circonstance des plus avantageuses dans le cas de prolapsus utérin. (*Lyon méd.*)

Corps étranger dans le canal de l'urèthre. — M. le docteur Eugène Bœckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg, était appelé il y a quelque temps, un matin, par M. le docteur Gerhard, pour un individu qui s'était enfoncé, la veille au soir, un porte-plume dans l'urèthre, soi-disant pour se faire uriner. Peut-être était-ce plutôt pour l'émission d'un autre liquide.

Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, très-inquiet de sa situation, bien que les souffrances physiques fussent très-modérées. Il avait pu uriner dans la nuit à côté du corps étranger. Celui-ci, au dire du malade, était formé d'une tige ronde en bois, munie d'une armature métallique à bord assez tranchant; le tout était long de 17 centimètres et son diamètre était de 8 millimètres.

En palpant le périnée, on sentait distinctement le bout antérieur du porte-plume, c'est-à-dire sa partie métallique, arcboutée fortement derrière le scrotum. Le canal était large et peu sensible, comme on pouvait s'y attendre chez un sujet qui s'introduisait un corps de ce calibre dans l'urèthre.

Au moyen d'une petite pince à polypes, à branches croisées, M. le docteur Bœckel put arriver assez facilement jusque sur le corps étranger; mais, chaque fois qu'il essayait de le saisir entre les mors de l'instrument, la muqueuse venait s'interposer entre la pince et le bout du porte-plume. Il était donc évident que celui-ci, poussé fortement en avant, en raison de sa longueur, s'était coiffé de la muqueuse uréthrale. Pour le dégager, l'opérateur dut le pousser un peu en arrière et en haut avec la main gauche, et, parvenant aussitôt alors à le saisir avec les pinces, il put le ramener doucement au dehors.

Cette petite opération ne donna lieu qu'à l'écoulement de quelques gouttes de sang, et, peu de jours après, le malade ne se ressentait plus de sa mésaventure. Le porte-plume avait bien les dimensions indiquées par le malade, et, d'après la position occupée par le bout antérieur dans la partie postérieure de l'urèthre, il devait avoir pénétré en partie dans la vessie. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine dans la transpiration fétide des pieds. — Des recherches auxquelles il s'est livré sur l'action des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine sur trois sujets atteints de transpiration fétide des pieds, M. le docteur Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, croit pouvoir tirer les conclusions suivantes qui, si elles ne sont pas tout à fait définitives, pourront du moins servir de base à de nouvelles expérimentations.

1° Les injections hypodermiques répétées de nitrate de pilocarpine paraissent avoir une action curative dans la transpiration fétide des pieds; 2° la suppression de la transpiration des pieds, obtenue par l'emploi de cette substance, alors même qu'elle a lieu brusquement, ne paraît pas avoir sur l'organisme de retentissement fâcheux; 3° cette action est-elle définitive ou temporaire? Il n'est pas encore possible de se prononcer à cet égard; une observation prolongée pourra seule le démontrer; 4° enfin la pilocarpine agit, dans les cas observés par l'auteur, en produisant une hypersécrétion dérivative et substitutive dans les glandes salivaires, et l'action sudorifique, qu'on obtient beaucoup plus sûrement et plus complètement avec le jaborandi qu'avec la pilocarpine, ne paraît pas pouvoir être substituée avantageusement à cette action sialagogue de la pilocarpine.

Il serait d'ailleurs intéressant, ajoute M. Armaingaud, de s'assurer si le produit qui donne lieu, probablement par sa décomposition, à la fétidité de la sueur morbide des pieds ne s'éliminant plus par la face palmaire et latérale des orteils et de la plante des

pieds, ne serait pas éliminé par la salivation ainsi provoquée. Mais il faudrait, tout d'abord, connaître avec certitude le principe qui donne lieu à cette odeur repoussante; ce sur quoi on est loin d'être fixé. Enfin il est nécessaire de tenir compte de l'opinion de M. Ch. Robin qui, ayant constaté que cette sueur morbide contient de la leucine, attribue la fétidité à la décomposition de cette substance et à la formation de valérate d'ammoniaque. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Introduction d'une fourchette dans l'estomac, gastrotomie. — Un homme de quarante ans, cocher, d'une bonne constitution, avait depuis deux mois dans l'estomac une fourchette qu'il avait avalée accidentellement en faisant des tours de prestidigitation.

Il n'éprouvait d'autres phénomènes que des nausées et des vomissements peu violents toutes les fois qu'il prenait des aliments solides. Les mouvements et la pression exercée sur le creux épigastrique ne produisaient ni gêne ni douleur, et cet homme se nourrissait exclusivement d'aliments liquides, lorsque, deux mois, jour pour jour, après l'accident, en sautant un mur, malgré l'interdiction qui lui avait été faite de tout mouvement violent, il ressentit tout à coup une très-vive douleur. La fourchette avait changé de position et appuyait une de ses extrémités contre la paroi abdominale.

Cinq jours plus tard cet homme fut opéré à l'hôpital anglais de Montevideo par le docteur L.-A. Fleury avec l'aide du docteur Jules Jurhowski. Incision verticale de 10 centimètres de longueur intéressant la peau et le tissu cellulaire au niveau du point où l'on sentait l'extrémité de la fourchette. Apparition de deux dents. Incision de l'aponévrose et des muscles, mise à découvert des deux autres dents qu'on isole en incisant transversalement les fibres musculaires qui les brident. Aucune adhérence du péritoine à l'estomac.

La fourchette occupait dans l'estomac une direction oblique de droite à gauche; le manche était en haut dans la direction du pylore, l'extrémité transperçait à gauche la paroi antérieure de l'organe.

L'estomac est abandonné dans la cavité abdominale après que sa plaie a été suturée avec des fils de catgut. Une seconde suture avec le catgut comprend le péritoine pariétal et la couche musculaire. Enfin la plaie cutanée est fermée par des points de suture très-espacés et l'on applique un carré de protective que l'on fait tenir avec du collodion phéniqué, puis on fait le pansement de Lister.

Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, le malade allait parfaitement bien, sans accélération du pouls ni élévation de la température. Le soir on lui administrait 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, et dans le jour on le nourrissait par des lavements, répétés toutes les trois heures, contenant du bouillon et un œuf battu. Le cinquième jour on lui fit avaler un peu de bouillon toutes les deux heures.

Le lendemain, douleur intense au niveau de la plaie soulagée par une évacuation de matières dures, mauvaise odeur au niveau du pansement, petit abcès intermusculaire à l'extrémité interne de la plaie qui donne issue après incision à 40 grammes d'un pus fétide. Le foyer est désinfecté. La morphine est continuée.

A partir de ce moment les accidents disparaissent, la cicatrisation marche rapidement, et le malade sortait complètement guéri un mois après l'opération. (*Nouveau Journal médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Atrophie traumatique du testicule. — M. PONCET, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Monod, rapporte deux observations d'orchite traumatique suivie d'atrophie rapide du testicule.

Dans le premier fait, il s'agit d'un sapeur-pompier qui entre à l'hôpital le 21 février, pour une orchite légère du côté gauche, d'origine traumatique, sans hématocèle ni hydrocèle. Il sort guéri le 3 mars. Mais, le 20 mars, on constate chez lui que le testicule gauche est d'un quart plus petit que le droit. Il est, en outre, beaucoup plus mou.

Dans le second cas, il s'agit d'un infirmier qui, le 10 février, entre à l'hôpital avec tous les signes d'une épididymite de cause traumatique, sans épanchement dans la vaginale. Le 23 mars, ce malade présente déjà un commencement d'atrophie notable du testicule.

Ces faits prouvent nettement qu'après une orchite ou une épididymite traumatiques, même légères, le testicule peut s'atrophier notablement.

M. MONOD rappelle que M. Rigal a publié dans les archives de médecine et de chirurgie, en 1877, un travail sur l'atrophie des testicules consécutive à des traumatismes produits expérimentalement sur des chiens.

M. TERRILLON communiquera prochainement un mémoire sur l'épididymite traumatique dans lequel se trouvent relevés un certain nombre de faits qui se rapprochent de ceux observés par M. Poncet.

Opérations de hernies non étranglées. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Reverdin (de Genève), deux observations d'opérations de hernies inguinales non étranglées. Aujourd'hui que ces opérations sont devenues bien moins dangereuses, grâce à la méthode antiseptique, on est en droit de les proposer comme moyen de traitement des hernies inguinales non étranglées. L'un des deux malades opérés par M. Reverdin étant mort, onze mois après, de phthisie pulmonaire, l'autopsie a permis de s'assurer de la fermeture de l'anneau crural.

Morcellement des polypes utérins par la voie vaginale. — M. POZZI lit un travail sur ce sujet et rapporte plusieurs observations à l'appui de cette méthode d'ablation des polypes utérins. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Desprès et Monod.

Ligature de l'iliaque externe. — M. FARABEUF désire relever une erreur historique. Parmi les différents procédés de ligature de l'iliaque externe, il en est qui offrent plus ou moins d'inconvénients; les incisions ascendantes exposent à blesser le péritoine; les incisions dans le flanc ne permettent pas à l'aide qui écarte les muscles de les écarter suffisamment; l'incision de Bogros, près de l'arcade crurale, conduit le chirurgien sur un confluent d'artères et de veines dangereuses.

M. Farabeuf a adopté le procédé de Marcelin Duval qui consiste à faire une incision en partie parallèle à l'arcade, en partie recourbée en dehors et en haut. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, on va chercher avec une sonde cannelée le bord inférieur des muscles transverse et petit oblique; puis, après avoir effondré le fascia cribriformis, on arrive sur l'artère, le long de laquelle il suffit de remonter un peu pour arriver au point d'élection de la ligature.

Le véritable père de ce procédé, ajoute M. Farabeuf, est Astley Cooper. En effet, le procédé d'Astley Cooper, tel qu'il est décrit dans Malgaigne, est une erreur de traduction, Malgaigne désignant l'anneau interne du canal inguinal, tandis qu'Astley Cooper, comme le prouvent sa propre description et les dessins qui l'accompagnent, parle de l'anneau externe.

Le mot anglais *abdominal ring*, employé par ce chirurgien, doit donc être interprété dans le sens d'anneau externe. En faisant ainsi partir l'incision d'Astley Cooper au niveau de l'anneau externe, on a le procédé décrit plus haut, procédé tout à fait rationnel et qu'Astley Cooper a employé neuf fois avec succès sur le vivant.

M. MAURICE PERRIN. Le procédé que vient de décrire M. Farabeuf est celui auquel ont généralement recours tous les chirur-

giens. Jamais, en effet, on n'emploie le procédé de Bogros qui oblige à opérer, pour ainsi dire, au fond d'un puits. Je me rallie donc aux incisions qui se portent en dehors. C'est le procédé que j'ai employé pour un cas d'anévrysme, il y a plusieurs années, et qui m'a très-bien réussi.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'hôpital des Enfants-Assistés de Paris vient de recevoir deux donations testamentaires importantes. La première se compose d'une somme de 20,000 francs léguée par M. Chaumon, décédé à Thorigny (Seine-et-Marne). La seconde, beaucoup plus considérable, comporte un capital d'une valeur totale de 200,000 francs, légué par le baron Nièvre, moitié à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, moitié à celui de Lyon.

— Le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs Szuliezi (de Châtillon-sur-Loing), Delplanque (de Montreuil), Simyan (de Cluny), Depoux (de Pionsat), Colard (d'Ornans), Mouret (de Monistrol-sur-Loire), et à MM. les officiers de santé Guyot (de Sotteville-lez-Rouen) et Neyel (de Faouët).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Émile Prévost, d'Hazebrouck, et de M. le docteur Philibert Beauregard, qui, après avoir exercé la médecine pendant trente-cinq ans à Pontaumur et à Pontgibaud, a succombé le 16 mars 1881, à Clermont-Ferrand, dans sa soixante-huitième année.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1880-1881 sera ouvert le vendredi 1er avril 1881. Il sera clos le jeudi 14 du même mois, à quatre heures du soir. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures de l'après-midi.

Les élèves qui sont autorisés à subir les examens de fin d'année au mois d'avril devront consigner du lundi 21 mars 1881 au samedi 2 avril. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Aucune consignation ne sera admise passé le samedi 2 avril.

Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures.

Conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les limites des consignations pour les examens de doctorat (ancien mode) ont été fixées de la manière suivante : pour le premier examen de doctorat, jusqu'au jeudi 31 mars 1881 ; pour le second examen de doctorat, jusqu'au samedi 30 avril 1881. Pour les autres examens, troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat, les dates pour la limite des consignations seront annoncées ultérieurement.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Purrey, docteur en médecine, est nommé préparateur d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— La leçon du jeudi du cours de pathologie expérimentale et comparée de M. le professeur Vulpian aura lieu désormais chaque semaine, comme les années précédentes, à la salle de démonstrations du laboratoire de M. le doyen, à deux heures de l'après-midi.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Hébert fera une excursion géologique dimanche prochain 27 mars 1881, à Argenteuil, Sannois, Beauchamp, etc. Le rendez-vous est fixé à la gare Saint-Lazare à six heures quarante-cinq du matin.

— *Muséum.* — M. Renault, aide-naturaliste du cours de botanique, organographie et physiologie végétale, commencera un cours complémentaire de botanique fossile le jeudi 31 mars 1881, à une heure, et continuera les jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des caractères et de l'organisation des principaux genres de cryptogames vasculaires fossiles. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, leçons faites à la Faculté de médecine, par S. Jaccoud, professeur de pathologie médicale, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10965.

N° 37. — MARDI 29 MARS 1881. 54e ANNÉE. MARDI 29 MARS 1881. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRÂCE.

M. le professeur Chauvel.

Chondro-sarcome périostique de l'auriculaire gauche ; amputation des deux derniers doigts ; guérison.

(Observation recueillie par M. le docteur Nimier, médecin aide-major.)

Le nommé L..., âgé de soixante-dix-sept ans, né à la Hougue (Manche), ancien charpentier de marine, est entré dans le service de M. le professeur Chauvel, le 24 janvier 1881, pour une tumeur du petit doigt de la main gauche. Ce malade raconte que, voilà trente à trente-cinq ans, il a remarqué en avant de l'articulation métacarpo-phalangienne gauche une petite tumeur ; celle-ci avait alors les dimensions d'un pois vert. Elle resta longtemps très-petite, puis s'accrut très-lentement, si bien qu'en 1870 elle avait atteint le volume d'un œuf de petit oiseau, volume qu'elle conserva jusqu'à ces six derniers mois. A cette époque, elle se mit à grossir rapidement, et, en trois mois, elle avait déjà gagné la face dorsale du doigt.

Le 24 janvier 1881, le malade présente, sur la face antérieure du petit doigt, une tumeur qui recouvre les deux premières phalanges et envahit l'éminence hypothénar jusqu'au pli de flexion des quatre derniers doigts ; à ce niveau, elle s'étend depuis le bord cubital de la main jusqu'au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire. A son extrémité inférieure, un sillon la sépare de la phalangette, qui paraît libre. Sur la face postérieure, elle est limitée par une ligne oblique en bas, et, en dehors, joignant la tête du cinquième métacarpien à l'espace interdigital voisin et à la racine de l'annulaire. En bas, la tumeur se perd sur la face dorsale de la phalangette. L'ongle et sa matrice sont sains. Cette tumeur a une forme ovoïde et présente sur sa partie antérieure une saillie notable surmontée d'un gros mamelon ; sa face dorsale est plus unie et plus aplatie. Dans sa partie la plus saillante, elle mesure 20 centimètres de circonférence. Elle présente une coloration rouge assez intense ; elle est chaude au toucher ; à la palpation, elle est dure et résistante par places ; on n'y trouve aucun point fluctuant. Elle n'est pas douloureuse à la pression, mais le malade y accuse quelques élancements ; on n'y constate ni pulsations ni bruits de souffle. La peau adhérente aux parties sous-jacentes est luisante et paraît amincie.

Le doigt se trouve déjeté sur le bord cubital de la main à tel point que l'articulation métacarpo-phalangienne paraît complètement luxée. Néanmoins l'auriculaire conserve des mouvements qui sont bridés en avant par la rencontre de la tumeur et de l'éminence hypothénar. L'articulation de la phalangine et de la phalangette paraît relâchée ; enfin les veines superficielles de la main et de l'avant-bras, surtout celles de la partie interne, sont dilatées et amincies ; l'artère cubitale ne paraît pas augmentée de volume.

S'appuyant, d'une part, sur la robuste constitution du vieillard, et, de l'autre, sur le rapide développement du néoplasme et l'absence de ganglions engorgés, M. le professeur Chauvel se décide à intervenir, et, le 28 janvier, il enlève la tumeur.

Une incision en raquette permet de mettre à nu la tête du cinquième métacarpien, de l'abattre d'un coup de scie et d'enlever ainsi le doigt et toute la tumeur ; puis, vu l'état des tissus et le manque de peau pour recouvrir la plaie, il se décide à enlever l'annulaire et la tête du métacarpien correspondant.

L'écoulement de sang, nul pendant l'opération, grâce à la bande d'Esmark, fut facilement arrêté par les ligatures.

Quelques sutures au catgut permirent d'affronter les lambeaux par-dessus un tube à drainage. On fit le pansement de Lister.

Pendant les premiers jours, tout alla bien, puis il survint le sixième jour une poussée inflammatoire dans la main et l'avant-bras ; les lambeaux se désunirent. Mais, sous l'influence de manuluves aromatiques et de cataplasmes, tous ces symptômes fâcheux disparurent et la plaie marcha rapidement vers la guérison.

Le malade n'a pas souffert des suites de l'opération, et pendant toute la durée de son traitement il a continué à remuer son bras et même à se servir de la main, malgré toutes les recommandations qu'on a pu lui adresser à ce sujet ; c'est, selon toute probabilité, à ce défaut de soins qu'il faut attribuer l'apparition des hémorrhagies survenues à plusieurs reprises sans autre cause apparente. La première eut lieu dans la nuit du 4 au 5 février ; la seconde, dans la nuit du 5 au 6 ; la troisième, dans la soirée du 8. Ces hémorrhagies d'ailleurs furent arrêtées sans difficulté en serrant un peu le pansement.

Le 21 février, le malade quitta l'hôpital ; la plaie était à peu près complètement cicatrisée, rien n'autorisait à craindre une récidive. Les mouvements d'opposition du pouce, ceux de flexion et d'extension de l'index et du médius sont normaux ; le malade conserve une main qui lui sera très-utile.

L'examen microscopique et histologique, pratiqué par M. le professeur agrégé Kiener, a permis de constater les faits suivants :

La dissection montre que la peau, au niveau des bosselures les plus saillantes, est amincie et étroitement adhérente au tissu de la tumeur ; dans les autres points, elle a son épaisseur normale et se trouve doublée d'une couche de tissu cellulaire condensé.

La tumeur est composée de plusieurs masses lobulées, dont les plus grandes ont le volume d'un marron ; la surface est lisse, nettement circonscrite, sans qu'il y ait une coque fibreuse. La consistance rappelle celle du cartilage, et sur une coupe médiane l'on voit que la masse principale est constituée par un tissu dur, hyalin,

sans structure fibreuse ; les lobules extérieurs, petits et récents, sont un peu rosés ; les lobules plus volumineux ont un noyau central, jaunâtre et humide, un peu plus mou que le reste du tissu.

La tumeur entoure complètement la première et la deuxième phalange, ne formant sur la face dorsale de ces os qu'un manchon de quelques millimètres d'épaisseur, tandis que sur les parties latérales et en avant elle a une épaisseur de plusieurs centimètres. En avant, elle enveloppe les tendons fléchisseurs qui traversent sa masse dans une coulisse à parois lisses. En arrière, elle soulève le tendon extenseur resté sain.

Les deux premières phalanges sont en grande partie détruites ; il ne reste de la diaphyse que quelques fragments raréfiés et friables ; la moelle du canal central paraît cartilagineuse ; les épiphyses sont mieux conservées, mais là aussi le tissu osseux est raréfié et le néoplasme a pénétré dans quelques cavités médullaires agrandies.

Quant aux surfaces articulaires, elles sont parfaitement saines ; le cartilage diarthrodial y a l'aspect lisse et nacré de l'état normal.

Avec l'aide du microscope on voit que le néoplasme commence dans les couches profondes du derme sans délimitation précise par une prolifération des cellules fixes des gros faisceaux conjonctifs entre-croisés qui constituent ce tissu ; puis, à mesure que l'on s'engage plus profondément dans la tumeur, les cellules deviennent de plus en plus nombreuses, prennent la forme de longs fuseaux serrés les uns contre les autres, pendant que la substance fondamentale change d'aspect, perd sa coloration rosée et sa structure fibreuse. Bientôt enfin l'on a sous les yeux la structure d'un sarcome fasciculé pur : les cellules fusiformes sont disposées en traînées entre-croisées dans tous les sens ; l'axe de chacune de ces traînées, dont les unes sont coupées en long, les autres transversalement, est occupé par la lumière d'un vaisseau. La paroi propre de celui-ci se trouve formée par un tissu fibreux dense et un revêtement endothélial.

Plus profondément, vers le centre des grosses nodosités périphériques, les vaisseaux sanguins entourés de leurs traînées de cellules fusiformes deviennent plus espacés, et leurs intervalles sont occupés par un tissu sarcomateux dont les cellules fusiformes et rameuses à leurs deux extrémités s'anastomosent sans ordre au sein d'une substance fondamentale très-dense et hyaline.

Plus profondément encore on observe, dans la partie centrale de la tumeur elle-même, la même structure, sauf que les vaisseaux sont plus rares et entourés de traînées de cellules fusiformes plus étroites. Dans les intervalles de celles-ci, l'on voit des îlots dépourvus de vaisseaux se transformant en tissu cartilagineux. Celui-ci présente une substance fondamentale hyaline, traversée çà et là par quelques faisceaux de tissus fibreux colorés en rose par le picro-carmin et englobant un très-petit nombre de cellules. Parmi celles-ci, les unes sont fusiformes, les autres sont arrondies et entourées d'une capsule très-nette.

Des coupes pratiquées au niveau de la partie moyenne de la phalange et de la phalangine, intéressant le périoste, la diaphyse et le canal médullaire, permettent de constater les faits suivants :

1° Le périoste se confond dans ses couches externes avec le tissu de la tumeur ; aussi est-il impossible d'en préciser l'épaisseur. Sa structure est celle du sarcome fasciculé à cellules fusiformes, dans certains points très-cellulaires, dans d'autres un peu plus fibreux. La même structure s'observe dans la coulisse des tendons extenseurs et fléchisseurs ; quant aux tendons eux-mêmes, leur section reproduit l'état normal ; enfin leur coulisse sur presque toutes les coupes est séparée du tissu périostique proprement dit par un coussinet de tissu adipeux.

2° La section de la diaphyse est représentée par deux ou trois segments entre lesquels le tissu périostique sarcomateux pénètre dans la cavité médullaire par de larges ouvertures. Ces segments osseux présentent une double altération d'ostéite condensante et raréfiante ; leur épaisseur est à peu près celle de la diaphyse normale, et dans toute l'étendue les canaux de Havers étant oblitérés par l'ostéite condensante, le tissu osseux est complètement éburné. Leurs bords, toutefois, sont profondément déchiquetés par des lacunes de Howship tapissées d'une couche de myéloplaxes. Ces lacunes, situées sur les deux faces de l'os, sont cependant plus nombreuses et plus profondes sur la face périostique. Enfin l'on remarque aussi, dans les couches profondes du périoste à quelque distance du segment diaphysaire, des îlots osseux de nouvelle formation ayant signification d'ostéophytes.

3° La partie centrale du canal médullaire est sur presque toutes les coupes occupée par du tissu adipeux ; puis un tissu nouveau, qui, comme le périoste, a la structure du sarcome fasciculé très-dense, tapisse la surface médullaire de la diaphyse et se continue, ainsi qu'il a été dit, avec l'enveloppe périostique.

En dernier lieu, des coupes au niveau de l'épiphyse présentent des îlots sarcomateux isolés au sein du tissu spongieux dont les trabécules sont seulement amincies et dont les cavités médullaires agrandies sont occupées par du tissu adipeux. Le périoste est peu altéré. Le cartilage diarthrodial est à peu près intact. Les bourgeons sarcomateux que l'on aperçoit procèdent évidemment des masses sarcomateuses du canal central avec lesquelles ils se continuent.

En résumé, la tumeur a la structure d'un sarcome fasciculé tendant, sur quelques points, à la transformation cartilagineuse, notamment dans les parties centrales qui sont les plus anciennes. Elle a enfin pour point de départ manifeste le périoste de la diaphyse des deux premières phalanges. Cette diaphyse, en partie éburnée, est rongée et perforée sur divers points par le néoplasme qui s'étale à sa surface, se prolonge dans le canal médullaire et pousse des bourgeons jusque dans l'épiphyse.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Syphilides indurées et transformation apparente « in situ » du chancre en plaque muqueuse.

Dans l'étude des syphilides génitales, bucco-gutturales ou autres, il existe deux particularités importantes qui peuvent s'appliquer à toutes les régions du corps où ces lésions apparaissent, mais plus particulièrement aux syphilides génitales.

Ces deux points sont : 1° la possibilité d'induration de la plaque muqueuse ou la syphilide indurée ; 2° la transformation *in situ* du chancre en plaque muqueuse.

Les syphilides muqueuses, dont j'ai parlé dans une précédente leçon, sont souvent doublées à leur base d'un néoplasme qui par son état représente un chancre induré. Soit par exemple une syphilide de la vulve et de la verge, vous explorez sa base et vous êtes tout à coup surpris en sentant que cette lésion secondaire est très-nettement indurée sous sa base. Si vous analysez cette induration, vous reconnaissez qu'elle représente trait pour trait la caractéristique du chancre. Ce n'est pas de l'œdème ni de l'empâtement, mais bien une dureté sèche, parcheminée comme celle du chancre, et de plus, comme pour celui-ci, nettement circonscrite, diffusant à peine sous la région voisine. Il existe donc, en un mot, des syphilides qui peuvent présenter l'induration du chancre, induration d'autant plus intéressante qu'elle se produit sous une lésion syphilitique secondaire.

Mais sa présence ne doit point passer pour étonnante, d'abord, parce que, contrairement à ce qui a été dit souvent, l'induration n'est pas absolument pathognomonique de la syphilis, ensuite parce que l'induration n'est pas non plus un signe pathognomonique du chancre.

En effet, on peut créer des indurations artificielles qui reproduiront trait pour trait l'induration du chancre ; il

vous suffira de cautériser une petite érosion quelconque avec le nitrate acide de mercure, pour obtenir au-dessous de la lésion un noyau dur, résistant, sec, parcheminé et comme cartilagineux. De même, si vous cautérisez un chancre simple, à base molle, avec le nitrate d'argent, vous apercevez au bout de quelques jours cette base s'indurer à tel point que, si vous voyez ce chancre pour la première fois, vous pourriez être tenté de le considérer comme un chancre induré naturellement. L'induration peut donc être fabriquée artificiellement de toutes pièces.

Dans la syphilis, l'induration spontanée n'appartient pas exclusivement au chancre; certainement cette induration est plus fréquente avec le chancre qu'avec toute autre manifestation syphilitique, mais elle ne lui est pas spéciale. C'est ainsi qu'on la rencontre assez fréquemment avec les syphilides muqueuses, avec le psoriasis lenticulaire syphilitique, où elle constitue une induration nette, sèche, parcheminée sous le doigt, différente de l'épaississement des tissus atteints de psoriasis simple. L'induration spontanée signifie simplement que l'on a affaire à une lésion syphilitique.

Cela posé, rentrons dans notre sujet, car ces indurations intéressent autant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue doctrinal.

En effet, une erreur de diagnostic peut faire prendre pour un chancre ce qui appartient à une lésion syphilitique secondaire. Je sais bien que cette erreur n'est pas possible lorsque la lésion secondaire s'accompagne des caractères particuliers de coloration et de confluence. Mais supposons-nous en présence d'une syphilide ulcéreuse ou papuleuse isolée, avec des caractères secondaires atténués, et doublée d'induration; nous pourrons être tenté de croire à l'existence d'un chancre, en raison même du peu d'étendue de la lésion, de son caractère circonscrit, papuleux ou ulcéreux, induré ou flanqué d'adénopathie comme le chancre, et à première vue l'erreur sera facile, fatale même, si nous ne sommes pas prévenu de l'analogie possible de ressemblance. C'est de là même qu'on a donné à ces syphilides isolées le nom de syphilides indurées chancriformes.

Cette erreur de diagnostic n'aura pas une très-grande importance au point de vue du traitement, le chancre et la syphilis indurée étant l'expression d'une même maladie. Mais au point de vue doctrinal il n'en est pas de même, et la confusion des deux lésions entraînerait la doctrine de la vérole double, triple ou quadruple, c'est-à-dire pouvant se répéter sur le même sujet. Cette doctrine a été faussement soutenue, alors que par l'expérimentation il est malheureusement avéré que des individus syphilitiques ne peuvent contracter ni deux, ni trois fois la syphilis; en un mot, que la vérole ne se double pas.

D'une simple erreur sur la qualité de la lésion on peut donc être ramené aux errements des temps passés, d'après lesquels les malades syphilitiques pouvaient accumuler vérole sur vérole, ou, selon l'expression d'autrefois, s'envéroler coup sur coup.

C'est ainsi que l'on trouve dans des ouvrages anciens des observations de vérole double qui ne prouvent qu'une chose, c'est qu'on ne connaissait pas le fait de l'induration des lésions secondaires.

La conclusion que nous devons en tirer, c'est que, si la vérole pouvait jamais se doubler, — ce que nous voudrions bien, — cela prouverait que l'imprégnation de la syphilis peut, à un moment donné, disparaître complètement. Il n'en est pas ainsi, et, s'il en est cité, le fait est tellement rare que les gens du métier n'en pourraient rapporter guère qu'un cas, ou tout au plus deux peut-être. Toutes les observations de vérole double ne sont donc que des exemples de malades syphilitiques qui ont présenté des syphilides indurées, lesquelles ont été prises pour des chancres primitifs nouveaux indurés.

Il ne faudrait donc pas conclure du fait de l'induration à celui d'une vérole double; mais il faudrait chercher, en cas d'hésitation, si l'induration n'est pas plutôt secondaire.

Quant au second point que je veux discuter dans cette leçon, c'est la transformation *in situ* du chancre en plaques muqueuses. Mais qu'est-ce que cette transformation, sinon un phénomène clinique, tel que un chancre en voie de modifications objectives dans son évolution cesse ou paraît cesser d'être un chancre, pour devenir ou paraître devenir une plaque muqueuse, soit un accident secondaire? Ce qui signifie qu'il perd sa physionomie, ses apparences, son habitus de chancre pour prendre la physionomie, les apparences et l'habitus d'une lésion syphilitique secondaire.

Le fait est vrai, il est fréquent, et nous le constatons chaque jour. Mais il faut savoir distinguer le fait brutal, réel, de son interprétation. Le fait apparent est vrai, et le chancre prendra l'aspect de la plaque muqueuse par trois phénomènes : 1° l'exhaussement de la surface du chancre, qui devient alors papuleux ou prend l'apparence de la papule muqueuse; 2° le changement de couleur, c'est-à-dire que, de rouge comme un muscle ou de gris comme du lard ranci, il devient rosé, perdant l'une ou l'autre de ces couleurs; 3° modification de surface : le chancre anciennement lisse, uni, verni, devient, dans cette transformation, grenu, muriforme comme une plaque muqueuse ordinaire.

C'est alors que le chancre a subi ces trois phénomènes, que nous disons qu'il s'est transformé en plaque muqueuse; ce qui suppose qu'il a pris non-seulement les caractères objectifs de la plaque muqueuse, mais encore sa nature. Cela a-t-il eu lieu ? Théoriquement cette transformation des caractères objectifs en caractères de nature n'a rien d'impossible; mais jusqu'à présent, anatomiquement, histologiquement, cela n'est nullement démontré.

Nous jugeons donc sur de simples apparences, et cette transformation peut être le résultat d'un autre processus, d'une sorte de bourgeonnement analogue à celui qui se forme à la surface des plaies. De plus, du chancre simple qui bourgeonne et s'exhausse quand il se cicatrise, on ne dit pas qu'il se transforme en plaque muqueuse, pas plus que d'une plaie quelconque, vésicatoire ou autre, en voie de cicatrisation, nul n'aura la pensée d'en faire une plaque muqueuse.

Il faut donc, comme conclusion aux faits que je iens de vous exposer, accepter cette prétendue transformation pour ce qu'elle vaut; et dire : Oui, objectivement, le chancre peut se transformer en plaque muqueuse; mais, anatomiquement, nous ne savons pas si cette transformation est réelle ou apparente.

Quoi qu'il en soit, le phénomène est curieux en soi; il est intéressant aussi parce qu'il a trait à une doctrine autrefois répandue dans la science, celle de la plaque muqueuse primitive. Cette doctrine admet, en effet, que la syphilis peut débuter, dans certains cas, par des accidents secondaires, notamment par la plaque muqueuse, et s'appuie sur des faits de malades présentant, comme un accident primitif, des plaques papuleuses. Ces faits sont vrais comme premiers

accidents ; mais ce sont des faits tronqués, incomplètement observés, dont le commencement a échappé au médecin, qui n'en a vu que la fin.

Oui, à une certaine période de son existence, la syphilis peut objectivement se transformer en papules ; mais le fait, si on l'observe bien, ne se produira toujours qu'à une période avancée de son évolution, et le phénomène initial, réellement primitif, est un chancre, qui plus tard devient papuleux.

On est revenu aujourd'hui de ces idées d'autrefois, et la vieille doctrine des plaques muqueuses primitives a été complètement mise à néant.

La syphilis débute donc invariablement par un chancre, lequel peut, à une époque indéterminée, variable, revêtir l'aspect d'une plaque muqueuse.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — M. Cazin.

Hémorrhagie sus-méningée dans le cours de la coqueluche.

Les complications cérébrales de la coqueluche sont loin d'être rares. Rilliet et Barthez (1), Barrier (2), Devilliers (3), Brochin (4), Tordeus (5), Steiner (6) ont consacré à leur étude quelques paragraphes ; c'est surtout West (7) qui a traité cette intéressante question avec des développements proportionnés à son importance. Les lésions ne sont généralement pas aussi accentuées que l'on serait en droit de l'attendre d'après l'intensité et la gravité des symptômes, et le plus souvent l'on ne constate à l'autopsie qu'une vascularisation exagérée du cerveau, et quelquefois une petite quantité de liquide dans les ventricules. Les auteurs que nous avons cités, auxquels il faut ajouter Papavoine (8), n'ont observé que de la congestion cérébrale pour les cas à marche rapide, et quelquefois de la méningite pour les cas à échéance lente. Tordeus parle très-superficiellement des hémorrhagies cérébrales, mais sans donner plus de détails. Dans un cas, seulement relaté par Barrier, on a trouvé une hémorrhagie dans le côté droit de la cavité arachnoïdienne, à laquelle on a pu rattacher la mort survenue subitement.

On s'étonne que des lésions analogues ne soient pas plus fréquentes, quand on réfléchit avec quelle violence le sang est chassé vers le centre céphalique pendant une forte quinte de coqueluche et jusqu'à quel point son retour est retardé. Il existe, en effet, alors un raptus considérable du sang vers cette région et une rétention dans les veines qui reviennent de la tête. La face est turgescente, les yeux proéminents, les veines superficielles gorgées et saillantes, les lèvres, les joues, les paupières livides, et l'on a peine à comprendre que cet effort poussé jusqu'à ses dernières limites, qui amène une tension vasculaire assez intense pour produire des épistaxis, des hémorrhagies par les oreilles, des épanchements sous-conjonctivaux, des hémorrhagies par la conjonctive, etc., etc., on a peine à comprendre, disons-nous, que cet effort respecte généralement les vaisseaux intracraniens.

Il est possible pourtant que bon nombre de cas de mort par convulsions, où la nécroscopie n'a pas été faite, se rapportent à des hémorrhagies cérébrales ou méningées.

Tout dernièrement, dans les salles d'isolement de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, une mort presque subite a eu lieu pendant la coqueluche, à la suite d'un hématome sus-méningé, c'est-à-dire d'une hémorrhagie considérable entre la dure-mère et le crâne (céphalématome interne). Nous avons cru devoir publier ce fait en raison de sa rareté, car, à notre connaissance, il n'a été rencontré jusqu'ici qu'après un traumatisme ou coïncidant avec un céphalématome externe, ou péricranien développé pendant l'accouchement (1).

Léon P..., âgé de deux ans et demi, arrive à l'hôpital de Berck-sur-Mer, en septembre 1880, et est inscrit sous le n° 258. Les antécédents héréditaires ou personnels ne nous sont pas connus. Il est rachitique, et présente en outre une ostéite peu étendue du tibia droit avec trajet fistuleux étroit. Poitrine saine. État des forces laissant beaucoup à désirer. Au bout de peu de temps, l'état général est bon, les fonctions s'accomplissent bien ; l'enfant ne présente rien de particulier pendant les trois premiers mois de son séjour.

Au commencement de décembre, il prend une bronchite dont les caractères font appréhender une coqueluche, plusieurs cas s'étant déjà présentés dans la crèche où l'enfant est couché. Le 18 décembre, il entre aux salles d'isolement pour une coqueluche confirmée. Dès le début, la maladie présente une certaine gravité ; l'enfant est assez assoupi et peu disposé à se mouvoir ; il paraît plus prostré que ne l'explique l'intensité et la fréquence des paroxysmes. Il n'a que huit à douze quintes par vingt-quatre heures ; mais, si, le jour, il est somnolent, il dort peu la nuit ; il refuse les aliments, on a grand'peine à lui faire prendre du lait ; toutefois il ne vomit pas, même après la quinte, qui est suivie du rejet de mucosités abondantes.

L'auscultation révèle la présence de quelques râles disséminés, sans caractéristique. Quelques jours après, on constate une ulcération étendue du frein de la langue ; il s'en écoule une quantité de sang suffisante pour colorer assez fortement les glaires qu'il expulse. Pas de purpura ; pas d'autre hémorrhagie. Traitement : poudre de racines de belladone ; potion de Todd légère ; un peu de café en infusion. Les choses en étaient là, avec des alternatives d'affaissement et de gaieté relative, lorsqu'à la visite du matin du 28 décembre (dix jours après le début de la période convulsive de la coqueluche), le docteur Cazin apprend de la sœur que jamais l'enfant n'a été si gai, si éveillé ; en effet, l'aspect est bon, le pouls presque normal, la poitrine libre, l'appétit est revenu. Vers midi, vingt minutes environ après une quinte, l'enfant est pris de légers phénomènes convulsifs du côté de la face, tellement passagers que la sœur n'y fait qu'une médiocre attention. Mais, à deux heures, sans qu'il y ait eu de chute, sans qu'une nouvelle crise de toux soit survenue depuis midi, l'enfant, au lit, est atteint subitement d'une attaque éclamptique violente, accompagnée de cris intenses et déchirants exprimant la douleur la plus vive. Le docteur Cazin le trouve dans une situation très-grave, le côté droit du corps secoué par des convulsions toniques avec contracture très-prononcée. Le côté gauche est le siège de mouvements analogues, mais bien moins marqués ; les yeux sont convulsés en haut, la pupille resserrée, la respiration haletante sans asphyxie véritable et apparence de spasme glottique ; la peau est ruisselante d'une sueur froide, le pouls petit et très-fréquent. L'enfant ne paraît pas pourtant avoir

(1) *Mal. des enfants*, t. II, p. 626.
(2) *Traité prat. des mal. de l'enfance*, t. I, p. 380.
(3) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. Coqueluche.
(4) *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XX, art. Coqueluche, p. 342.
(5) *Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, cah. de décembre 1880, p. 539 : Étude sur les causes, la nature et le traitement de la coqueluche.
(6) *Compendium des mal. des enfants. Tr. française*, 1879, p. 253.
(7) *Mal. des enfants*, trad. fr. du docteur Archambault, p. 562-68.
(8) *Journal du progrès*, 1830.

(1) Voyez : Chassaignac, *Des tumeurs de la voûte cranienne*, thèse pour le professorat, 1848.

complètement perdu connaissance, et dans ses cris il prononce différents mots, des phrases même d'une façon très-nette, de sorte qu'il est bien évident qu'il n'y a pas d'aphasie. L'anesthésie cutanée n'existe pas d'une façon absolue. A cette crise violente, qui dure de douze à quinze minutes, succède le coma avec stertor et dilatation des pupilles; lenteur du pouls, qui devient imperceptible. Mort à deux heures trente-cinq minutes. Le diagnostic porté a été hémorrhagie entre la dure-mère et l'arachnoïde, probablement vers la région céphalique postérieure.

Autopsie. — Nous ne reproduisons pas ici le protocole complet de la nécropsie, nous contentant de signaler les lésions rencontrées dans la boîte cranienne, suffisantes pour expliquer la mort. En pratiquant l'ablation de la calotte cranienne et en arrivant vers la bosse occipitale gauche, le marteau fait jaillir une grande quantité de sang très-noir, très-diffluent, sans trace de caillots; ce sang provient d'un épanchement considérable ayant décollé la dure-mère immédiatement au-dessus de la fosse occipitale gauche. Il peut être évalué à 180 grammes environ. Le plus grand diamètre du décollement mesure 7 à 8 centimètres, et il s'étend d'avant en arrière. Soit qu'en faisant l'autopsie on ait intéressé le vaisseau d'où provenait le sang, soit que ce vaisseau (probablement une des veines méningées) et l'orifice qui a livré passage au liquide aient été très-petits (les symptômes observés donnent créance à cette dernière opinion), on ne put retrouver le point où l'hémorrhagie avait eu sa source. Du côté du cerveau, un peu de piqueté et de la congestion générale. En arrière, à gauche, il existe une dépression manifeste de la surface comprimée par l'épanchement de sang sus-méningé. Il y a un peu de sérosité dans les ventricules.

En relisant attentivement cette observation (1), on peut rétablir, par la pensée, la marche des accidents. Une quinte a lieu entre onze heures et midi ; elle détermine la congestion stasique des vaisseaux intracéphaliques ; une veine se rompt en un point très-peu étendu. A midi, quand le sang a commencé à s'accumuler, on constate une convulsion légère, premier avant-coureur des accidents redoutables qui vont éclater.

L'hémorrhagie continue silencieusement, et, quand son abondance devient une gêne accentuée pour l'action régulière du cerveau, une convulsion plus violente a lieu. La compression s'accusant davantage, le coma se déclare, puis vient la mort.

L'absence d'aphasie au début, les convulsions plus marquées à droite, ont permis de faire, avant l'autopsie, le diagnostic probable du siège du mal, de sa nature. On savait bien être en présence d'une hémorrhagie faisant compression à gauche et en arrière; mais, comme on se trouvait en présence d'un cas absolument exceptionnel, l'erreur ne put être évitée, et on plaça la localisation de l'épanchement dans les méninges elles-mêmes, tandis qu'il s'était produit en dehors de celles-ci.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME

Chez les hystériques. Du phénomène de la surexcitabilité neuro-musculaire (2).

Par MM. Charcot et Paul Richer.

Parmi les phénomènes somatiques qui caractérisent l'état de somniation provoquée chez les hystériques, il en est un qui consiste en une aptitude spéciale du muscle à la contracture sous l'influence de l'excitation mécanique, et que l'un de nous, dès le début de nos recherches sur ce sujet en 1878, a désigné et décrit sous le nom de *surexcitabilité neuro-musculaire* (Charcot).

La surexcitabilité neuro-musculaire n'appartient qu'à une phase, ou, si l'on aime mieux, à un mode du sommeil hypnotique. Elle est un des caractères fondamentaux de la *léthargie hystérique provoquée* (Charcot). Il ne faut pas la confondre avec les phénomènes de catalepsie véritable de l'*état cataleptique*. Enfin il est un troisième mode du sommeil nerveux se rapprochant le plus du sommeil dit magnétique et auquel le phénomène qui nous occupe ici est complètement étranger. Les principaux caractères de ces trois modes du sommeil hypnotique ont été exposés en détail par l'un de nous dans un travail récent sur l'hystéro-épilepsie (Richer).

La contraction musculaire, conséquence de l'état nerveux spécial désigné sous le nom de surexcitabilité neuro-musculaire, n'est pas le résultat seulement de l'excitation mécanique musculaire directe ; elle succède également bien à l'excitation portée sur les tendons ou sur les nerfs.

I. *Excitation des tendons.* — L'exaltation des réflexes tendineux est un des caractères les plus constants de la léthargie hystérique. Elle peut se traduire de deux façons différentes :

1° Par l'extension et la diffusion de l'action réflexe ;

2° Par des modifications de la contraction musculaire qui en est la conséquence.

a) La contraction est plus vive sans augmenter de durée.

b) La contraction est plus longue et tend à se transformer en contracture.

c) La contraction devient permanente ; la contracture est effectuée.

Ces deux modes de l'exaltation des réflexes tendineux peuven se montrer isolément ou à la fois chez une même malade.

Le choc n'est pas le seul procédé d'excitation mécanique qui, porté sur le tendon, provoque la contracture. La contracture suit également bien la malaxation, la friction et aussi la simple pression.

Ces recherches sur les modifications que subissent les réflexes tendineux sous l'influence de l'hypnotisme tendent à rapprocher ce phénomène de la surexcitabilité neuro-musculaire de celui des réflexes tendineux dont il n'est en quelque sorte qu'une expression plus délicate et plus élevée.

II. *Excitation des nerfs.* — L'excitation mécanique des nerfs produit la contracture des muscles auxquels ils fournissent des rameaux.

C'est ainsi qu'en exerçant une pression sur le nerf cubital en arrière de l'épitrochlée, la main se contracture dans une attitude caractéristique dont la raison se trouve dans l'action physiologique des muscles de l'avant-bras et de la main innervés par ce nerf, et que l'on peut désigner sous le nom de *griffe cubitale*.

Il en est de même pour le nerf médian et le nerf radial qui, excités mécaniquement, déterminent des attitudes variées de la main (griffe médiane, griffe cubitale) dont la raison se trouve dans la distribution des rameaux musculaires de ces troncs nerveux.

III. *Excitation des muscles.* — La contraction qui suit l'excitation directe du corps musculaire est facile à démontrer. Nos expériences qui ont porté sur les muscles du cou (sterno-mastoïdien), du tronc (deltoïde, trapèze, etc.), du bras et de l'avant-bras, nous ont conduit aux conclusions suivantes :

a) L'excitation portée sur un point même limité d'un muscle large produit sa contracture en masse.

b) La contraction d'un muscle, provoquée dans ces conditions, entraîne presque toujours l'action simultanée des muscles qui lui sont synergiques.

IV. A la *face*, la surexcitabilité neuro-musculaire présente des caractères spéciaux. Les muscles, de même qu'aux membres, sont excitables mécaniquement, soit directement soit indirectement ; mais l'excitation ne provoque qu'une contraction musculaire, jamais une contracture.

---

(1) Cette observation a été rédigée d'après les notes de M. Dhourdin, interne du service (section des garçons).

(2) Cette communication est le résumé d'un travail qui paraîtra prochainement *in extenso* dans les Archives de neurologie.

C'est ainsi qu'à l'aide de la simple excitation mécanique nous avons pu reproduire sur nos malades la plupart des expériences de Duchenne (de Boulogne) sur l'action partielle des muscles de la face.

Les faits dont il s'agit sont intéressants à un double point de vue.

Au point de vue clinique, on peut trouver dans la constatation régulière de ces phénomènes des signes diagnostiques certains qui mettent l'observateur à l'abri de la supercherie et de la simulation.

Au point de vue physiologique, ils peuvent aider à la solution de plus d'un problème parmi ceux qui se rattachent à la science de la vie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mars 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De l'hypnotisme chez les hystériques. — Du phénomène de la surexcitabilité neuro-musculaire. — M. PAUL RICHER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Manière d'augmenter les réflexes tendineux. — M. PRÉVOST (de Genève) présente le résumé d'une série de recherches qui l'ont conduit à [illegible]onclusion : Si, chez un lapin, on lie la moelle de façon à déter[illegible]e paraplégie complète, avant que celle-ci se produise, on constate une [illegible]tation des réflexes tendineux. Il y a donc une augmentation [illegible] la fonction médullaire précédant sa disparition.

Le sang des crustacés marins. — M. POUCHET a constaté, dans le sang de ces animaux, les particularités suivantes : Il y a une abondance très-notable de chlorure de sodium ; le coagulum reste ferme et ne se redissout pas ; on n'empêche pas sa coagulation en le battant. Dans les fractures spontanées, que l'on constate si souvent chez ces animaux, lorsqu'ils veulent, par exemple, se soustraire à l'engin du pêcheur, il n'y a jamais d'hémorrhagies. M. Pouchet donne ensuite des détails sur les éléments anatomiques de ce sang.

Élongation des nerfs. — M. MATHIAS DUVAL a examiné les racines postérieures de la moelle d'animaux ayant subi l'élongation des nerfs sciatiques. Il a constaté qu'il n'y a pas d'arrachement de ces racines au niveau de l'implantation. Il n'y a rien au niveau des racines. Il faudrait pouvoir faire l'anatomie pathologique des ganglions des racines postérieures, car ce doit être là le siège des lésions, s'il y en a.

M. LABORDE fait observer que les animaux dont M. Duval a examiné les pièces ont été tués le lendemain de l'élongation, sauf pourtant un cochon d'Inde qui avait subi l'élongation depuis longtemps.

Destruction du limaçon. — M. GELLÉ montre des cobayes chez lesquels il a détruit le limaçon. Ces animaux n'ont présenté aucune convulsion ; mais, à partir du douzième jour, ils sont devenus d'une surdité absolue.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mars 1881. — Présidence de M. H. Gueneau de Mussy.

COMMUNICATIONS

Endocardite. — M. DU CAZAL présente le cœur d'un jeune homme de vingt et un ans qui a succombé, dans son service, à une endocardite. Cet homme, soldat depuis plusieurs années, avait toujours été très-bien portant. Le 9 septembre de l'année dernière, il se plaint d'un point de côté et est pris de frissons ; il entre à l'hôpital de Cambrai, où l'on reconnaît chez lui l'existence d'une pleurésie dont il guérit très-rapidement. Le 21 octobre, il rentre à l'hôpital avec une anasarque généralisée, se plaignant de palpitations et de dyspnée. Un vésicatoire et des diurétiques amènent quelque amélioration : mais, après un congé de convalescence, il entre au Val-de-Grâce le 30 décembre. Il a de la bouffissure de la face avec de l'œdème des paupières supérieures ; sa respiration est très-courte ; il pousse de profonds soupirs, et le moindre mouvement détermine chez lui de l'apnée. Il a un peu d'œdème périmalléolaire. Il ressent, dans la région précordiale, une douleur intense, douleur telle que la percussion est impossible, et l'auscultation elle-même très-difficile. Cependant celle-ci révèle un bruit de souffle râpeux à la base et au second temps. Le malade urine très-peu ; son urine contient 1gr,50 d'albumine par litre. La dyspnée va toujours en augmentant, et il survient de fréquentes syncopes. C'est à l'une de ces syncopes qu'il succombe peu de temps après.

A l'autopsie, les reins, le foie, la rate, présentent les altérations de la cachexie cardiaque. La rate pesait 600 grammes et était diffluente. A l'ouverture du cœur, on retire 4 à 500 grammes de liquide péricardique ; le cœur est gros, ses cavités sont dilatées. Les cavités droites, ainsi que la valvule mitrale, sont saines. Il n'en est pas de même des valvules sigmoïdes, qui sont insuffisantes et au niveau desquelles on trouve des végétations en choux-fleurs et de petites ulcérations. A côté de ces végétations se trouvent des points athéromateux, paraissant indiquer une endocardite ancienne. Mais l'examen histologique, fait par M. Kiener, a démontré que ces lésions athéromateuses et les lésions ulcéreuses étaient contemporaines et avaient marché de pair.

Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue. Il est impossible de faire remonter l'origine de cette maladie à plus de trois ou quatre mois. L'âge du malade (vingt et un ans) n'est pas celui où se développe habituellement cette affection. Il faut noter aussi, dans cette observation, l'absence de toute diathèse acquise ou héréditaire, la localisation extrême de la lésion, car les altérations ne vont pas au-delà de l'embouchure des coronaires.

Quel a été, dans ce cas, le mécanisme de la mort ? La fréquence des syncopes, l'intensité de la douleur, plaident en faveur d'une angine de poitrine symptomatique d'anémie cardiaque.

M. DU CASTEL. La présence, dans des cas de ce genre, de foyers athéromateux n'implique pas l'ancienneté de la lésion. L'ulcération et l'athérome peuvent marcher de pair, surtout quand il s'agit des valvules.

M. KIENER, en pratiquant l'examen histologique des pièces présentées par M. du Cazal, a bien trouvé un processus athéromateux, mais il a aussi constaté la présence de cellules embryonnaires. Il considère ce fait comme un exemple d'endocardite subaiguë. La question de nature, tant au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique, reste, dans ce cas, indécise. En résumé, ce fait ne rentre dans aucun de ceux qui ont été classés jusqu'ici.

M. FERRANT rappelle avoir communiqué un cas d'endocardite ulcéreuse, dont le diagnostic avait été également très-obscur et dans lequel il avait constaté des oscillations thermométriques très-marquées ; il y avait, en effet, des différences de 2 degrés dans l'espace de vingt-quatre heures, La durée de la maladie avait été de deux mois et demi.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Deux services provisoires viennent d'être créés à l'hôpital Tenon et confiés à la direction médicale de MM. les docteurs Raymond et Gaillard-Lacombe, médecins du Bureau central. Un interne provisoire et quatre externes, ainsi qu'un interne en pharmacie, sont attachés à chacun de ces deux nouveaux services.

— MM. les médecins du dixième arrondissement de Paris sont informés que le dimanche 14 avril 1881, il sera procédé, dans

une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— *Concours*. — Le concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, ouvert le 28 janvier dernier, s'est terminé vendredi soir par la nomination des 56 candidats suivants, classés par ordre de mérite et qui entreront en fonction le 1er avril prochain :

1. MM. Béhal, Duffourc, Dimanche, Ragoucy, Gallois, Vanoni, Luc, Demouzon, Boullier, Canepin,

11. Paille, Thibault, Coué, Homo, Reimbourg, Camus, Lavoinne, Lutz, Lafon, Mesnier,

21. Meillère, Hébert, Planche, Pujos, Bardin, Grandpierre, Roguet, Chausse, Sallefranque, Mallat,

31. Henry, Bourgeois, Dienne, Radiguet, Roussel, Guillaume, Dervillez, Grimbot, Berthod, Boudier,

41. Prima, Gabriel, Winckler, Cartier, Bardin et Wagon.

La proclamation des noms aura lieu dans la séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie, le mercredi 30 mars 1881, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Les étudiants qui ont opté pour le nouveau régime, et qui remplissent les conditions nécessaires pour subir le deuxième examen de doctorat (première partie : anatomie), pourront consigner jusqu'au samedi 2 avril prochain. Il ne seront appelés à subir l'examen qu'à partir du 15 jnin.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer par les récompenses suivantes :

Première division (*troisième et quatrième années*). — Prix, médaille d'or : M. Lafont (Jean-Marie-Justin), iaterne de troisième année à l'hôpital Trousseau (avec faculté de prolonger de deux ans, à partir du 1er avril 1882, ses fonctions d'interne dans les hôpitaux). — Accessit, médaille d'argent : M. Thomas (Frédéric), interne de troisième année à l'hospice de la Vieillesse (femmes). — Première mention honorable : M. Lambert (Charles-Désiré), interne de troisième année à l'hôpital des Enfants-Malades. — Deuxième mention honorable : M. Duché (Joseph-Gustave), interne de troisième année à la Charité.

Deuxième division (*première et deuxième années*). — Prix, médaille d'argent : M. Barruet (Charles), interne de première année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit, livres : M. Richard (Jean-Baptiste-Émile), interne de première année à l'hôpital du Midi. — Première mention honorable : M. Sonnié-Moret (Louis-Abel-Alexandre), interne de première année à l'hôpital des Enfants-Malades. — Deuxième mention honorable : M. Thabius (François), interne de première année à l'hôpital Lariboisière.

— M. le docteur Paul Decuignères vient d'être nommé médecin de la Maison centrale de Clermont, en remplacement de M. le docteur Joly père. Notre très-honoré confrère, le docteur Joly, avait rempli ses fonctions de la manière la plns honorable pendant trente-sept ans et avait reçu, en récompense de ses bons services, plusieurs médailles honorifiques et, en 1868, la croix de la Légion d'honneur.

— M. le professeur Richet reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le mardi et le samedi, à neuf heures et demie du matin, à dater du 29 mars 1881.

— M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le samedi 2 avril 1881, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure. Les leçons habituelles du lundi (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

— M. le professeur Georges Ville commencera la deuxième partie de son cours le samedi 2 avril, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum. — Il exposera les moyens d'action nouveaux mis au service de la grande culture.

— M. Delage soutiendra le mardi 29 mars 1881, à midi, dans la salle d'histoire naturelle de la Faculté des sciences de Paris, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles une thèse ayant pour sujet : Contribution à l'étude de l'appareil circulatoire des crustacés édriophthalmes marins.

De la phthisie pulmonaire et de sa curabilité, par le docteur J.-L.-S. JOLY. In-8º de 96 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10974.

N° 38. — JEUDI 31 MARS 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 31 MARS 1881. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu hier la lecture du rapport de M. Blot, au nom de la commission spéciale désignée pour répondre à la demande d'avis du ministre de l'instruction publique relativement à la vaccination et à la revaccination obligatoires.

La commission, unanime sur le principe, c'est-à-dire sur l'utilité de donner aux vaccinations et aux revaccinations le plus grand développement possible, — sur ce poin il ne pouvait y avoir de dissentiment, — a trouvé dans son sein un dissident sur l'obligation légale. Aussi est-ce à l'unanimité moins une voix qu'elle est venue soumettre à l'assemblée sa conclusion conforme au projet. Frappée, toutefois, des difficultés que pourrait rencontrer, dans l'application, le principe de l'obligation en ce qui concerne les revaccinations, elle ne l'applique dans sa proposition qu'à la vaccination seulement. Déjà, dans le projet présenté à la Chambre, il avait été fait un pas en arrière dans ce sens. Le projet primitif édictait l'obligation des revaccinations tous les dix ans, jusqu'à l'âge de cinquante ans. En présence, sans doute, des difficultés que présenterait l'exécution rigoureuse d'une pareille prescription légale, l'auteur du projet de loi, d'accord avec la commission, a consenti à réduire l'obligation de la revaccination avant l'âge de vingt et un ans. L'Académie supprime l'obligation, se bornant à des recommandations pressantes basées sur de très-justes considérations.

Le dissident de la commission, M. Depaul, a pris la parole pour expliquer les motifs de son opposition. D'accord avec ses collègues, et en particulier avec le rapporteur sur tous les faits en faveur de l'obligation, partisan aussi convaincu qu'aucun d'eux de l'utilité des vaccinations et revaccinations pratiquées sur la plus grande échelle possible, l'un des propagateurs les plus ardents et les plus actifs de cette pratique, — et il en a donné trop de preuves pour que son opinion sur ce point puisse être suspectée, — M. Depaul a reculé devant l'obligation. Ce qui a arrêté la commission pour l'obligation des revaccinations l'a arrêté pour l'obligation de la vaccination elle-même : le respect de la liberté individuelle du père de famille, d'une part ; de l'autre, les difficultés de donner une sanction réelle et efficace à une pareille prescription.

On pourrait répondre à cela que c'est à la Chambre, bien plutôt qu'à l'Académie, qu'il appartient d'apprécier jusqu'à quel point le principe de la liberté individuelle ne doit pas céder devant un intérêt public d'une aussi haute importance que la garantie de l'existence et de la santé. Le rôle de l'Académie semblait devoir se borner à bien établir l'importance du but qu'on se propose d'atteindre et à l'appuyer auprès des pouvoirs publics de toute son autorité scientifique. Quant aux moyens légaux d'assurer l'exécution des dispositions soumises à la discussion parlementaire, sa compétence nous paraît encore plus contestable. Mais, puisqu'elle a été consultée sur ce point, il fallait bien qu'elle répondît. La réponse de la commission a été, sauf la réserve relative aux revaccinations, conforme à celle qu'a déjà faite le Comité consultatif d'hygiène publique et dans le même esprit qui a prévalu dans les divers congrès où la question a été portée et dans la Société de médecine publique d'où est partie l'initiative du projet de loi en délibération. Sera-t-elle adoptée par l'Académie ? Nous n'en doutons pas. Mais nous prévoyons plus d'un tiraillement encore et plus d'une difficulté peut-être, si, la loi une fois votée, l'Académie venait à être consultée de nouveau sur les moyens d'en assurer l'exécution, sur les garanties à donner à la population relativement au choix du meilleur vaccin et aux mesures à prendre pour que tous les vaccinateurs soient à même de faire face à tout instant aux exigences de la loi.

La discussion sera continuée mardi prochain. Nous la suivrons avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. M. Besnier, que ses persévérantes et utiles études sur les maladies régnantes et les lois qui les régissent, indépendamment d'autres travaux également estimables, indiquaient depuis longtemps au choix de l'Académie, a été nommé, après deux tours de scrutin, à une belle majorité.

M. le docteur Gibert (du Havre) a fait, au début de la séance, une lecture qui n'a pas été entendue, bien qu'elle méritât beaucoup de l'être, sur une transfusion du sang pratiquée avec succès dans un cas de fièvre typhoïde grave compliquée d'hémorrhagies. Nous espérons pouvoir revenir sur ce fait.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

(Leçon recueillie par M. MEUNIER, interne du service.)

Les anciens connaissaient des tumeurs enkystées du plancher de la bouche. Ils les appelaient grenouillettes, à cause de la ressemblance de la voix des malades qui portaient ces tumeurs au coassement de la grenouille. A mesure que les découvertes anatomiques ont été accumulées, la chirurgie a fait des progrès, et l'on a mieux étudié la nature de ces tumeurs.

La découverte du conduit de Warthon a conduit les chirurgiens à admettre une grenouillette causée par la dilatation de ce conduit.

Lorsque Giraldès et M. Tillaux eurent découvert les glandes salivaires accessoires indépendantes d'une glande sublinguale unique, les grenouillettes ont été déclarées de simples kystes salivaires. La découverte de la bourse séreuse dite de Fleischman a fait établir les grenouillettes séreuses dans cette bourse. Lienhart (de Wurtzbourg), rassemblant des faits de kyste à contenu sébacé et se fondant sur deux observations qui lui étaient personnelles, a étudié les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

Des lipomes ont été observés dans le plancher de la bouche par Laugier, Follin et M. Worms; enfin, en 1871, M. Laugier fils a publié un cas d'hydatides du plancher de la bouche. C'était la grenouillette hydatique, comme le lipome était la grenouillette graisseuse.

Je ne serais pas complet si je ne signalais la grenouillette sanguine décrite par Dolbeau, et qui est, ou bien une tumeur érectile veineuse, un anévrysme cirsoïde, comme j'en ai publié un exemple à la Société de chirurgie, ou bien un kyste sanguin ayant l'une ou l'autre de ces tumeurs pour origine.

Voilà donc toutes les variétés de tumeurs enkystées du plancher de la bouche ayant les apparences de la grenouillette : 1° kyste par dilatation du conduit de Warthon; 2° kyste salivaire; 3° kyste de la bourse séreuse sous-linguale ou de Fleischmann; 4° kyste parasitaire, hydatides et kystes dermoïdes; 5° lipome sous-lingual; 6° kyste sanguin.

Nous allons opérer tout à l'heure, devant vous, un malade qui porte une de ces tumeurs, et, je vous le dis d'avance, il s'agit d'un cas excessivement rare et d'un diagnostic si difficile qu'on ne le fait presque qu'en pratiquant l'opération.

Un homme sain et vigoureux, âgé de cinquante-deux ans, est venu, il y a environ quinze jours, à notre consultation; il avait une hémorrhoïde enflammée. En entendant parler ce malade, je le priai de me montrer sa bouche, et je constatai, dans le plancher de la bouche, sous la langue, une tumeur du volume d'une grosse mandarine, qui faisait même sous le menton une saillie appréciable. Le malade ignorait absolument qu'il eût en ce point un mal quelconque, et, lorsque je lui demandai depuis combien de temps il avait la voix altérée, il nous répondit qu'il avait toujours parlé de la même façon, et que cependant, à l'âge de vingt-deux ans, il avait eu la voix un peu plus forte.

Une fois son attention attirée sur cette tumeur, le malade ne tarda pas à trouver qu'elle le gênait (tant est facile à impressionner le moral des malades, et c'est même ce que savent bien ceux qui méditent sur les hommes des traitements inutiles, mais lucratifs); toujours est-il que le malade est entré, avant-hier 14 février, à l'hôpital, salle Saint-Jean, n° 1, pour se faire débarrasser de sa tumeur.

Il existe dans le plancher de la bouche une tumeur très-appréciable quand on fait reporter la langue en arrière. La muqueuse qui la couvre est jaunâtre, et non rosée; au toucher, on la sent parfaitement limitée dans tous les sens et n'envoyant de prolongements nulle part. Il y a une fluctuation franche, et la tumeur n'a pas d'élasticité. Enfin la tumeur est située exactement sur la ligne médiane. Les orifices des conduits de Warthon sont sous la pointe de la langue en haut de la tumeur et symétriquement placés; ils laissent écouler librement la salive quand on place de l'alun sur la pointe de la langue. En bas l'on voit les veines linguales dilatées. Du côté de la région sushyoïdienne il n'y a rien qu'une saillie sur la ligne médiane lorsque le malade a la bouche fermée et tient la langue immobile.

Le malade a d'ailleurs une belle santé, n'a jamais souffert de cette tumeur et n'a jamais maigri, et c'est ce qui me permet d'éliminer de suite toute idée de sarcome ou d'autre cancer.

Je vais droit au but, et je vous dirai qu'il s'agit ici d'un lipome sous-lingual ou d'un kyste dermoïde, La tumeur est trop fluctuante pour que ce soit un kyste. La muqueuse n'est pas assez tendue et amincie pour que ce soit une grenouillette salivaire. Tous ces kystes distendus ont une translucidité due à la transparence de leur paroi, et on aperçoit une ombre qui est au fond du kyste, jusqu'où la vue pénètre.

Nous avons donc affaire à un kyste dermoïde ou à un lipome. La tumeur présente en effet un signe commun à ces deux affections; j'ai piqué la tumeur avec une épingle, et l'épingle promenée dans tous les sens restait immobile dans chaque position qu'on lui donnait, ce qui prouvait que le contenu de la tumeur était mou, mais non fluide. Ce caractère est propre aux lipomes et aux tumeurs sébacées. Je n'ai pas voulu faire d'incision exploratrice avec le bistouri, ce qui eût tranché la question. Il vaut mieux discuter devant vous les raisons qui existent pour l'une ou l'autre affection. Les lipomes du plancher de la bouche ont été pris pour des grenouillettes, sauf une fois. Follin a reconnu un lipome à sa couleur et à ses lobules visibles au-dessous de la muqueuse. Les lipomes sont des tumeurs développées à l'âge moyen de la vie, et sous la langue ils occupent généralement la ligne médiane. Mais les lipomes sont encore plus rares que les kystes dermoïdes, et l'on devrait se prononcer plutôt pour la dernière lésion que pour la première.

Les kystes dermoïdes, dont on a recueilli jusqu'à ce jour une dizaine d'exemples, dont deux en France (1), sont des tumeurs congénitales, mais dont on ne constate l'existence que vers l'âge de la puberté, parce qu'à ce moment elles acquièrent un volume plus grand et qu'elles croissent rapidement. Tous les kystes ont été opérés pour des grenouillettes, sauf dans un cas qui appartient à Lienhart; celui-ci a reconnu la nature du kyste à ce qu'il n'était pas fluctuant et se laissait déprimer comme du mastic. Les tumeurs n'étaient point sur la ligne médiane, et le sujet le plus âgé qui ait été opéré avait moins de trente-trois ans; tous les autres étaient âgés de douze à vingt-cinq ans.

---

(1) Consultez : DE LANDETA. *Kystes dermoïdes*, thèse de Paris, 1863, et DEMONS, *Tumeurs enkystées du plancher de la bouche*, thèse de Paris, 1868.

Voilà ce que les faits nous enseignent, et voici ce que nous pouvons en tirer pour le cas actuel. Un dermoïde à l'âge de cinquante-deux ans qui serait resté aussi longtemps à se développer serait un fait unique dans la science. Ce serait une exception parmi les exceptions. Il manque aussi cet état mollasse qui a permis à Lienhart de faire le diagnostic dans le seul cas où il a été possible. Reste donc le lipome; il y a en faveur de ce diagnostic le siège de la tumeur, exactement sur la ligne médiane, là où il existe des pelotons graisseux, l'âge du malade, et enfin la couleur jaunâtre de la muqueuse qui recouvre la tumeur.

Je le répète, il y aurait un moyen de trancher la question; mais l'opération que l'on doit pratiquer pour le kyste dermoïde et pour le lipome est exactement la même, c'est-à-dire l'ablation. Il n'est pas nécessaire de nous préoccuper davantage de préciser le diagnostic.

En tout cas, le pronostic n'est pas grave, d'abord parce qu'il s'agit d'un genre de tumeur qui est bien limité, ne se reproduit pas et ne retentit pas sur la santé générale, ensuite parce que l'opération que nous allons pratiquer est faisable et n'offre par elle-même aucun danger. En effet, elle peut être bien faite par la bouche, et les opérations dans ce lieu n'exigent pas de pansement. L'atmosphère humide de la bouche suffit à toutes les nécessités de la réparation de la plaie, comme elle suffit à la réparation d'une plaie consécutive à l'arrachement d'une dent, beaucoup mieux que les pansements merveilleux mis à la mode aujourd'hui.

Nous allons opérer ce malade par la voie buccale, et nous ne le chloroformiserons pas. L'opération n'est pas douloureuse, et d'ailleurs le malade serait trop gêné par sa langue pour que nous le soumettions au chloroforme. Nous ferons sur la ligne médiane une incision de la pointe de la langue, jusqu'aussi près que nous pourrons du maxillaire inférieur, afin d'éviter de sectionner les conduits de Warthon, et nous disséquerons la tumeur avec le bistouri ou les ciseaux courbes. S'il est nécessaire, nous ferons une incision latérale à droite ou à gauche. Peut-être serons-nous obligés alors de disséquer avec une spatule ou une sonde cannelée, et, s'il s'agit d'un lipome avec de gros lobes, le doigt devra être introduit dans la plaie pour amener au dehors la tumeur. Mais, si nous avons affaire à un dermoïde, il faudra disséquer la poche en entier et aller jusqu'au voisinage de l'os hyoïde. Lorsque la tumeur sera extirpée, s'il y a des délabrements, nous passerons un drain d'un côté de la cavité à l'autre, et ce drain restera dans la bouche. Je ne passerai pas de drain par la région sous-hyoïdienne, parce que le drain sortant d'autre part par la bouche causerait une perte de la salive qui épuiserait le malade.

Nous ne ferons aucun pansement. L'atmosphère humide de la bouche est le meilleur pansement. Nous donnerons seulement un gargarisme aromatisé avec du miel rosat et de l'eau de menthe en petite quantité; pendant quatre jours, le malade ne prendra que des aliments liquides, et dans quinze jours il pourra se rendre à ses occupations comme il nous l'a demandé. C'est à cause de la bénignité de l'opération que, manquant à l'un de mes principes, j'ai opéré ce malade quarante-huit heures après son entrée et après qu'il eût pris la veille un verre d'eau de Sedlitz; si j'avais dû faire une plaie au tégument, je n'aurais pas manqué de préparer le malade pendant huit jours.

Nota. — Le malade est opéré assis sur une chaise; une incision faite sur la ligne médiane donne issue à une matière jaune, épaisse et colorée en jaune d'ocre, ayant la consistance de la matière sébacée. C'était un kyste dermoïde. M. Desprès fait une incision latérale de 1 centimètre sur le côté gauche et procède à la dissection. Deux aides munis d'une pince attirent la muqueuse buccale en avant; un autre aide attire en haut avec une pince la poche en partie vidée et M. Desprès dissèque le kyste avec des ciseaux courbés. La dissection a duré trois minutes environ. Il n'y eut aucun vaisseau à lier. Le malade, reconduit à son lit, dut mettre une mentonnière et se gargariser avec le collutoire: eau, 500 grammes; miel rosat, 20 grammes; eau de menthe, 10 grammes. (Le kyste est déposé au musée Dupuytren.)

Il n'y eut les jours suivants ni fièvre ni écoulement de sang. Un peu de gonflement du plancher de la bouche gêna la déglutition. Au bout de trois jours, ce gonflement avait disparu et la cicatrisation commençait. Le malade se nourrissait avec du lait, du bouillon et du vin. Le vendredi 25, neuf jours après l'opération, le malade mangeait de la soupe et du pain. Le 27, le malade, n'ayant plus qu'une petite plaie en voie de réparation, sort de l'hôpital.

Revu à la consultation le 7 mars, il était entièrement guéri dix-neuf jours après l'opération.

HOPITAL LAENNEC. — M. NICAISE.

Blennorrhagie. Phlegmon péri-uréthral.

Le malade du n° 22 de la salle Malgaigne a quitté hier l'hôpital. C'était un homme de trente-deux ans, maître d'hôtel, d'un tempérament lymphatique, duquel je veux vous parler aujourd'hui.

Il y a trois mois, cet homme eut à la fois un chancre du gland et une blennorrhagie. Celle-ci suivit une marche régulière, laissant après elle un petit écoulement, lorsque, deux mois et demi après le début des premiers accidents, notre malade éprouva dans la région périnéale quelques douleurs qui rendirent la marche difficile, pénible même. Ces douleurs augmentèrent peu à peu et s'accompagnèrent bientôt de gonflement, d'une sorte d'empâtement du périnée. En même temps la miction devint douloureuse; la dysurie, légère d'abord, devint quelques jours plus tard assez intense pour atteindre presque à la hauteur d'une rétention d'urine. C'est alors que, la tuméfaction augmentant, il entra à l'hôpital.

A son arrivée, nous constatâmes sur le gland une cicatrice irrégulière, déprimée, suite du chancre que nous avons signalé, située à la partie inférieure, entre le méat et le frein. Pas d'adénite notable. Le méat était un peu rouge, et, à la pression, il donnait issue à quelques gouttes de liquide purulent.

Au périnée, nous aperçûmes, entre la racine des bourses et l'anus, une tuméfaction siégeant de chaque côté de la ligne médiane, dont elle soulevait le raphé, et se prolongeant en pointe vers la partie inférieure de l'urèthre. Cette tuméfaction n'était ni molle, ni fluctuante, mais rénitente, d'une consistance ferme, douloureuse à la pression surtout sur la ligne médiane, au niveau de la portion bulbeuse où d'après la douleur, il semblait qu'il y eût un petit point fluctuant. De plus, au niveau de la portion spongieuse de l'urèthre, on sentait une certaine induration s'étendant sur les parties latérales, principalement à gauche où elle affec-

tait le volume d'un haricot, tandis qu'à droite elle ressemblait plutôt à de l'empâtement.

Afin de nous assurer de l'état des organes et du siège exact de la lésion, nous avons pratiqué le toucher rectal, du reste assez facile. La prostate était saine, non douloureuse; il en était de même des vésicules séminales. La lésion nous a paru siéger au niveau de la portion bulbeuse de l'urèthre.

Le malade souffrait en urinant; il avait des envies d'uriner plus fréquentes, un peu de ténesme vésical; cependant l'absence de douleurs à la base de la prostate nous indiquait bien qu'il ne s'agissait pas de cystite du col. Nous avons fait un cathétérisme explorateur du canal de l'urèthre avec une bougie à boule et nous n'avons trouvé aucun rétrécissement; la boule de la bougie a seulement ramené un peu de muco-pus blanchâtre qui nous a indiqué l'existence d'une inflammation profonde, en même temps qu'elle occasionnait une certaine douleur dans un point correspondant à la tuméfaction périnéale. Du reste, pas de phénomènes généraux.

Bien que le diagnostic de la maladie à laquelle nous avions affaire eût été facile, l'inflammation péri-uréthrale dont cet homme était atteint aurait pu être confondue avec d'autres accidents, soit un phlegmon périnéal, soit une cowpérite, soit une inflammation des glandes de Morgagni, soit une de ces tumeurs urineuses qui accompagnent fréquemment les rétrécissements de l'urèthre.

L'inflammation des glandes de l'urèthre est assez rare; rarement aussi elle amène des accidents sérieux; ce sont parfois de petits abcès, sans grande importance, près de la fosse naviculaire. L'inflammation des glandes de Morgagni est plus fréquente, et ici même elles étaient atteintes. Dans ce cas, leurs conduits s'oblitèrent, les glandes se dilatent, et leur volume acquiert bientôt le volume d'un gros pois mobile sous la peau.

Les glandes de Cowper sont plus en arrière, plus profondément situées au milieu d'un tissu résistant feutré; aussi est-il beaucoup plus difficile de reconnaître qu'elles sont prises, si ce n'est dans ce fait que presque toujours la tuméfaction périnéale, consécutive à l'inflammation de ces glandes, est unilatérale.

Chez notre malade elle est bilatérale; de là un premier signe qui nous permettait de repousser l'idée d'une cowpérite.

Les tumeurs urineuses circonscrites peuvent quelquefois simuler les phlegmons péri-uréthraux de la nature de celui que portait notre malade. Mais elles accompagnent un rétrécissement et sont produites par l'infiltration urineuse à travers une muqueuse dilatée, altérée ou érodée; elles sont bilatérales, diffuses et leur volume, quand, je le répète, elles sont circonscrites, varie entre celui d'une noisette et celui d'une noix. Enfin ces tumeurs se terminent généralement par suppuration, soit que la tumeur s'ouvre directement dans l'urèthre, soit qu'elle s'ouvre à l'extérieur; j'ajouterai qu'elles siègent le plus souvent au périnée dans la région bulbeuse.

Je ne citerai que pour mémoire ici les autres tumeurs que l'on peut rencontrer dans la même région, telles que les furoncles, les gommes syphilitiques, etc.

Chez notre malade, nous avons affaire à un phlegmon péri-uréthral bilatéral, consécutif à une blennorrhagie, survenu tardivement, trois mois après elle, siégeant au niveau du périnée entre l'anus et la racine des bourses. En même temps il existe en avant du phlegmon une petite nodosité due à l'inflammation des glandes de Morgagni.

Ces phlegmons péri-uréthraux sont assez fréquents; leur siège de prédilection est, soit à la partie inférieure de l'urèthre, c'est-à-dire près de la fosse naviculaire, soit, comme chez notre malade, dans la région bulbeuse.

Leur terminaison a lieu: 1° par résolution, et alors une induration leur succède qui persiste pendant un certain temps; 2° par suppuration. Dans ce dernier cas des accidents sérieux peuvent survenir si l'on n'intervient pas rapidement. Ce sont alors décollements, inflammation profonde, et ouverture du foyer purulent dans l'urèthre ou à l'extérieur, infiltration urineuse consécutive, fistule urinaire, etc.

A l'arrivée de notre malade dans nos salles, la lésion datait de quinze jours, la suppuration ne s'était pas encore établie; du reste, la marche de ces inflammations est toujours lente et leur début insidieux.

Le traitement du phlegmon péri-uréthral est de deux ordres: 1° ce sont les antiphlogistiques comme pour tous les phlegmons; sangsues, cataplasmes, bains de sièges ou grands bains, révulsions sur le tube digestif, qui ont aussi pour but de vider le gros intestin et d'éviter par suite la congestion de la région.

2° Traitement chirurgical: il a consisté dès l'arrivée du malade, et bien qu'aucune fluctuation ne fût encore perceptible, dans l'incision du point douloureux et saillant de la région périnéale, incision du raphé médian anesthésié au moyen de pulvérisations d'éther, incision prolongée profondément sur les tissus indurés. Il ne s'est produit aucune hémorrhagie. Les jours suivants, nous avons eu recours aux antiphlogistiques.

L'inflammation, immédiatement enrayée, a disparu lentement comme elle s'était produite, et, quand notre malade hier s'en est allé, la plaie était cicatrisée, et de son phlegmon il ne lui restait plus qu'une induration que le temps seul résoudra complètement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend: 1° une note de M. Vulpian, relative à la lettre de M. Pasteur lue dans la dernière séance par M. Parrot. Il résulte des expériences de M. Vulpian qu'en injectant de la salive normale à des lapins on détermine chez ces animaux une affection mortelle due au développement et à la multiplication des microbes que contient ce liquide. M. Vulpian ajoute que, d'après ses expériences, les résultats ne sont pas constants. Dans deux expériences les lapins ne sont pas morts et n'ont même présenté aucun trouble morbide appréciable. — 2° des lettres de candidature de MM. Marty, Baudrimont et Vigier, pour la section de pharmacie.

LECTURE

Transfusion du sang. — M. le docteur Gibert (du Havre) lit une observation de transfusion du sang dans un cas de fièvre typhoïde grave compliquée d'hémorrhagies.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

La liste de présentation portait: en première ligne, M. Ernest Besnier; en deuxième ligne, M. Lunier; en troisième ligne,

M. Gallard ; en quatrième ligne, M. Vallin ; en cinquième ligne, M. Legrand du Saulle.

Le nombre des votants étant de 90, majorité 46, M. Besnier obtient 43 suffrages ; M. Gallard, 25 ; M. Lunier, 15 ; M. Vallin, 3 ; M. Legrand du Saulle, 1 ; un bulletin blanc.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, il est procédé à un second tour. Nombre de votants, 89 ; majorité, 45. M. Besnier obtient 57 suffrages ; M. Gallard, 23 ; M. Lunier, 3.

En conséquence, M. Besnier est proclamé élu.

RAPPORT

Vaccination obligatoire. — M. BLOT, au nom de la commission désignée pour répondre à la demande d'avis du ministre de l'instruction publique, donne lecture du rapport sur la question de savoir s'il convient de rendre obligatoires la vaccination et la revaccination.

M. le rapporteur commence par exprimer l'espoir qu'il trouvera l'Académie disposée à accueillir favorablement le projet de loi présenté au parlement par le docteur H. Liouville en 1880, afin de rendre la vaccination obligatoire. Il serait inutile, dit-il, de revenir sur l'influence heureuse de la vaccination et de la revaccination. Il suffira, pour convaincre ceux qui pourraient conserver le moindre doute, de lire le rapport sur le service de la vaccine en France pendant les deux années néfastes de 1870-71, qui sont venues mettre le comble à la démonstration.

Cependant la généralisation complète de la vaccine en France laisse encore beaucoup à désirer ; elle a pour principaux obstacles l'incurie et les préjugés dont M. le rapporteur cite de nombreux exemples.

Puis il arrive à la seule objection qui présente une certaine importance, le danger d'inoculer la syphilis avec le vaccin. La science a répondu en réduisant ce danger à sa juste valeur.

Une autre objection consiste dans l'atteinte portée par l'obligation à la liberté individuelle. Mais cette liberté doit avoir des bornes, et ces bornes sont précisément déterminées par l'intérêt général.

Cherchant quelle est l'influence de la vaccine sur le nombre des décès parmi les malades atteints de variole, dans les pays où la vaccine est devenue obligatoire (Bavière, Suède, Wurtemberg, Écosse, Irlande, Angleterre, Allemagne), M. le rapporteur arrive à cette conclusion, qu'en l'espace d'un siècle la moyenne des décès par chaque million d'habitants est tombée de 1973 à 189.

Le même genre d'argumentation s'applique à la revaccination.

Promulguer une loi qui rendra, en France et dans ses colonies, la revaccination obligatoire, sera donc une excellente chose ; on aura ainsi réalisé un des progrès les plus importants de l'hygiène publique.

M. le rapporteur se résume en proposant les considérants scientifiques sur lesquels s'appuie la conclusion unique du rapport qui constitue l'avis motivé demandé à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique.

Considérant que la vaccination est, sauf exception extrêmement rare, une opération inoffensive quand elle est pratiquée avec soin et sur des sujets bien portants ;

Considérant que, sans la vaccine, les mesures indiquées par l'hygiène (isolement, désinfection, etc., etc.) sont à elles seules insuffisantes pour préserver de la variole ;

Considérant que la croyance au danger de vacciner et de revacciner, en temps d'épidémie, n'est nullement justifiée ;

Considérant, enfin, que la revaccination, complément nécessaire de la vaccination pour assurer l'immunité contre la variole, doit être pratiquée dix ans, au plus tard, après une vaccination réussie, et répétée, aussi souvent que possible, quand elle n'a pas été suivie de cicatrices caractéristiques ;

L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination obligatoire.

Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières et même imposée par des règlements d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible.

M. DEPAUL. Je commencerai par remercier M. Larrey, au nom de l'Académie, car c'est à lui qu'elle doit d'avoir été consultée par le parlement sur une question qui est entièrement de sa compétence.

D'accord avec M. Blot sur toute la partie scientifique de son rapport, je m'en sépare sur un point. La question qui nous est posée est celle-ci : Est-il utile, dans la pratique et dans l'intérêt des populations, de rendre la vaccination et la revaccination obligatoires ? Qu'a répondu M. Blot à cette question ? Il a fait un éloge complet de la vaccination et de la revaccination ; il a montré, par une série de tableaux et de statistiques, leur grande utilité. Nous sommes tous d'accord sur ce point ; les dissidents de la vaccine sont si peu nombreux aujourd'hui qu'il est bien permis de ne pas tenir compte de leur opinion. Je veux m'appliquer à démontrer que l'obligation de la vaccination et de la revaccination n'apportera aucune modification dans l'état actuel des choses. Je sais bien que, quand on vit en société, il y a des devoirs à remplir ; mais il y a aussi les droits du père de famille, qui peut vouloir ne pas laisser à l'autorité le soin d'élever ses enfants. Or, si l'enfant est un mineur, il a des tuteurs naturels, son père et sa mère. Il faut donc chercher d'autres moyens que l'obligation pour arriver au même but, c'est-à-dire pour propager le plus possible la vaccination et la revaccination.

Outre qu'il y a, selon moi, quelque chose de vexatoire dans cette loi, je prétends qu'elle est inapplicable. En effet, supposons la loi votée : toute loi a une sanction ; or une amende de 1 franc ou l'affichage du nom du réfractaire à la porte de la mairie, est-ce là, je le demande, une sanction bien sérieuse ? Ou bien on vous dira : Vous serez obligé d'avoir un certificat de vaccine que vous devrez représenter à toute réquisiton ; vous êtes à la chasse, vous rencontrez le garde champêtre, vous préparez votre permis de chasse, et c'est votre certificat de vaccine qu'il va vous demander ! Il n'y a pas de sanction pour une pareille loi. On nous montre l'exemple des pays voisins où la loi existe ; elle y existe en effet, mais n'y est point appliquée. Je déclare, quant à moi, que, si je ne voulais pas que mes enfants fussent vaccinés, il n'y a pas de loi qui pourrait m'y contraindre.

Est-ce à dire qu'il n'y a rien à faire et qu'il faut laisser les choses dans l'état où elles sont ? Telle n'est pas ma pensée. Il faut réorganiser le service de la vaccine, mais une loi n'est pas nécessaire pour cela ; ce qu'il faut, c'est de l'argent.

Pour montrer l'utilité de l'obligation, M. Blot indique la mortalité causée par l'épidémie de 1870. Il y avait, à cette époque, dans Paris assiégé, des conditions de misère, de démoralisation, d'alcoolisme et de mauvaise hygiène, telles qu'il ne peut être établi aucune comparaison entre nous et les Allemands au point de vue de l'épidémie variolique. Donc, cet argument ne me touche pas. L'obligation de la vaccine aurait existé, en 1870, que l'épidémie n'en aurait pas moins marché. Je me demande, d'ailleurs, si, l'obligation existant, on aurait obtenu beaucoup plus que ce que nous avons obtenu. Pour ne parler que de ce que j'ai fait moi-même, j'ai, de ma main, à l'Académie et dans les forts, vacciné 72,000 individus ; j'ai trempé ici même la pointe de 52,500 lancettes, distribué 62,763 plaques et 732 tubes. J'ai fait des efforts surhumains pour propager les revaccinations. Jamais la loi n'en obtiendra autant. L'épidémie de 1870 n'a diminué que quand les portes ont été largement ouvertes, quand le pain blanc est venu remplacer le pain de paille, quand l'hygiène a repris ses droits dans la ville.

Pour comprendre ce qu'il faudrait faire, il faut savoir au juste ce qui se fait. Or comment vaccine-t-on ? La plupart des médecins de campagne vaccinent avec des plaques ou des tubes qui leur sont envoyés d'ici. L'expérience a appris qu'on échoue dans le tiers des cas avec ces procédés. En outre, il ne suffit pas de faire des vaccinations et des revaccinations, mais il faudrait encore pouvoir faire la vérification de ces vaccinations. Mais, en présence des difficultés de toutes sortes qu'ont à surmonter les médecins de campagne, peut-on exiger plus qu'ils ne font ? Il faudrait créer des foyers de vaccin. Si le vaccin humain ne suffit pas, il faut recourir au vaccin animal. Avec une seule génisse, j'ai pu vacciner 3,000 individus.

Je relève une contradiction dans le rapport de M. Blot; il demande l'obligation pour la vaccination, mais non pour la revaccination. Si vous jugez l'une indispensable, l'autre ne l'est pas moins. Les auteurs de la loi sont plus logiques en demandant l'obligation pour les deux.

En résumé, créez des foyers de vaccinations et de revaccinations; vérifiez ces vaccinations. La vaccine est aujourd'hui si bien acclimatée en France qu'il n'y a pas besoin de loi pour l'imposer.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

115. M. Descour. Contribution à l'étude de la cystite blennorrhagique et de son traitement. — 116. M. Hoel. De l'eczéma pilaire. — 117. M. Ullmann. Contribution à l'étude sur l'étiologie de la cataracte. — 118. M. Marion. Histoire, génération et pronostic de l'enchondrome. — 119. M. Darget. Contribution à l'étude de la rage. — 120. M. Ribes (Jules). Du vésicatoire cantharidé et des préventifs du cantharidisme réno-vésical. — 121. M. Restrepo. Étude du cédron, du valdivid et de leurs principes actifs: la cidrine et la valdivine. — 22. M. Schwing. De l'élongation des nerfs. — 123. M. Vidal. Des fractures du maxillaire supérieur. — 124. M. Malon. Des lipômes de la langue. — 125. M. Moreau. Marche de la paralysie générale chez les alcooliques. — 126. M. Roussel. Essai sur la convalescence du rhumatisme articulaire aigu. Étude et appréciation de faits observés à l'asile de Vincennes. — 127. M. Toussaint. Des arthrophyses et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismale, scrofuleuse et syphilitique. — 128. M. Béraud. Traitement de l'œdème dans les maladies du cœur, spécialement au point de vue de l'ignipuncture.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Bémont (Gustave), né à Paris le 1er avril 1857, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Dubois, démissionnaire.

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont autorisés à faire à l'École pratique de la Faculté, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-1881, les cours ci-après désignés:

MM. Reynier (traitement des déviations de la taille), — Apostoli (applications chirurgicales et obstétricales de l'électricité), — Reliquet (opérations des voies urinaires), — Le Noir (médecine opératoire), — Labadie-Lagrave (pathologie générale), — Dubuc (étude de l'affection calculeuse, de la lithotritie et des différents procédés de taille).

— M. Dedieu est nommé commis auxiliaire au secrétariat, en remplacement de M. Martin, qui ne s'est pas rendu à son poste.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Donnard est attaché en qualité d'aide préparateur au laboratoire de chimie annexé à la Faculté (laboratoire d'enseignement), en remplacement de M. Dehodencq, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Luton, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, directeur de l'école.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Paul Massot, sénateur des Pyrénées-Orientales, qui est décédé subitement à Paris, dimanche soir 27 mai 1881, à l'âge de quatre-vingts ans.

— Le secrétariat général de l'Association française pour l'avancement des sciences, dont le congrès (dixième session) s'ouvrira cette année à Alger le 14 avril 1881 pour se terminer le 21 du même mois, nous communique le titre des communications suivantes qui doivent être faites à la section des sciences médicales:

M. Amat (Louis). Les bains de mer dans le traitement des affections des yeux.

M. Baudrimont (E). Sur la glossopolytie ou la langue noire.

M. Bœckel (Jules). Étranglement interne par bride péritonéale datant de treize jours, laparatomie antiseptique, guérison.

M. Bonnafond. Considérations rétrospectives sur l'insalubrité de la plaine de la Mitidja et sur les premiers travaux d'assainissement des marais.

M. Brame (Ch.). Sur un moyen efficace de relever le prolapsus de l'utérus.

MM. Caillol de Poncy et Livon (Ch.). Nouvelles recherches sur les gaz du sang.

M. Dagrève. Sur la chlorose polyramique et son traitement par les excitations cutanées.

M. Gayat-Wecker. Discussion de plusieurs procédés d'iridectomie. — L'impaludisme et les ophthalmies comme ayant été un obstacle à la colonisation algérienne.

M. Henrot (H.). Du traitement du goître vasculo-kystique par l'électrolyse capillaire.

M. Jacquemet. Sur quelques points de l'étiologie et du traitement des ophthalmies dites granuleuses. — Sur le traitement le plus efficace des coxalgies.

M. Lantier (E.). Méningite d'une jeune fille désespérée, guérison par l'extraction de deux vers de la caisse du tympan.

M. Le Bon (Gustave). Recherches expérimentales sur le traitement de l'asphyxie du nouveau-né et de l'asphyxie par submersion.

M. Letourneau. De l'influence des courants électriques sur la température des organes.

M. Martinet (Ludovic). Du centre psycho-moteur chez un paraplégique.

M. Patoir. Sur un cas de dystocie fœtale.

M. Pecholier (G.). Recherches expérimentales sur l'action des hellébores.

M. Plonquet (J.-L.). Topographie, hygiène et pathologie générale d'Ay-Champagne (Marne).

M. Richardière. Contribution à l'étude de l'influence de l'albuminurie sur la cicatrisation des plaies.

M. Richelot (G.). Sources thermales du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), considérations pratiques sur quelques effets du traitement Mont-Dorien.

M. Ricoux. Mortalité de la première année en Algérie.

M. Roche (A. de la). Du traitement des déviations de la taille.

M. Rouquette (Jules). Où allons-nous? Le vent est à l'expérimentalisme, le tempérament fait l'homme.

M. Stagienski. Des bains de mer en Algérie considérés au point de vue de l'éducation physique des enfants.

M. Villeneuve (fils). Note sur l'uréthrotomie externe sans conducteur.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire le lundi 25 avril 1881, à deux heures. — M. le docteur Tillaux traitera des ligatures d'artères. — M. le docteur Quénu, premier prosecteur, traitera des amputations. — M. le docteur Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs. — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Mayer, chef du laboratoire. MM. les élèves seront, chaque jour, exercés sous sa direction au maniement du microscope. — Les microscopes et les autres instruments nécessaires aux divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition des élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devront être reformées pour la médecine opératoire ; MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 1er avril.

— M. G. de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera, le dimanche 3 avril, une excursion scientifique à Abbevile (Somme). Étude des coupes géologiques du terrain quaternaire et visite des collections Boucher de Perthes, Dimpre et d'Ault-Dumesnil. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à sept heures quinze minutes du matin. On rentrera à Paris à onze heures et demie du soir. Le prix est de 20 francs, aller et retour. Se faire inscrire à l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies du système nerveux, par J. Grasset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Deuxième édition revue et considérablement augmentée. 1 fort volume in-8° avec 35 figures dans le texte et 10 planches, dont 6 en chromolithographie. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Traité pratique de l'art des accouchements, par les professeurs H.-P. Naegele, professeur à l'Université de Heidelberg, et W.-L. Grenser, directeur de la Maternité de Dresde. Deuxième édition française, traduite sur la huitième édition allemande, annotée et mise au courant des derniers progrès de la science, par G.-A. Aubenas, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; ouvrage précédé d'une introduction par J.-A. Stoltz, ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-8° de 816 pages, 229 figures et 1 planche. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité élémentaire d'histologie, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, par M. le docteur Fort. 2e édition, entièrement refondue ; 1 vol. in-8° avec 522 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10991.

N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 2 AVRIL 1881. — N° 39.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

UN VOYAGE A LONDRES

A M. le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

I

Londres, dimanche 20 mars 1881.

Mon cher Directeur,

Le dimanche, jour de repos, est ici d'un calme plat. On ne fait rien ce jour-là à Londres ; restaurants, pharmacies, bureaux de poste, etc., etc., tout est fermé. Celui-ci dort, celui-là lit la Bible, les autres se grisent avec du *gin*, du *whisky* ou du *brandy*. Quel contraste avec l'agitation fiévreuse de la semaine !

« Quickly ! » vivement ! telle est en réalité la devise des Anglais depuis le lundi matin jusqu'au samedi soir. La semaine s'écoule en grande vitesse, train express, au milieu du *tohu-bohu* général. Chacun court, chacun se presse. Ne vous avisez pas de tomber ou de vous casser un membre : personne n'aurait le temps ni de vous ramasser, ni de vous transporter à l'hôpital. Il s'agit d'avoir ici de bonnes jambes ou un cab rapide ; dans ces conditions, on peut voir, et beaucoup voir. En une semaine, en six jours, j'ai pu assister à trois lithotrities et à une uréthrotomie (par Thompson), à deux ovariotomies (par Spencer Wells et Thornton), à trois amputations de cuisse (par Treves, Smith et Lister), à une amputation de l'avant-bras (par Wood), à l'ouverture d'abcès du sein et au traitement de deux pseudarthroses (par Lister), à une résection des condyles du maxillaire inférieur pour ankylose (par Davies Colley), à une résection coxo-fémorale et à la résection d'un nerf douloureux dans un moignon (par Durham).

Ce sont ces divers cas qui serviront de matériaux à ma lettre, lettre dans laquelle je désire ne faire entrer que des documents chirurgicaux pratiques, afin que vos lecteurs puissent en tirer quelque profit.

Sir Henry Thompson a dépassé la soixantaine, mais il a l'agilité d'un jeune homme. Je n'ai jamais vu autant d'habileté, autant de talent. Faut-il s'en étonner? Songez au nombre de fois que M. Thompson a dû traverser les divers détroits qui conduisent à la vessie ; il possède une collection particulière d'environ 850 pierres extraites par lui-même, soit par la taille, soit par la lithotritie.

Il a fait trois *lithotrities* en ma présence, la première de huit minutes, la deuxième de quatre, la troisième de dix. Ces trois opérations ont été complètement terminées en une seule séance. Que nous sommes loin de l'époque où les chirurgiens ne terminaient l'extraction d'une pierre qu'au bout de huit ou dix séances !

L'exploration faite et le siège du calcul étant connu, le lithotriteur est introduit. Le broiement de la pierre est pratiqué le plus promptement possible. M. Thompson introduit alors sa grosse sonde qu'il adapte à son aspirateur, et en quelques instants il ne reste plus rien dans la vessie. Un cataplasme chaud est ensuite appliqué sur la région hypogastrique, et le malade est laissé au repos. S'il survient quelque complication, il va immédiatement à la recherche des derniers fragments, cause fréquente d'inflammation.

La manière consciencieuse dont sir Henry Thompson collectionne ses pierres mérite une mention spéciale. Chaque pierre porte un numéro correspondant à un numéro identique sur un grand registre. Ce numéro est celui de l'observation du malade avec le nom du médecin qui l'a envoyé, examiné, ou qui a assisté à l'opération. L'issue de la maladie est constamment relatée en face de l'observation, de sorte que ce cahier colossal sera une source importante de statistique.

Sur 500 adultes opérés, 422 l'ont été par la lithotritie et 78 par la taille ; les 422 lithotrities ont fourni 32 décès, soit 1 pour 13 environ ; les 78 tailles ont donné 29 décès, soit 1 pour 2 3/4.

Dans cette collection figurent les calculs de Napoléon III et de Léopold Ier avec un résumé de l'observation. Celle de l'ex-empereur des Français, n° 311, est de 1873. Le calcul était une grande pierre phosphatique de la forme et du volume d'une grosse datte. Napoléon III avait refusé systématiquement les conseils qui lui furent donnés à diverses reprises et ne croyait pas à l'existence d'une affection calculeuse. Cependant, vaincu par les douleurs, il finit par se résoudre à l'opération, mais trop tard, car il mourut trois jours après une séance de lithotritie qui ne permit l'extraction que de la moitié du calcul, en présence des docteurs Conneau, Corvisart et sir William Gull. L'autopsie démontra que les uretères et les bassinets de l'Empereur étaient anomalement dilatés et que les reins étaient le siège d'abcès multiples.

Sir Henry Thompson pratique l'*uréthrotomie interne* à sa manière. Le chirurgien anglais n'admet pas qu'on se serve d'un instrument aveugle, c'est ainsi qu'il nomme l'uréthrotome de Maisonneuve. « J'aime, dit-il, à me servir d'un instrument que je dirige et qui me permet de sentir son action. » Quelque infranchissable que soit un rétrécissement, M. Thompson cherche à le faire traverser par une bougie filiforme qu'il laisse à demeure pendant quelques heures ; il augmente chaque jour le calibre de la bougie jusqu'à ce que la dilatation lui permette de franchir le rétrécissement avec l'instrument qui servira à le sectionner. Cette dilatation s'obtient au bout d'une semaine en moyenne, et à ce moment une sonde n° 10 de la filière Charrière pourrait le traverser.

C'est alors qu'il introduit un instrument à lame cachée qui n'est autre que l'uréthrotome de Civiale modifié par Thompson. Une fois que le rétrécissement est franchi, on dégage la lame en pressant sur un bouton, et le rétrécissement est divisé d'arrière en avant.

Une sonde n° 20 est ensuite placée dans l'urèthre et laissée pendant vingt-quatre heures (en France on introduit généralement une sonde n° 14 ou n° 16).

L'*ovariotomie* est aujourd'hui tellement connue, il en a été si souvent question dans la *Gazette*, que je crois inutile d'y revenir aujourd'hui. Je signalerai seulement la manière simple et expéditive avec laquelle les chirurgiens anglais opèrent. La malade est couchée sur un lit élevé, les jambes rapprochées et maintenues contre le lit par une large courroie, les mains attachées sur les côtés du lit. Dès que l'anesthésie est complète, le chirurgien, debout et placé à droite de la malade, fait son incision sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, mais sur un point assez élevé pour n'avoir pas à se préoccuper de la position de la vessie. Le pansement de Lister est employé ici par MM. Spencer Wells et Thornton dans toute sa rigueur, et les succès de M. Spencer Wells sont de 91 pour 100. J'ai vu pratiquer à M. Wells sa 1023e ovariotomie sur la femme d'un évêque, une jeune femme de vingt ans. M. Bantock emploie l'eau claire au lieu de l'eau phéniquée. Son *spray* est de l'eau pure, les instruments et les mains du chirurgien sont lavés à l'eau pure.

Les quatre *amputations* que j'ai vu pratiquer ont été faites par la méthode à lambeaux. M. Wood a fait à l'avant-bras deux lambeaux carrés (procédé de Teale), le postérieur plus long ; M. Treves a taillé deux lambeaux analogues pour l'amputation de la cuisse au tiers inférieur ; MM. Smith et Lister ont fait deux lambeaux arrondis, le postérieur étant plus long que l'antérieur.

Sous le rapport du manuel opératoire, il est à remarquer que les chirurgiens anglais ne suivent aucune règle déterminée. Ils font, pour l'hémostase, une compression avec des bandes de caoutchouc, mais ils n'emploient pas l'appareil d'Esmarch. Je suis étonné qu'ils ne se servent pas de la bande réglementée de M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, bande avec laquelle on peut mesurer le degré de pression qu'on détermine.

Le docteur Maglioni, médecin de la République Argentine, venu aussi à Londres pour y étudier la chirurgie, m'a fait remarquer que les chirurgiens anglais ne prennent aucun soin du périoste dans les amputations. En effet, les lambeaux étant taillés et les parties molles étant divisées, ils portent la scie sur les os sans même prendre le soin de diviser le périoste circulairement avec le bistouri.

Ce n'est pas seulement dans les amputations que les préceptes d'Ollier relatifs à la conservation du périoste sont négligés, ils le sont aussi assez fréquemment dans les résections.

Dans la *résection coxo-fémorale* pratiquée par M. Durham sur un enfant de huit ans, le grand trochanter a été découvert par une incision oblique en bas et en avant. Sans se préoccuper autrement du périoste, le chirurgien a divisé les ligaments et sectionné l'os au-dessous des trochanters.

La *résection des condyles du maxillaire inférieur* pour ankylose m'a paru particulièrement intéressante par sa rareté. Un enfant avait été atteint de scarlatine il y a trois ans ; des abcès s'étaient formés dans les régions parotidiennes, une ankylose en était résultée. Tous les moyens habituellement employés ayant échoué, M. Davies Colley a résolu de réséquer les condyles. Une incision de 6 centimètres, oblique en haut et en avant et croisant obliquement l'arcade zygomatique, a été pratiquée. Les parties molles étant réclinées en avant et en arrière du condyle, l'opérateur a scié le col du condyle et extrait celui-ci. Mais du côté gauche la fusion était telle entre les deux os formant l'articulation qu'il a dû se contenter de la division du col du condyle et de la résection d'une partie de sa longueur.

Le *pansement de Lister* est rigoureusement employé d'une manière générale ; cependant certains chirurgiens, mus je ne sais par quels sentiments étranges, s'y refusent absolument. Ici, comme à Paris, on rencontre des esprits rétrogrades, ennemis du progrès, jaloux de la réputation si justement méritée d'un de leurs collègues. Pour moi, je me déclare partisan absolu et admirateur exclusif de la méthode de Lister. Après avoir constaté ici *de visu* les résultats obtenus par cette méthode, je crois qu'il est de mon devoir de dire que tout chirurgien ignorant cette méthode est coupable de ne pas l'étudier, et que tout chirurgien qui la connaît est coupable de ne pas l'employer. Le docteur J. Lucas-Championnière a beaucoup fait en France pour répandre la méthode de Lister ; cela ne suffit pas, et chacun devrait imiter notre confrère de Paris et se faire propagateur à son tour. Toute la chirurgie est dans le *traitement antiseptique*. Je ne reviendrai pas ici sur les détails de ce pansement, dont on a parlé à plusieurs reprises dans la *Gazette*. Moi-même, je l'ai décrit et fortement recommandé maintes fois dans mes cours et dans mes livres, et notamment dans mes *Leçons de médecine opératoire*, publiées en 1880.

M. Lister nous a montré les résultats, les plus étonnants, à M. le docteur Maglioni et à moi. Nous avons vu :

1° Un vaste abcès du sein ouvert et cicatrisé en une semaine ; pas de pus, pas de mauvaise odeur, rien de ce qu'on rencontre en pareil cas ;

2° Un abcès par congestion (causé par le mal de Pott) ouvert dans la région lombaire, ne suppurant plus au bout d'un temps très-court et n'exhalant aucune mauvaise odeur ;

3° Un évidement du tibia, 8 centimètres de longueur, ne suppurant pas et n'ayant aucune odeur au bout de huit jours ;

4° L'ouverture d'un genou rempli de pus et de granulations, le raclage des surfaces osseuses, et la réunion, par première intention, sans trace de suppuration.

Avec la méthode de Lister rigoureusement appliquée, on peut se permettre ce qu'autrefois les chirurgiens auraient appelé des *crimes en chirurgie*. Le savant professeur de King's College Hospital n'hésite pas à ouvrir les articulations, les foyers purulents que l'on respectait autrefois, les gaines synoviales des tendons, etc., etc. Les complications des plaies étant évitées par sa méthode, on comprend qu'il ne recule pas lorsqu'il peut guérir une maladie, une difformité, en produisant une plaie quelconque. C'est en se basant sur les principes de sa méthode que M. Lister a fait faire un grand pas à la *ténotomie*. Lorsque le tendon est facile à diviser par la méthode sous-cutanée, M. Lister se conforme aux règles de cette méthode ; mais, lorsque la sienne lui permet d'arriver plus sûrement au but désiré, il abandonne la méthode sous-cutanée.

C'est ce qu'il nous a montré pour un *pied-bot équin varus*. Il avait pratiqué la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire par la méthode sous-cutanée ; mais, lorsqu'il s'est agi de diviser le tendon du jambier postérieur pour remédier à la déviation latérale, il a fait une incision en dedans et en arrière de la partie inférieure du tibia, et il a divisé sûrement le tendon du jambier postérieur situé entre la surface osseuse et le tendon du long fléchisseur commun des orteils. On sait, en effet, que la division du tendon au niveau de la malléole interne ou au-dessous est souvent faite sans une grande précision. L'incision a été guérie au bout de quelques jours, sans suppuration.

Je m'arrête, et vous enverrai prochainement la suite de mes impressions.

II

Londres, 25 mars 1881.

Mon cher Directeur,

Ma première lettre, un peu enthousiaste peut-être, était écrite sous la bonne impression que j'avais ressentie à Londres en présence de l'adresse de tel chirurgien, de l'habileté de tel autre et des résultats vraiment merveilleux obtenus par le traitement antiseptique. En pratiquant davantage les hôpitaux anglais, mon opinion n'a pas changé, mais j'ai pu étudier avec plus de détails certains côtés du chirurgien anglais que je n'avais peut-être pas bien saisis au premier coup d'œil. Je désire ne flatter personne, je ne veux pas non plus critiquer injustement. On sait, du reste, que j'ai mon franc-parler et que ma franchise m'a quelquefois coûté cher.

Je vous ai fait le récit d'un certain nombre de ces opérations, mais je n'ai pas eu le temps de vous signaler toutes les audaces de M. Lister convaincu de la protection de son pansement anti-

septique bien appliqué. Vous savez combien sont graves les opérations des pseudarthroses, je parle de celles qui donnent des chances de réussite; vous savez combien on hésite avant de faire communiquer avec l'air un foyer de fracture récent ou ancien. M. Lister, qui ne redoute pas l'air, dont il supprime absolument l'accès, procède bien simplement, mais aussi bien radicalement à la cure des fausses articulations.

Un jeune homme avait eu une fracture de la rotule avec défaut de réunion des fragments; ceux-ci étaient écartés et mobiles; la marche était presque impossible. M. Lister place le genou sous le *spray*, il ouvre l'articulation, avive la surface fracturée des deux fragments, les perfore avec une vrille et les rapproche avec un gros fil d'argent d'un millimètre d'épaisseur. Réunion par première intention. Extraction du fil après quatre semaines. Guérison.

Depuis trois ans, un homme d'une trentaine d'années offrait un défaut de consolidation dans une fracture des deux os de l'avant-bras du côté droit. M. Lister fait deux incisions, interne et externe, sous le *spray*, va chercher les quatre fragments, les avive et les maintient en contact avec un gros fil d'argent. Appareil silicaté, réunion sans accident.

Je n'insiste pas davantage sur les résultats remarquables du traitement antiseptique; les incrédules qui demandent à voir et à toucher n'ont qu'à traverser la Manche et à suivre les visites de King's College Hospital.

Deux choses m'ont particulièrement frappé : l'indifférence du chirurgien opérateur pour tout ce qui est en dehors du champ opératoire; l'audace, je dirai même, non pas la cruauté, mais le sans-façon avec lequel on entreprend quelquefois une opération dont les résultats peuvent être supposés douteux.

Cette indifférence m'a surtout frappé pendant une opération d'ovariotomie. Tandis que le chirurgien opérait, la malade a tout-à-coup cessé de respirer; le médecin chloroformisateur (le chirurgien anglais ne s'occupe généralement pas de la chloroformisation et laisse ce soin à un spécialiste), très-agité dans cette circonstance, demanda du *brandy*, tira en avant la base de la langue et fit tout ce que commandait l'état alarmant de la malade, qui revint à elle au bout de quelques minutes. Eh bien, pendant ce temps, l'opérateur opérait toujours.

Au point de vue de l'humanité, je crois que les chirurgiens anglais nous sont généralement bien inférieurs. J'ai vu une erreur de diagnostic commise par l'un des meilleurs chirurgiens, prenant un carcinome abdominal pour un kyste ovarien. Le carcinome étant constaté et la tumeur ayant contracté de nombreuses adhérences qui ne permettaient pas l'extraction totale, l'opérateur a tenu à terminer une opération laborieuse, incomplète, et il était à présumer que le malade ne survivrait pas au-delà de quelques heures, comme cela a eu lieu en effet.

Un chirurgien fait apporter à l'amphithéâtre un jeune enfant porteur d'un vaste abcès à la fesse. Il annonce qu'une fois l'abcès ouvert il ira à la recherche de la lésion osseuse et qu'il fera une résection s'il y a lieu. L'abcès ouvert, il suppose que le pus provient de l'extrémité supérieure du fémur, et il se met en devoir de la réséquer. L'opération a été faite rapidement, c'est vrai, mais l'extrémité réséquée du fémur était intacte, parfaitement saine, sans aucune altération de l'os, du périoste ou du cartilage. De plus, le jeune enfant, épuisé par l'hémorrhagie, rendait le dernier soupir sur le lit même de l'opération.

Le mercredi 24 mars, je m'étais rendu dans un des principaux hôpitaux de Londres pour assister à une opération de *côlotomie*, établissement d'un anus contre nature pour cancer du gros intestin. Le chirurgien professeur fait une incision horizontale dans le flanc, à égale distance de la crête iliaque et de la dernière côte. L'incision, de 8 centimètres environ, comprend la peau, les muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Puis, en voulant soulever sans doute le péritoine et aller à la recherche du côlon ascendant (l'opération avait lieu à droite), les instruments pénétrèrent dans la cavité péritonéale et les anses de l'intestin grêle se précipitèrent au dehors. Réduisant l'intestin grêle, le chirurgien introduisit son doigt *dans* le péritoine et chercha pendant *vingt* minutes le côlon ascendant. Ne le trouvant pas, il conclut à une anomalie, il réunit les lèvres de la plaie et renvoya le pauvre malade à son lit, la péritonite suspendue sur sa tête.

Décidément, mon cher directeur, les voyages que nous faisons chez nos voisins nous laissent pleins d'espoir en l'avenir et nous permettent de constater que la chirurgie française n'est pas en décadence.

Votre affectionné,

D[r] Fort,

Professeur libre d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Abattoirs. — Tueries d'animaux.

Le ministre de l'agriculture et du commerce a adressé aux préfets la circulaire suivante relative aux tueries d'animaux dans les localités dépourvues d'un abattoir public.

Paris, 22 mars 1881.

Monsieur le Préfet,

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France vient de m'adresser son rapport général annuel sur les travaux des conseils d'hygiène publique pendant l'année 1878.

Parmi les nombreuses questions traitées par ces conseils, il en est une qui intéresse étroitement la santé des populations et sur laquelle le Comité appelle tout particulièrement l'attention de l'administration.

Dans beaucoup de petites localités, et même dans les villes d'une certaine importance, les tueries d'animaux sont dans un état de malpropreté fort compromettant pour la sécurité publique.

D'un autre côté, ces établissements qui fonctionnent en dehors de tout contrôle, présentent d'autres inconvénients non moins sérieux. C'est là que sont conduites, pour y être abattues, des bêtes malades que les inspecteurs ne laisseraient pas livrer à la consommation si elles étaient amenées dans un abattoir municipal.

Les dangers d'un tel état de choses imposent à l'administration le devoir d'y apporter un remède efficace.

La création d'abattoirs publics, dans lesquels s'exerce une surveillance intelligente et active, est le meilleur moyen à employer et la seule garantie utile qu'on puisse donner à la consommation.

Je ne saurais donc trop vous engager, monsieur le préfet, à inviter les municipalités des communes ayant une certaine importance, et qui sont dépourvues d'abattoir public, à étudier les voies et moyens d'en doter la localité. On pourra, dans la plupart des cas, objecter le défaut de ressources nécessaires; mais l'expérience a démontré qu'une ville est loin de compromettre ses finances en créant ces sortes d'établissements. Elle ne tarde pas, au contraire, à trouver dans leur fonctionnement une source de revenus qui lui permet de pourvoir à d'autres besoins.

Quoi qu'il en soit, l'autorité administrative doit aviser aux mesures à prendre en vue de sauvegarder la santé des populations menacée par l'installation défectueuse de la plupart des tueries particulières. Je vous prie, dans ce but, de faire dresser, pour m'être transmise, la liste exacte, par arrondissements et par communes, de toutes les tueries, grandes ou petites, exploitées dans votre département, en indiquant au regard de chacune d'elles la date de l'autorisation qui a dû lui être accordée, puisque les tueries sont rangées au nombre des établissements insalubres dont l'ouverture est subordonnée à une autorisation préalable.

Quant à celles qui existeraient sans autorisation, vous aurez à faire mettre ceux qui les exploitent en mesure de s'en pourvoir le plus tôt possible, sous peine de poursuites. Les autorisations ne devront, d'ailleurs, être accordées que moyennant des conditions

propres à garantir complètement la salubrité publique, et sur lesquelles il conviendra de prendre l'avis du conseil d'hygiène publique de l'arrondissement.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Ministre de l'agriculture et du commerce,

P. TIRARD.

REVUE DE LA PRESSE

Du phimosis comme cause d'accidents nerveux. — D'après M. le docteur G.-M. Beard (de New-York), un grand nombre de symptômes névrosthéniques ont pour cause unique l'existence d'un phimosis. La présence d'un prépuce débordant ou adhérent peut agir dans le même sens. Souvent ces difformités entraînent la guérison de névroses, obtenue en partie par d'autres moyens. Les principaux symptômes nerveux observés par l'auteur ont trait surtout à des troubles de la sensibilité et de l'intelligence (délire émotif, kénophobie, prurit général et local, points douloureux). Du côté des organes génitaux, sensibilité du canal, fréquence et difficulté de la miction, relâchement du scrotum.

Ces désordres s'observent au moins chez la moitié des adultes, bien portants du reste, atteints de phimosis. L'opération, quand elle est nécessaire, doit être radicale, et l'on n'obtient pas toujours immédiatement les résultats que l'on recherche. Il ne faut pas non plus négliger les autres médications qui s'adressent à l'état nerveux. Enfin, dans le cas de longueur exagérée du prépuce sans rétrécissement, on obtient les mêmes effets en le retirant en arrière et en le fixant dans cette nouvelle situation. (*Abeille médicale.*)

Névralgies diverses, distension des nerfs, guérison. — Nous réunissons trois observations différentes. La première, rapportée par le docteur S. Schussler, est celle d'une femme de cinquante-trois ans, qui depuis quatre ans souffrait, sans cause appréciable, d'une névralgie intense dans la moitié droite de la nuque, le long du trajet du nerf occipital, et principalement en trois points : 1° à son point d'émergence trapézienne ; 2° au milieu de son trajet sous-cutané ; et 3° au niveau de sa division en deux branches. Tous les moyens médicaux ayant échoué, on se décida à pratiquer la distension du nerf avec les précautions antiseptiques usuelles. Le névrilème était fort épaissi et congestionné. On prit le nerf entre le pouce et l'index et on le distendit vigoureusement vers le centre et vers la périphérie. Suture et pansement antiseptique. La guérison de la plaie s'est faite par première intention, et, dès le quatrième jour après l'opération, les douleurs avaient cessé. Depuis lors, c'est-à-dire depuis quatre mois, elles n'ont plus reparu.

Le second fait se rapporte à une femme de trente-deux ans, qui souffrait d'une névralgie très-douloureuse. M. le docteur Hildebrand distendit le nerf sciatique, après l'avoir mis à nu dans le creux poplité. Les vaisseaux du névrilème étaient, comme dans le cas précédent, fort congestionnés et dilatés. La distension fut faite dans les deux sens, à plusieurs reprises, de la manière la plus complète; puis on réunit la plaie au moyen de sutures. Les douleurs cessèrent rapidement, et depuis l'opération, pratiquée il y a quinze mois, la guérison s'est parfaitement maintenue.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris de roideur et de névralgie douloureuse dans les doigts de la main droite. On pratiqua la distension du plexus brachial. L'opération, faite il y a six semaines, a été suivie d'une parfaite guérison. (*Journ. des Connaiss. médicales.*)

Ces trois faits sont à rapprocher de l'observation curieuse de tétanos traumatique guéri par la distension du nerf médian, que nous avons publiée dans notre Revue de la presse du n° 27 de la *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1881.

Tumeur cancéreuse, résection de l'estomac. — M. le docteur Billroth vient de tenter avec succès la résection de l'estomac sur une femme de quarante-trois ans, atteinte, depuis un certain temps déjà, d'un cancer de cet organe. L'affection était caractérisée par des vomissements constants, des hématémèses, du mélæna, et l'on sentait, au niveau du pylore, une tumeur volumineuse et mobile. C'est cette mobilité même qui engagea le docteur Billroth à pratiquer l'opération, mais avec l'arrière-pensée de ne faire qu'une incision exploratrice, au cas où une extirpation serait reconnue impossible.

La paroi abdominale fut incisée parallèlement au rebord des fausses côtes droites, immédiatement au-dessus de la tumeur, comme s'il se fût agi de la gastrostomatomie. Après l'incision des téguments et du péritoine, on aperçut la tumeur recouverte par l'épiploon et adhérente au côlon transverse. On l'isola de ces parties; un ganglion carcinomateux fut extirpé, et l'on constata qu'il s'agissait d'un carcinome étendu au fond de l'estomac et au pylore.

Le docteur Billroth ne voulut pas cependant se résoudre à abandonner l'opération en fermant la plaie abdominale; il préféra pratiquer l'extirpation de la tumeur, ou plutôt la résection d'une partie de l'estomac. Il fut obligé, en effet, pour isoler la tumeur, de faire, d'une part, l'incision de l'estomac vers le milieu de la petite courbure, et, d'autre part, une incision au-dessous du pylore, dans la partie saine du duodénum.

La suture du moignon gastrique et du moignon duodénal put se faire avec la plus grande facilité au moyen des sutures, qui avaient été préalablement disposées au-dessus et au-dessous de la tumeur. De plus, on put apprécier que la rétraction de la portion conservée de l'estomac était immédiate et assez complète pour permettre l'adaptation de la surface de section de l'estomac et de celle du duodénum; de telle sorte que, après l'opération, il restait, en définitive, un estomac très-rétréci et singulièrement amoindri, mais perméable. La suture de l'abdomen ayant été faite, on appliqua le pansement antiseptique sans tube à drainage.

Le deuxième jour après l'opération, la malade prit de la nourriture par la bouche; au huitième jour, les sutures de la paroi abdominale furent enlevées. Quant aux sutures viscérales, il ne peut être affirmé avec précision si elles ont été extraites en même temps, ou bien si elles sont restées enkystées, ou bien encore si elles sont tombées dans l'estomac de nouvelle formation. Quoi qu'il en soit, quinze jours après l'opération, la malade était vivante, prouvant ainsi la possibilité de réséquer avec succès une partie de l'estomac. (*Gazette hebdomadaire.*)

Traitement de l'ankylostome duodénal ou anémie intertropicale. — Une sorte d'épidémie d'ankylostome a sévi, il y a quelque temps, sur les ouvriers employés au percement du Saint-Gothard. Ce redoutable parasite, découvert par Griesinger dans la chlorose d'Égypte, détermine sur l'organisme, qu'il anémie par succion du sang dans l'intestin, des ravages connus sous le nom de cachexie intertropicale.

M. le professeur Perroncito a présenté récemment, à l'Académie de médecine de Turin, de nombreux exemplaires d'ankylostome duodénal et anguillula stercoralis, obtenus par la culture des larves contenues dans les matières fécales d'un ouvrier du Saint-Gothard affecté d'anémie. En même temps, il a exposé les résultats qu'il avait obtenus, contre cette affection parasitaire, de l'emploi de l'extrait éthéré de fougère mâle. Douze malades ont été guéris rapidement par M. le professeur Perroncito par ce remède, administré une, deux ou trois fois, à la dose de 14 à 30 grammes chacune.

M. le docteur Perona a donné aussi la relation de nombreux cas de guérison d'ouvriers anémiques du Saint-Gothard, obtenus par la même médication. Celle-ci, en effet, détermine l'élimination rapide du ver, suivie d'une parfaite guérison, qui peut se constater par l'absence successive et permanente des œufs dans les matières fécales des individus qui avaient été atteints de cette affection. (*Journal de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mars 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

RAPPORTS

Ostéotomie pratiquée pour remédier à un genu valgum. — M. Terrillon lit un rapport sur une observation présentée par M. Beauregard (du Havre).

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, blond, maigre, ayant joui, dans son enfance, d'une bonne santé, qui, à l'âge de treize ans, sans cause apparente, vit se former une incurvation du coude droit. Un an plus tard, il ressentait de violentes douleurs dans la jambe droite, qui ne tarda pas à présenter une certaine déviation. La jambe gauche fut prise à son tour. La première en vint à présenter une incurvation telle qu'elle formait avec la cuisse un angle de 140 degrés. Le pied était dans l'abduction. La claudication était très-marquée. Dans la marche, le genou malade venait heurter le genou gauche. M. Beauregard pratiqua, le 10 juillet 1880, l'opération suivante : incision sur la partie interne de la cuisse ; section lente et méthodique du condyle avec le ciseau et la gouge ; les trois quarts de l'os furent intéressés ; fracture au même niveau. Le membre est placé dans un appareil plâtré ; la méthode de Lister est appliquée dans toute sa rigueur ; les suites furent aussi bénignes que possible. Vingt-huit jours après l'opération, la cicatrisation était complète.

Le succès avait été aussi complet et aussi rapide que possible. Ce fut là un résultat précieux pour le malade et flatteur pour le chirurgien.

Dans un premier rapport sur le même sujet, M. Terrillon était arrivé à cette conclusion que la méthode de Delore, le redressement brusque, était préférable à toute autre méthode, et il semblait qu'avec l'appareil redresseur récemment inventé par M. Collin on pût toujours arriver au redressement.

Il n'en est pas toujours ainsi ; on rencontre, dans certains cas, les plus grandes difficultés pour le redressement brusque. C'est surtout dans ces cas exceptionnels que l'ostéotomie peut rendre de grands services.

M. Beauregard a employé la méthode de Lister, avec cette modification qu'il n'a pas placé de tube à drainage dans le fond de la plaie, qu'il a cherché et obtenu la réunion immédiate totale.

M. Terrillon propose d'inscrire M. Beauregard sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Desprès. A la suite de ces opérations, les résultats sont souvent illusoires, et, sitôt que le malade se remet à marcher, il recommence à boiter comme auparavant.

Pour M. Desprès, la cause du genu valgum réside dans l'élongation des tendons. Chez l'adulte, c'est généralement à la suite d'hydarthroses que se produit cette affection. M. Desprès ne pense donc pas qu'on puisse, par une opération, redresser définitivement un genu valgum. Il ajoute que l'ostéotomie n'est pas une opération dangereuse du moment qu'on ne pénètre pas dans l'articulation.

M. Tillaux. On redresse très-bien des genu valgum, et, contrairement à ce que pense M. Desprès, le redressement se maintient. M. Tillaux cite l'exemple d'un garçon boucher auquel, il y a quatre ans, il a cassé les deux genoux et qui, aujourd'hui, est un homme de vingt-six ans, parfaitement droit et marchant très-bien. M. Tillaux a pratiqué cette opération au moins une douzaine de fois, et il peut affirmer qu'en faisant le redressement sur le bord d'une table on décolle très-bien les épiphyses et qu'on obtient d'excellents résultats qui se maintiennent.

La question posée par M. Terrillon est très-importante. Il faudrait pouvoir comparer les résultats de l'ostéotomie et ceux de l'ostéoclasie. Si l'on en croit les chirurgiens étrangers, l'ostéotomie serait préférable, mais l'expérience nous manque en France sur la pratique de cette opération. Il faudrait des statistiques, qui jusqu'ici font défaut. C'est donc une question à l'étude, et nous devons féliciter M. Beauregard des faits intéressants qu'il nous a communiqués.

M. Marc Sée proteste contre cette assertion de M. Desprès que le genu valgum est le résultat de l'élongation du ligament latéral interne. C'est le résultat d'un vice de développement des os, et l'élongation du ligament n'est que secondaire.

Contrairement à M. Desprès, M. Marc Sée pense qu'une section osseuse est toujours une opération grave. C'est, en somme, une fracture compliquée. Si cette opération n'est pas suivie d'accidents, c'est grâce au pansement de Lister.

M. Desprès persiste à croire que, dans le genu valgum, c'est la lésion du condyle qui est consécutive à l'élongation du ligament. Chez les petits enfants, on constate une déviation du genou lorsqu'ils sont portés dans les bras de leur mère, et cette déviation disparaît quand ils cessent d'être portés. Quand on voit chez l'enfant un genu valgum, pour ainsi dire expérimental, apparaître et reparaître de cette façon, on est autorisé à dire que les choses se passent de la même façon chez l'adulte. La lésion du condyle interne est le résultat et non la cause.

En outre, M. Desprès maintient que les opérations pratiquées pour obtenir le redressement ne donnent pas d'assez bons résultats pour qu'on soit autorisé à y recourir.

M. Terrillon. Le premier malade opéré il y a deux ans par M. Beauregard est resté parfaitement guéri. A M. Tillaux, M. Terrillon répond qu'il n'y a aucune donnée pour comparer les résultats de l'ostéotomie avec ceux de l'ostéoclasie. C'est une question à l'étude. Il y a des individus chez lesquels on produit des lésions ligamenteuses par le redressement brusque : c'est chez ces individus que l'ostéotomie doit être pratiquée de préférence.

Restauration de la sous-cloison. — M. Terrier fait un rapport sur une observation de M. Demons (de Bordeaux) relative à un nouveau procédé pour la restauration de la sous-cloison des fosses nasales. Ce procédé consiste à aviver tout ce qui reste du lobule du nez et à tailler sur la lèvre supérieure deux petits lambeaux parallèles adhérents par leur bord inférieur, puis à attirer ces lambeaux au niveau de la perte de substance.

Névrome développé dans une cicatrice. — M. Dupuy rapporte l'observation d'un malade ayant subi, il y a seize ans, la résection de l'épaule et dans la cicatrice duquel s'étaient développés trois névromes appendus aux branches du plexus brachial. M. Dupuy les a réséqués. Les névromes traumatiques du membre supérieur sont rares. Ce fait vient à l'appui de l'opinion exprimée par M. Verneuil relativement à la nécessité, dans ces opérations, de bien réséquer les nerfs.

Traitement de l'anthrax. — M. Le Fort, dans un voyage qu'il a fait il y a deux ans en Allemagne et en Russie, a vu employer un traitement pour l'anthrax auquel il a recours depuis ce temps et qui lui donne de très-bons résultats. Ce traitement consiste à faire une incision cruciale, puis à enlever toute la partie malade avec une curette tranchante.

M. Marc Sée employait également ce procédé ; mais, depuis deux mois, il préfère un autre procédé, aussi d'origine allemande, qui consiste, dès le début, à faire sur la périphérie de l'anthrax une petite incision avec un ténotome, puis à couper, sous la peau, toutes les brides fibreuses et à ouvrir toutes les collections purulentes de manière à transformer l'anthrax en un abcès ordinaire et à faire des lavages phéniqués. Dès le lendemain, les douleurs disparaissent et la guérison se fait aussi rapidement que possible.

M. Tillaux fait observer que cette méthode a été proposée, il y a quinze ans, par M. Alphonse Guérin.

Il y a, selon M. Tillaux, deux espèces d'anthrax, l'une douloureuse, l'autre qui ne l'est pas. Une incision, même prématurée, est-elle de nature à arrêter la marche de l'anthrax ? M. Tillaux ne le croit pas, et l'incision n'a pour lui d'autre avantage que de faire cesser les douleurs. Aussi n'y a-t-il recours que dans les cas où l'anthrax est très-douloureux.

M. Marjolin, rappelant l'opinion de son père, dit que les limites réelles du mal dépassent le plus souvent les limites apparentes et

qu'il est très-important d'en tenir compte pour l'incision qui doit aller jusqu'aux limites réelles du mal.

M. LE DENTU communique quatre cas d'anthrax très-graves en faveur de l'incision faite très-largement. S'il est vrai que dans quelques cas on n'arrête pas la marche de l'anthrax par l'incision, dans le plus grand nombre des cas, l'incision, pratiquée environ du sixième au huitième jour, donne d'excellents résultats ; dès le lendemain, on constate une très-notable amélioration. M. Le Dentu emploie un pansement à l'acide borique, à trois pour cent, et à la teinture d'iode.

M. LE FORT. L'incision fait toujours avorter le furoncle ; il n'en est pas toujours de même pour l'anthrax. Cependant, combinée avec le curage, elle constitue un excellent procédé.

Arthrotomie dans un cas d'arthrite suppurée. — M. NICAISE présente un malade qui, il y a dix ans, a eu une ostéite du fémur laquelle a laissé des fistules qui se rouvrent de temps en temps. Ce malade a été récemment atteint d'une arthrite aiguë du genou, accompagnée des phénomènes les plus graves. Après une ponction exploratrice qui avait donné issue à de la sérosité purulente, M. Nicaise a largement ouvert l'articulation, y a pratiqué des lavages phéniqués et a placé un tube à drainage. Dès le lendemain, les douleurs ont disparu, la température a baissé, l'état général s'est amélioré. Le membre fut placé dans un appareil plâtré. Dès le vingtième jour, M. Nicaise permit au malade de faire des mouvements dans son lit. Aujourd'hui le malade est complètement guéri et a recouvré tous ses mouvements. La méthode antiseptique n'est pas étrangère à cet heureux résultat, en ce sens qu'elle a permis d'obtenir une guérison assez rapide pour que les mouvements fussent facilement recouvrés.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Pulmomètre gymno-inhalateur.

Par M. le docteur V. BURQ.

De l'influence : 1° de la déclamation, du chant et du jeu des instruments à vent et subsidiairement de l'avenir des sociétés chorales et des orphéons ; 2° de l'inhalation professionnelle des poussières de plâtre neuf chez les ouvriers divers qui cuisent, pulvérisent, ensachent ou emmagasinent cette substance ; au point de vue de la phthisie pulmonaire, telles sont les questions que nous avons portées en 1876 devant la sixième section du Congrès international d'hygiène de Paris qui voulut bien leur faire les honneurs d'une longue discussion.

Pour la justification des conclusions qui vont suivre sur la première question seulement, la deuxième étant réservée pour une communication ultérieure, nous renvoyons au t. II (p. 385 à 429) des comptes-rendus sténographiques de ce Congrès (Imprimerie nationale, Paris, 1880), et à notre ouvrage sur la *Gymnastique pulmonaire contre la phthisie* (Paris, 1875).

Conclusions. — Il résulte de recherches et constatations sans nombre que nous avons faites depuis environ un quart de siècle :

a) Sur les acteurs, les chanteurs et les musiciens de toute sorte ;

b) Sur les maîtrises et les orphéons de Paris ;

c) Sur les élèves de l'école de gymnastique militaire de Joinville, qui sont également astreints à des exercices vocaux, avant, pendant et après tout un cours, en l'année 1876 ;

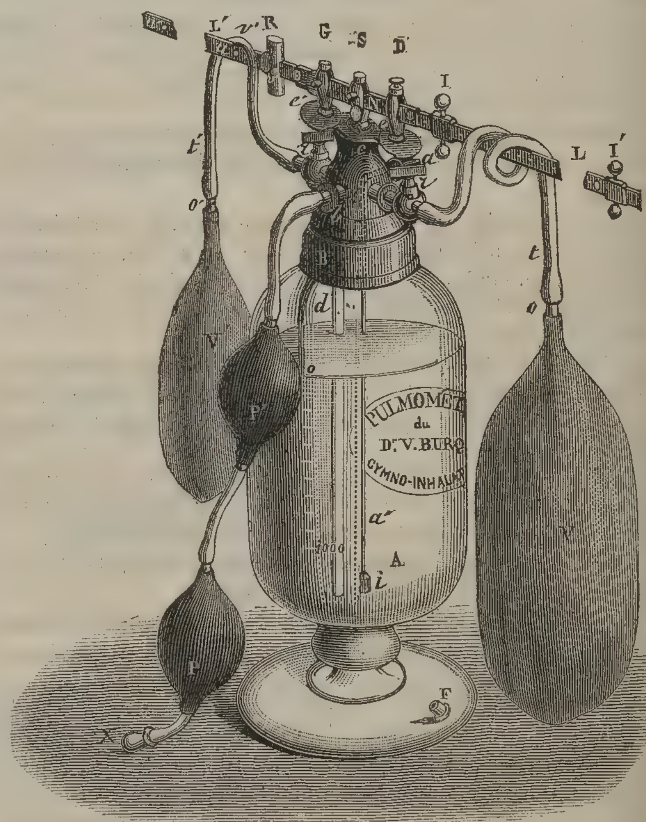
d) Sur la mortalité par phthisie pulmonaire chez les musiciens, les trompettes et les clairons de l'armée dans tous les hôpitaux militaires de Paris et de Versailles et les congés de convalescence délivrés pour cette affection pendant toute une période de vingt-six années (de 1833 à 1858) ;

e) Sur les détenus dans les établissements pénitentiaires où s'observe, depuis 1839, la loi du silence, etc.:

A. Qu'il n'est point vrai de dire, comme l'avait soutenu et était parvenu à si bien l'accréditer Benoiston (de Châteauneuf), par un échafaudage de chiffres infimes ou suspects et par des déductions erronées, que, dans l'armée, le musicien meurt deux fois plus de phthisie pulmonaire que le soldat ; qu'il paye, au contraire, un tribut quatre fois moindre à cette maladie, et « le soldat est un homme de choix, et le musicien ne l'est pas » ;

B. Que tous les exercices qui tendent au développement des organes de la respiration, lorsqu'ils sont bien dirigés, quand ils s'accomplissent sans fatigue d'aucune sorte, et sans que rien, soit dans l'attitude, soit dans les vêtements, puisse mettre obstacle à la libre expulsion pulmonaire, sont éminemment salutaires, ainsi que l'avait déjà soutenu (en 1864) Marchal de Calvi dans son *Traité des accidents diabétiques*, en s'appuyant particulièrement sur les données statistiques que nous lui avions fournies, *sur sa demande*, et doivent, à ce titre, faire partie de bonne heure de l'hygiène de ceux que menace, de loin comme de près, l'invasion tuberculeuse pulmonaire.

De là le nouvel instrument représenté ci-dessous, un quart environ grandeur d'exécution, qui a été construit, sur mes indications, par M. Andriveau, élève de M. Ducrétet.



L'appareil, vu dans son ensemble, n'est autre qu'un gazomètre à eau pourvu de tous les engins et accessoires nécessaires pour que l'on puisse :

1° Mesurer fidèlement tout le produit d'une inspiration quelconque en centimètres cubes (spirométrie) ;

2° Mesurer de même, en grammes, tout effort pulmonaire à l'inspiration comme dans l'expiration et, partant, se rendre toujours un compte fidèle des forces vives qui président au fonctionnement de la respiration, alors surtout que, l'alarme seule étant donnée, l'auscultation reste encore muette (dynamométrie pulmonaire) ;

3° Pratiquer tous les exercices gradués que comporte une gymnastique rationnelle des poumons ;

4° Associer, le cas échéant, aux exercices pulmonaires toutes inhalations liquides ou gazeuses, voire même les émanations de substances balsamiques, d'où son nom de pulmomètre gymno-inhalateur.

Ses organes essentiels sont :

A, vase fermé par un chapiteau en métal B, jaugé de haut en bas de 0^cc à 1,000 ;

V, vessie en caoutchouc de la capacité voulue pour contenir tout le produit d'une inspiration, aussi profonde que possible ;

V', deuxième vessie, de même substance, pour recevoir l'eau de A déplacée par l'air chassé de V par siphonement, le robinet *r* de V ouvert ;

L N L', levier brisé interpuissant, pourvu de deux poids, I I', en forme d'haltères, convenables pour le charger, à volonté, par fractions successives de gramme ;

S, soupape à double effet, sur la tête de laquelle L N L' peut presser ou tirer à volonté, suivant qu'on souffle ou qu'on aspire dans A ;

a a', pulvérisateur ;

P P', poires en caoutchouc, dont une, P, à double soupape, pour injecter de l'air dans A à jet continu.

La spirométrie, pour être fidèle, doit être toujours accompagnée de la pectorimétrie, que l'on obtient avec un autre instrument, qui sera l'objet d'une prochaine communication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous souhaitons la bienvenue à deux nouveaux organes de la presse médicale :

1° L'*Encéphale*, journal des maladies mentales et nerveuses qui, depuis le 25 mars, paraît sous la direction de MM. Ball et Luys.

2° *La Revue militaire de médecine et de chirurgie*, qui, à partir du 20 avril 1881, paraîtra mensuellement par fascicules de quatre-vingts pages, format in-8°. Cette nouvelle revue sera dirigée par M. le docteur Edm. Delorme, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Builly (de Marseille) et de M. le docteur Jules-Antoine Sury, adjoint au maire de la ville de Bouchain, décédé en cette ville le 28 mars 1881, dans sa trente-cinquième année.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 4 avril 1881, à trois heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audiences de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Étude médico-psychologique sur une affaire de vol, par M. Gauché (de Bayonne). — II. Sur un cas d'exercice illégal de la médecine par un vétérinaire, consultation par M. Descourt. — Communications diverses.

— M. Hébert, professeur à la Faculté des sciences, fera dimanche prochain, 3 avril 1881, une excursion géologique à la Chapelle-en-Serval et à Survilliers. Le rendez-vous est fixé à la gare du Nord, à sept heures quarante-cinq minutes du matin.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 5 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et les mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'affection calculeuse, de la lithotritie et des différents procédés de taille.

Le péril vénérien dans les familles, par le docteur Diday (de Lyon). 1 beau volume in-16 de xxx-448 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 10999.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De la péritonite chronique.

Nous allons procéder devant vous à l'autopsie d'un homme qui est resté pendant deux mois environ dans notre service.

Cet homme, âgé de quarante ans, exerçant la profession de gantier, ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel. Point d'alcoolisme. Jouissant ordinairement d'une bonne santé, il pesait encore il y a trois ans 83 kilogrammes, ce qui est un chiffre respectable.

Mais au mois d'avril de l'an dernier il a commencé à être souffrant; il se plaignait alors de douleurs dans le ventre, qui le gênaient surtout pendant la marche, et l'empêchaient de rester debout. En même temps il maigrissait d'une façon notable et sentait ses forces diminuer; cependant il mangeait avec appétit et digérait bien.

Il entra à l'hôpital Tenon dans le service de M. Dieulafoy, qui, après l'avoir examiné avec soin, ne trouva aucune tumeur appréciable dans l'abdomen. Des purgatifs répétés lui furent ordonnés en vain.

Il quitta alors l'hôpital, et resta chez lui quelque temps; mais, son état persistant, il alla à l'Hôtel-Dieu dans l'un des services dirigés à cette époque par M. Raymond, qui constata bientôt l'existence d'une tumeur abdominale, fit une ponction exploratrice laquelle donna issue seulement à quelques gouttes de sang.

Après trois mois de séjour, n'éprouvant aucune amélioration, sentant, de plus, l'affaiblissement général augmenter, et ne pouvant travailler, il partit de l'Hôtel-Dieu pour entrer à la Charité, où il nous est arrivé il y a deux mois.

A cette époque sa faiblesse était telle qu'il marchait difficilement, sa maigreur était grande. Le ventre présentait une saillie en avant qui nous parut formée par une tumeur considérable, inégale, dure, bosselée, sans fluctuation, occupant la partie médiane du ventre et s'étendant obliquement de l'appendice xyphoïde du sternum à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le ventre était douloureux spontanément, douloureux aussi à la pression.

Cependant le malade continuait à manger avec appétit et à digérer convenablement; il n'avait jamais eu de vomissement, et les garde-robes étaient normales. Les urines étaient un peu plus abondantes, 1500 grammes dans les vingt-quatre heures; leur densité un peu moindre, 1012 à 1015 au lieu de 1015 à 1025. Elles contenaient une petite quantité d'albumine, quantité variable du reste d'un jour à l'autre, et l'on trouvait au fond du vase un peu d'urohématine, phénomènes qui nous parurent provenir d'un peu de néphrite interstitielle, complication de la tumeur abdominale.

Tels étaient les seuls symptômes que ce malade nous présentait, et sans aucun trouble fonctionnel. De là l'embarras de notre diagnostic, pour lequel, jusqu'à la fin de la vie de cet homme, nous sommes resté dans le doute sans oser nous prononcer sur le siège de la tumeur, dont nous avions constaté l'existence dans l'abdomen, d'autant plus qu'elle ne paraissait faire corps avec aucun organe.

Quant à sa nature, nous la considérions comme une tumeur de mauvaise nature, comme un néoplasme, nous fondant sur l'amaigrissement et l'affaiblisement progressif du malade.

Un peu plus tard, quelques phénomènes particuliers sont survenus. C'est ainsi que, le 11 du mois dernier, il a été pris tout-à-coup d'entérorrhagie, et a rendu environ un litre et demi de sang, sang noir, non dénaturé, mi-liquide, mi-caillé. Cette évacuation était certainement le résultat d'une gêne de la circulation des vaisseaux-portes par la compression exercée par la tumeur, d'autant plus que, si l'on examinait le ventre, on constatait une dilatation prononcée des veines préabdominales comme chez les sujets atteints de cirrhose ou de tumeur du foie.

Cette hémorrhagie s'est reproduite trois fois en moins d'un mois; un affaiblissement, plus considérable encore, en a été la conséquence immédiate. Enfin dernièrement cet homme a eu du subdélirium, la parole était incohérente, il est tombé dans le coma. En même temps quelques accidents nerveux sont survenus, caractérisés par de la raideur du cou, des convulsions et de la raideur des membres, accidents que nous avons attribués à l'urémie, d'autant plus qu'ils s'accompagnèrent bientôt d'un abaissement de la température (36°,1 et 36°,2). Ils durèrent quarante-huit heures; notre malade revint à lui; mais dès ce moment l'appétit diminua rapidement, plusieurs fois il eut du délire momentané, enfin, s'affaissant de plus en plus, il est mort il y a deux jours sans qu'il nous ait été possible de diagnostiquer autre chose qu'une tumeur maligne solide de l'abdomen.

— L'autopsie pratiquée, aussitôt l'histoire de la maladie terminée, a démontré l'absence de toute tumeur abdominale, et l'existence d'une péritonite chronique, laquelle n'avait donné lieu, pendant la vie, à aucun des symptômes ordinaires de cette affection. Les intestins sont soudés dans toutes leurs parties par des fausses membranes, les unes anciennes, les autres récentes, adhérences solides qui les unissent en masse à la paroi antérieure de l'abdomen et correspondent à la saillie qui a simulé une véritable tumeur.

Les reins ne présentent aucune trace de néphrite interstitielle malgré les phénomènes constatés, mais bien les altérations d'une néphrite parenchymateuse. La rate est considérable. Les poumons sont sains. Pas de tubercules.

Ce qu'il y a surtout de particulier dans le fait que nous venons de voir, c'est l'absence de tous troubles fonctionnels. Nous sommes donc en présence d'une péritonite chronique ayant simulé, par l'agglomération des intestins, une tumeur abdominale maligne, pour laquelle j'avais songé à un cancer, bien que l'absence de certains phénomènes m'ait empêché d'émettre un diagnostic du vivant de cet homme.

Du reste nous fussions parvenu à reconnaître la maladie véritable que le traitement, traitement purement palliatif, n'eût pas été autre que celui que nous lui avons ordonné, c'est-à-dire des cataplasmes laudanisés et l'opium à l'intérieur pour calmer les douleurs, ainsi qu'une bonne alimentation pour soutenir les forces.

L'altération parenchymateuse des reins explique quelques-uns des accidents que nous avons observés, c'est-à-dire l'albuminurie et les troubles du système nerveux.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Plaie de tête par arme à feu ; extraction du projectile.

Le malade dont je vais vous parler est un homme dont les journaux d'hier ont raconté l'aventure assez mystérieuse et qui aurait été victime d'un accident assez singulier, d'après ses dires du moins, enfin au sujet duquel la justice informe; mais ces faits ne sauraient nous regarder qu'au point de vue de la lésion que cet homme présente, et nous n'insisterons pas.

Quoi qu'il en soit, blessé dans un terrain vague, dit-il, d'un coup de revolver tiré par des malfaiteurs, il serait allé demander du secours au poste de l'octroi de la porte de Vanves, et les employés l'ont amené dans la nuit de lundi à mardi à l'hôpital. Il est entré sous la rubrique de : « plaie de tête par arme à feu ».

En effet, lorsque nous l'avons eu examiné, nous avons trouvé à la partie postérieure du crâne, du côté gauche, derrière l'oreille, au niveau de l'une des bosses occipitales, une petite plaie contuse, linéaire, comme si, dans une chute, le crâne eût frappé sur un corps dur. Aussi nous sommes-nous demandé et nous nous demandons encore si c'est bien là la suite d'un coup de revolver et s'il y a eu pénétration d'un corps étranger.

Cet homme est ici depuis deux jours et demi ; l'accident est arrivé dans la nuit du lundi au mardi ; le lundi, un jour bien suspect ! En tous cas, selon toutes probabilités, la balle, si balle il y a, n'a pas pénétré dans la cavité crânienne. Je dis « selon toutes probabilités », car j'ai vu à la Charité un homme dont une balle de pistolet avait perforé le crâne et pénétré dans la boîte crânienne sans donner lieu, les premiers jours, à aucun accident cérébral ; néanmoins, malgré l'absence de tous symptômes sauf la perforation du crâne, j'avais émis un pronostic fatal. Les accidents eurent en effet leur évolution normale, et, quelques jours après l'évènement, cet homme succombait à une méningo-encéphalite aiguë.

L'absence de tous phénomènes cérébraux pendant les premiers jours ne vous autoriserait donc pas à nier l'existence d'une balle dans la tête. Ici, la balle aurait pu frapper obliquement, et, comme la région occipitale est très-solide, très-résistante, surtout au niveau des bosses occipitales, où la lésion existe, il me paraît probable que le projectile, s'il y a eu toutefois projectile, n'a pas pénétré dans le crâne.

Mais y a-t-il eu projectile ? Cette question de la recherche des projectiles est toujours des plus intéressantes ; elle a fait surtout grand bruit il y a quatorze ans, au sujet de la blessure reçue l'année d'avant par le général Garibaldi à la bataille de Mentana. On discuta longtemps sur cette blessure du pied, qui n'avait rien des blessures si nettes produites par les fusils Chassepot, inconnus encore à cette époque. C'était une plaie contuse produite par une balle tirée de loin ; le blessé, relevé aussitôt par ses soldats, avait été immédiatement emporté du champ de bataille et pansé. Cependant la plaie ne guérissait pas, et une année s'était écoulée depuis le jour où Garibaldi avait été blessé ; on réclamait les secours des uns et des autres, et tous les chirurgiens de l'Europe avaient été consultés.

Les uns parlaient d'une blessure sans pénétration de la balle, les autres soutenaient que le projectile était resté dans la plaie. Un chirurgien anglais, entre autres, Partridge, affirmait qu'il n'y avait point de balle, et que, si la plaie ne guérissait pas, cela tenait à l'âge du blessé, à ses fatigues, à une diathèse rhumatismale, etc. C'est sur ces entrefaites que Nélaton fut mandé à son tour ; mais, avant de partir, il fit faire deux petits instruments spéciaux, ceux-là même que je vais vous montrer et qu'il m'a donnés quelque temps avant de mourir, instruments destinés à reconnaître la présence du projectile et sa nature.

On cherche donc à apprécier la présence des projectiles de guerre. Si ceux-ci sont le plus généralement en plomb, cependant nous devons savoir que, dans la balistique moderne, nous pouvons trouver aussi, ce qui est assez rare il est vrai, des fragments de cuivre, les obus étant ordinairement entourés à la base d'un cercle de cuivre ; nous savons aussi que les obus sont en fonte et que, par suite, des fragments de ce métal peuvent se rencontrer dans les plaies : de telle sorte que nos tissus peuvent renfermer des projectiles de fer, de fonte, de plomb ou de cuivre. Ils peuvent aussi contenir des corps ronds, même en dehors d'un coup de fusil : je veux parler des boîtes à balle lancées par la marine

Ceci me rappelle certain capitaine d'artillerie de marine blessé d'un coup de feu pendant la Commune, en avant de l'oreille, blessure pour laquelle un chirurgien militaire avait cru devoir faire la trachéotomie.

On me l'amenait à l'hôpital, je le soignai pendant quelques jours, je lui retirai sa canule et peu après il partait pour Versailles. Plus tard, il vint me consulter pour un certain gonflement dont il souffrait sous la mâchoire ; je sentis, en effet, une petite dureté, et je diagnostiquai, sa plaie n'étant pas encore cicatrisée, une adénite. Cependant ce gonflement me paraissait bien dur pour une simple adénite.

Pendant deux mois il continua ainsi à se soigner tant bien que mal, jusqu'au jour où le docteur Beaumetz, chirurgien militaire, appelé auprès de lui, reconnut un abcès en voie

de formation, qu'il ouvrit bientôt. Cet abcès ne guérissant pas, il introduisit un stylet dans la plaie, et, à son grand étonnement, il sentit que l'instrument heurtait un corps dur : c'était une balle de fonte, provenant d'une de ces boîtes dont je vous parlais et qui était descendue dans le plancher de la bouche. Cette balle ayant été extraite, le malade guérissait bien et rapidement.

Les corps étrangers reçus à la guerre comme projectiles sont donc, vous le voyez, assez variés.

Quant aux deux petits instruments que Nélaton avait fait construire par M. Mathieu, l'un est tout droit ; l'autre, courbe, est enfermé dans une canule : ce sont deux petits stylets qui se terminent par une boule de biscuit de porcelaine de telle sorte que si, préalablement bien nettoyée, on la frotte contre un morceau de plomb, une balle, par exemple, elle s'imprègne de ce métal d'une façon très-visible. Vous voyez d'ici le parti que Nélaton comptait en tirer en introduisant pareil stylet dans les tissus. Mais je crois que ces petits instruments peuvent donner lieu à quelques erreurs, que la petite boule peut, dans un pus noirâtre, surtout si la plaie a été pansée avec du diachylon, se recouvrir d'une teinte grise ou noire due à la présence du sulfure de plomb.

De plus, les projectiles étant de natures assez différentes, le stylet de Nélaton ne peut servir à reconnaître que les corps étrangers en plomb. Aussi lui préféré-je certain instrument électrique que M. Trouvé doit apporter dans quelques instants et que nous expérimenterons sur notre blessé. Il se compose de deux conducteurs rigides placés dans un tube, se terminant par deux pointes d'aiguilles juxtaposées que l'on met en communication avec les rhéophores d'une pile et une petite sonnerie électrique qui entre en action dès que le circuit est fermé.

Lors donc que dans la plaie vous introduisez vos deux aiguilles, si celles-ci rencontrent toutes deux un corps métallique quelconque, plomb, fer ou cuivre, immédiatement vous en serez prévenu par la sonnerie électrique. C'est ce que nous allons tenter de faire sur notre blessé.

— M. Trélat a commencé par sonder la plaie avec les deux stylets de Nélaton, et tous deux ont donné la coloration gris de plomb. Puis, l'instrument électrique marchant parfaitement, les deux aiguilles ont été introduites dans la plaie du crâne et après quelques tâtonnements la sonnerie a été agitée.

Un petit fragment de plomb a même pu être piqué par l'aiguille et amené au dehors. M. Trélat a pratiqué immédiatement une incision longue de 3 centimètres environ au niveau de la plaie, et les aiguilles introduites de nouveau ont produit une nouvelle sonnerie. Nul doute alors qu'il n'existât en ce point un corps métallique, et bientôt après l'opérateur parvenait à extraire une balle en plomb aplatie qui s'était logée dans les parties molles par ricochet, après avoir frappé le crâne au niveau de la suture temporo-occipitale, où quelques fragments de plomb s'étaient fixés dans le tissu osseux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME

CHEZ LES HYSTÉRIQUES.

De quelques caractères de la contracture provoquée dans l'état de surexcitabilité neuro-musculaire.

Par MM. Charcot et Paul Richer.

Dans un récent travail (voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 28 mars 1881) nous avons appelé l'attention sur cette aptitude spéciale à la contracture qu'acquièrent les muscles dans une certaine phase du sommeil hypnotique désignée sous le nom de *léthargie hystérique provoquée*.

Nous avons montré comment la contracture musculaire succédait à l'excitation mécanique portée soit sur le tendon, soit sur le nerf moteur, soit sur le corps du muscle lui-même, et nous avons fait voir qu'il était ainsi possible de localiser avec précision la contracture provoquée dans un seul muscle ou dans un groupe de muscles.

Notre intention aujourd'hui est de compléter la communication précédente en insistant sur quelques-uns des caractères de la contracture ainsi provoquée.

1° Cette contracture est le plus souvent très-intense. Elle résiste aux efforts les plus énergiques par lesquels on cherche à modifier l'attitude du membre. Mais il est un procédé qui en a facilement raison. Ce procédé consiste en une excitation mécanique (friction ou malaxation) portée sur les muscles antagonistes.

2° Lorsque la contracture n'est pas détruite pendant le sommeil, que se passe-t-il si l'on vient à réveiller la malade ?

a). La contracture ne persiste pas et s'évanouit avec le sommeil.

b). La contracture persiste après le réveil, mais à la condition de rendre la malade cataleptique et de la réveiller pendant ce dernier état.

c). La précaution qui précède n'est pas nécessaire, et la contracture persiste que la malade soit réveillée pendant l'état de léthargie ou pendant l'état de catalepsie.

Les contractures artificielles ainsi produites présentent la plus grande ressemblance avec la contracture hystérique permanente.

La friction des antagonistes est alors impuissante, et, pour faire disparaître la contracture, il est nécessaire de plonger de nouveau la malade dans le sommeil hypnotique, pendant lequel la friction des antagonistes recouvre tous ses droits.

3° *Transfert par l'aimant de la contracture localisée.* — Jusqu'ici les expériences de transfert de la contracture ont été reproduites sur des malades en état de veille, affectées de contractures artificielles par le procédé que nous avons dit ; et la contracture transférée consistait en une contracture en masse de tout un segment de membre, obtenue par la malaxation des muscles de toute une région.

Nous nous sommes demandé dernièrement si, lorsque la contracture était exactement localisée à certains muscles, elle conservait dans son transfert les mêmes caractères de localisation ; l'expérience a pleinement justifié ces prévisions.

Une de nos malades étant endormie et dans la résolution parfaite, nous touchons avec précaution le nerf cubital du bras droit au coude, et la main se contracture dans l'attitude de la griffe cubitale, ainsi que nous l'avons rapporté dans notre dernière communication. Un aimant est alors approché du bras gauche, dont les muscles sont demeurés dans le relâchement. Au bout de peu de temps, deux à trois minutes au plus, voici ce que nous observons : Dans les deux mains, de petits mouvements fort légers s'opèrent à la fois ; mais bientôt ces mouvements s'accusent dans un sens différent à chaque main. A la main contracturée, les doigts quittent peu à peu leur attitude spéciale, le pouce s'écarte, l'annulaire et le petit doigt se défléchissent, pendant que les mêmes doigts de l'autre main subissent un mouvement inverse. Bientôt toute contracture a cédé à droite et la main gauche s'est contracturée dans la même attitude que possédait tout à l'heure la main droite. En un mot, la griffe cubitale s'est transférée, et cela sans rien perdre de la précision de ses caractères.

L'expérience est répétée avec un égal succès pour la contracture localisée, produite par l'excitation du tendon ou du muscle lui-même.

4° *Contracture localisée latente ; transfert de la contracture latente.* — L'anémie d'un membre obtenue par l'application de la bande d'Esmarch empêche la surexcitabilité neuro-musculaire de se manifester, ainsi que l'ont montré MM. Brissaud et Ch. Richet. C'est ainsi qu'en malaxant les muscles d'un membre ainsi anémié chez une malade en état de léthargie hystérique provoquée, on n'arrive pas à modifier la résolution des muscles. Mais à peine le cours du

sang est-il rétabli que, sans nouvelle excitation, la contracture s'établit d'elle-même. Tant que le membre demeure privé de sang la contracture provoquée par l'excitation mécanique existe en quelque sorte à l'état latent. Cette contracture latente, de même que la contracture effectuée, peut être transférée par l'aimant au membre du côté opposé.

La contracture localisée, celle que nous connaissons sous le nom de griffe cubitale, par exemple, se prête fort bien à ces expériences, et nous sommes arrivés à des résultats qui, pour être prévus n'en sont pas moins intéressants.

Sur le membre anémié (1) d'une malade en léthargie, nous excitons avec précaution le nerf cubital au coude en ayant soin de ne porter l'excitation sur aucun autre point du membre. Il ne se produit aucun changement dans l'attitude du membre, qui conserve sa résolution musculaire; mais, si nous enlevons l'obstacle au cours du sang, nous voyons bientôt la griffe cubitale se constituer avec les caractères habituels.

Dans cette expérience, l'excitation portée sur le nerf cubital a donc impressionné la moelle d'une certaine façon et dans les seuls points correspondants aux origines du nerf cubital. La griffe cubitale s'est faite en quelque sorte dans la moelle, à la naissance du nerf, avant de se manifester extérieurement par la contracture des muscles dans lesquels se perdent les dernières ramifications nerveuses. Et il a fallu, pour que cette manifestation extérieure ait lieu, que le cours du sang ait ramené dans les muscles l'aptitude à la contracture.

Mais il est un autre moyen de rendre manifeste la griffe cubitale latente.

Si, au membre droit, par exemple, l'anémie empêche la contracture et si l'excitation mécanique du nerf cubital ne peut donner lieu qu'à une griffe cubitale latente, il n'en est pas de même au bras gauche. Sous l'influence d'un aimant appliqué près de ce bras, nous voyons bientôt la griffe cubitale se produire de ce côté. En somme, la griffe cubitale latente de droite s'est transférée à gauche, et dans ce transfert elle s'est manifestée par la contracture musculaire et l'attitude de la main qui en est la conséquence, parce que de ce côté l'intégrité de la circulation lui en a fourni les moyens.

Ces expériences, qui peuvent être multipliées et variées de bien des manières, montrent tout le parti que l'on peut tirer, au point de vue physiologique, de l'état de somniation provoquée. Pour le moment, nous nous contentons de signaler des faits consciencieusement observés, et il nous suffira de faire remarquer que toutes les expériences que nous venons de rapporter plaident en faveur de la nature réflexe du phénomène de la surexcitabilité neuro-musculaire, que la contracture succède à l'excitation mécanique du nerf, du tendon et du muscle lui-même.

COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (2)

Par M. le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

III

Du délire de la fièvre typhoïde (E. Génot, *Thèse de Nancy*, 1880). — Dans la fièvre typhoïde, le délire se présente sous des formes très-variées et imprévues; il est tantôt fugace, tantôt, au contraire, persistant, pouvant faire croire à l'existence d'une vésanie. Le but de l'auteur est d'étudier et surtout de classer ces différentes formes du délire, d'en rechercher la signification d'après l'enseignement clinique de M. le professeur agrégé Spillmann. Et d'abord, qu'est-ce que le délire? Pour en donner une définition bien exacte, il faudrait connaître à fond le mécanisme de l'entendement humain; on est obligé jusqu'à présent de se contenter de dire que le délire est un trouble profond et tumultueux des facultés intellectuelles. On peut encore dire avec Esquirol: « Un homme est en délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations, sont indépendants de sa volonté. »

Les troubles nerveux déterminés par la fièvre typhoïde sont très-intenses, et l'on doit admettre *à priori* que les lésions subies par les agents de l'innervation sont plus considérables que dans les autres maladies. Les autopsies n'ont cependant donné jusqu'alors aucune explication définitive de ces états. Aussi les opinions admises pour en rendre raison ont-elles varié. Herbert en fait une monomanie. Mais la monomanie ne guérit jamais et aboutit fatalement à la démence. Le délire qui termine la fièvre typhoïde guérit toujours, et rapidement, sans entraver en aucune façon la convalescence.

La présence de leucocytes ayant pénétré par émigration dans les cellules ganglionnaires et y ayant jeté un grand trouble (opinion de Papauf) est-elle constante, comme le prétend celui-ci? Cette assertion aurait besoin d'être contrôlée, et le nombre d'observations recueillies ne paraît pas suffisant pour entraîner une conviction.

L'hyperémie cérébrale est l'exception, et l'on doit rejeter, comme peu concluante et peu en rapport avec les faits, l'opinion de Buhl et d'Hoffmann qui font dériver les troubles cérébraux d'un œdème aigu de l'encéphale.

Le pigment renfermé dans les parois capillaires, auquel on avait tout d'abord accordé une grande importance dans la production des troubles nerveux, a été retrouvé dans d'autres maladies sans délire.

Graves et, après lui, Trousseau, l'ont considéré comme un délire d'inanition, indiquant un grand besoin de réparation chez les individus anémiés par une maladie grave. Mais il s'agit bien plutôt d'un délire de dénutrition.

Quant à l'anémie cérébrale, elle est possible, mais on manque d'autopsies pour la confirmer.

M. Maurice Raynaud croit qu'il faut attribuer à la fièvre typhoïde elle-même une part spéciale dans la production de ce délire.

Quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, le délire survient, on le sait, dans des conditions bien différentes. Dans la fièvre typhoïde, le délire chez un même malade ne se présente pas avec les mêmes allures, sous les mêmes formes, suivant qu'il se produit au *début* de la maladie, alors que celle-ci n'est pas encore bien dessinée, ou bien qu'il survient dans le *cours* même de la maladie à sa période confirmée ou d'augment, ou enfin suivant qu'il apparaît seulement au moment de la *convalescence*, et constitue ce qu'on a appelé le délire d'inanition.

Le *délire du début* se présente sous deux aspects différents; tantôt il affecte une forme violente, furieuse, et constitue le délire à grand fracas, le délire des persécutions; tantôt il est calme, sombre, c'est le délire mélancolique. Dans le délire des persécutions, le malade s'agite, se démène dans son lit, s'efforce de rompre les liens qui le retiennent, comme pour éviter un danger imminent. S'il n'est pas maintenu, toutes les issues lui sont bonnes pour fuir; il prendra aussi bien la fenêtre que la porte et se jettera sans hésiter du haut d'un escalier sur le sol; parmi les observations de ce genre, on peut citer celle d'un malade du service de Béhier, qui, atteint des premiers symptômes d'une fièvre typhoïde, se jeta d'une fenêtre de la salle Sainte-Jeanne dans la cour. Un autre malade de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris se jeta par la fenêtre du deuxième étage de la salle Saint-Mathieu sous l'influence du délire du début de la fièvre typhoïde. Ce n'est pas la mort que cherche pourtant le malade; l'idée de suicide n'intervient en rien dans sa manière d'agir. C'est la peur d'un danger imaginaire qui le talonne; c'est la terreur qui le poursuit, qui égare ses sens et le mène à sa perte. Le délire mélancolique est plus difficile à diagnostiquer. Dans cette forme, le typhique est obsédé par une idée triste et est en proie à une terreur, à une angoisse extrême. Il est l'objet de visions et d'illusions de nature chagrine ou terrifiante

---

(1) Nous avons eu soin d'appliquer la bande de caoutchouc pendant l'état de catalepsie.

(2) Fin. — Voir le numéro du 26 mars 1881.

(brigands, assassins, faces grimaçantes, monstres hideux); c'est le cas le plus rare.

Le *délire de la période d'état* est presque constant. Il est variable à l'infini, et se produit surtout la nuit. Il survient du septième au dixième jour et persiste jusqu'au vingtième ou vingt-cinquième jour, c'est-à-dire jusqu'à la période de convalescence. Il se présente sous trois aspects : 1° délire calme, nocturne dans les cas légers, nocturne et diurne dans les cas graves. En général, il est monotone et ne se manifeste que par de la surexcitation, par une émission de paroles incohérentes débitées avec une grande volubilité. Il est caractérisé par un état de torpeur d'où l'on fait facilement sortir le malade en l'interpellant vivement. D'autres fois, c'est un délire familier; le typhique tutoie tous ceux qui l'approchent, et les traite sur le pied d'une parfaite égalité et d'une touchante intimité ; dans d'autres cas, il consiste en hallucinations nocturnes. 2° Délire d'action avec hallucinations, délire furieux. Les malades se lèvent pendant la nuit, vont se coucher dans le lit de leur voisin, tantôt se précipitent par la fenêtre, tantôt se jettent sur ceux qui les entourent. 3° Délire stupide ou typhomanie ; c'est une forme assez fréquente. Les malades sont complètement abattus, dans le décubitus dorsal; ils ont le regard fixe, hébété, et ne répondent pas aux questions qu'on leur adresse.

Le *délire de la convalescence* se présente quelquefois sous une forme mélancolique ; le malade est triste, abattu ; il pleure toute la journée et refuse de prendre quoi que ce soit. Mais c'est le cas le plus rare; en général, le délire procède d'une idée gaie, niaise, drolatique. Diverses observations en ont été publiées notamment par M. Maurice Raynaud.

(Pour le diagnostic différentiel du délire typhoïde avec le délire vésanique, voir *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 141, Motet.)

Reste à préciser une question importante : c'est le rapport du délire avec l'élévation thermique. La plupart des auteurs s'accordent pour voir dans l'élévation de la température la cause unique du délire. Cette explication est trop souvent en contradiction avec les faits. « La clinique m'impose cette conviction, dit M. le professeur Bernheim (*loc. cit.*), ce n'est pas la fièvre qui domine la plupart des symptômes nerveux, c'est l'intoxication typhoïde. » Le délire ne se produit pas en raison de l'élévation de la température. Dans beaucoup d'observations, en effet, le délire accompagne une température basse, presque normale; dans d'autres, le délire disparaît, quoique la température se maintienne ou s'accentue ; ou bien, au contraire, la température diminuant, le délire augmente. Le délire est en général sous la dépendance de conditions individuelles, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, l'idiosyncrasie, l'*hérédité*, peut-être aussi de l'infection typhoïde.

Le traitement du délire de la fièvre typhoïde se confond naturellement avec celui de cette affection dont il ne constitue que l'un des symptômes essentiels. Quand le délire peut être attribué à un état anémique du cerveau, il faudra autant que possible laisser le malade dans la position horizontale, puis employer tous les moyens propres à remonter l'organisme, jus de viande, médicaments toniques, fer, quinquina, mais toujours administrés avec une grande réserve pour ne pas aller au-delà du but. Le délire n'est qu'un symptôme d'affaiblissement, disait Trousseau. Il faut nourrir les malades (voir *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 263), et les tonifier par l'usage modéré d'un peu de vin et de café.

On aura encore recours, suivant les circonstances, et en ayant soin d'en user avec précaution et discernement, aux compresses froides, tartre stibié, digitale, révulsifs (frictions, sinapismes, pédiluves, vésicatoires, lavements salés, purgatifs, drastiques), aux antispasmodiques divers, et surtout à l'opium. Soit qu'on administre l'opium en lavements, comme le faisait Dupuytren, soit en potion, soit en l'introduisant dans l'économie par la méthode hypodermique, soit que l'on ait recours au laudanum, à l'extrait thébaïque ou aux sels de morphine, les effets de l'opium sur le délire nerveux sont presque toujours constants et produisent d'excellents résultats.

Abcès multiples survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde. (J. Dupont, thèse de Nancy, mars 1881.) — On peut observer, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, deux variétés d'abcès multiples : les uns *sous-cutanés* ou superficiels, les autres *sous-aponévrotiques* ou profonds. Cette complication de la fièvre typhoïde est assez rare. Cependant l'auteur a pu réunir vingt-deux observations dont plusieurs inédites (Dupont, Spillmann, Schmitt, Hypolitte, Sadler, René). Le nombre de ces abcès a parfois été très-considérable et, pour les abcès superficiels, a atteint les chiffres de 70, 80 et plus, et même 200. Pour les abcès profonds, on en a observé de 2 à 16.

Les abcès superficiels se rencontrent ordinairement seuls chez le même malade. Les abcès profonds peuvent aussi se rencontrer isolément; mais le plus souvent ils existent simultanément avec des abcès sous-cutanés.

C'est la pathogénie de ces diverses collections purulentes qui a le plus attiré l'attention des auteurs; elle est encore aujourd'hui le sujet de nombreuses controverses et semble très-obscure. Les explications pathogéniques les plus variables ont été données sur la genèse de ces abcès connus sous le nom de critiques. On a successivement invoqué l'existence d'un principe morbifique spécial dans l'économie (Castelnau et Ducrest), un effet sympathique lié à la gastro-entérite aiguë (Rayer), une disposition toute spéciale à la pyogénie (Dupuytren) une diathèse purulente (Tessier, Alquié, Gintrac), une angioleucite (Chassaignac), des manifestations pyémiques légères (Griesinger), l'élimination des principes nuisibles se trouvant dans l'organisme (Follin), etc.

On a cherché à établir une relation intime entre les abcès profonds et les dégénérescences de Zenker. On a placé le point de départ de ces abcès, connus sous le nom de musculaires, dans l'exagération du travail de régression et de réparation des muscles altérés. On a accusé aussi les hémorrhagies consécutives à la rupture des fibres musculaires, des parois vasculaires, etc.

Tous ces abcès multiples, à quelque variété qu'ils appartiennent, doivent être considérés d'après l'auteur comme des inflammations du tissu cellulaire, des phlegmons suppurés, et sont le résultat d'une même cause, les thromboses ou les embolies capillaires et les infarctus hémorrhagiques consécutifs.

Ces embolies s'expliqueraient dans la dothiénentérie par des modifications survenues dans les substances coagulables du sang, ou peut-être encore par la présence, dans le liquide sanguin, de nombreux microbes, comme les recherches récentes tendent à le prouver. Ces micro-organismes, réunis sous forme de colonies, iraient obstruer les vaisseaux.

La symptomatologie de ces abcès, analogue à celle des abcès chauds en général, leur mériterait plutôt le nom d'abcès *tièdes*. Leur diagnostic ne présente généralement aucune difficulté ; la multiplicité des tumeurs fluctuantes en fera reconnaître de suite la nature. Au début, cependant, on peut en ignorer le développement, car la douleur est insignifiante ; c'est alors que le mouvement fébrile accusé par le thermomètre devra éveiller l'attention et faire soupçonner la possibilité de ces phlegmons, surtout si l'examen des divers appareils n'explique pas l'élévation thermique. Enfin on a pu confondre les abcès profonds avec des kystes hydatiques suppurés. (Voir *Clinique chirurgicale* de Gosselin, t. III, p. 143.) Au besoin, une ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

Le pronostic des abcès superficiels est en général bénin ; celui des abcès profonds est rarement grave, en ce sens que la terminaison fatale est l'exception. Cependant, dans certains cas, le pronostic peut devenir assez sérieux, car ces abcès prolongent indéfiniment la durée de la convalescence. Enfin ces abcès peuvent tuer par l'abondance de la suppuration et l'hecticité consécutive, et parfois ils sont le point de départ de complications fort graves et même mortelles (phlegmons diffus, infection purulente, putride, etc.).

Le traitement est des plus simples. Il consiste à inciser l'abcès dès que la fluctuation est manifeste. Sur les abcès superficiels, après ouverture, on applique quelques compresses imbibées de vin aromatique ou de solution phéniquée. Pour les abcès profonds, le drainage, selon le procédé de Chassaignac, a donné d'excellents résultats. On devra donc lui donner la préférence.

Il est bien entendu que l'on aura recours aussi aux lotions et injections d'eau alcoolisée ou phéniquée, suivant les règles de la méthode antiseptique.

Dans les services hospitaliers, où l'infection est plus à craindre, les incisions et les pansements pourront être faits, pour plus de sûreté, d'après la méthode de Lister.

Enfin l'état général fournira des indications thérapeutiques sur lesquelles il serait inutile d'insister.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 avril 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Hypnotisme chez les hystériques. — Contracture provoquée dans l'état de surexcitabilité neuro-musculaire. — M. PAUL RICHER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Œuvre de Claude Bernard. — M. MATHIAS DUVAL présente la table des matières des dix-neuf volumes qui composent l'œuvre de Claude Bernard. Cette table, qui est précédée d'une introduction de M. Mathias Duval, est appelée à rendre de grands services aux travailleurs.

La différenciation en biologie. — M. DELAUNAY achève sa communication sur la différenciation en biologie. On se rappelle qu'au point de vue physiologique il est arrivé à constituer deux groupes, l'un comprenant les individus les plus nourris, les plus intelligents, les plus forts (races supérieures, hommes, adultes, forts); l'autre les individus moins nourris, moins intelligents, faibles (races inférieures, femmes, enfants, vieillards, faibles).

Cette différenciation physiologique entraîne les différences pathologiques suivantes : le groupe fort est sujet à certaines maladies qui épargnent le groupe faible, comme la goutte par exemple. Ces maladies sont accrues par les circonstances physiologiques et mésologiques qui augmentent la nutrition, et diminuées par les circonstances contraires. Aussi M. Delaunay les considère-t-il comme agissant en raison directe de la nutrition.

De son côté le groupe faible est sujet à certaines maladies qui épargnent le groupe fort : phthisie, anémie, etc. Ces maladies qui frappent les individus les moins nourris, étant accrues par les circonstances qui diminuent la nutrition et diminuées par les circonstances contraires, agissent donc en raison inverse de la nutrition.

Quant aux maladies communes aux deux groupes : phlegmasies, poisons, virus, etc., elles semblent agir également en raison de la nutrition, étant aiguës, intenses, comme la nutrition elle-même chez le groupe fort, chroniques et peu intenses comme la nutrition elle-même chez le groupe faible. Ces maladies, graves chez les forts en raison de leur intensité et chez les faibles en raison de leur durée, sont combattues chez les premiers par les agents qui diminuent la nutrition et chez les seconds par les agents qui augmentent la nutrition.

Cette différenciation pathologique permet d'expliquer les antagonismes. Le groupe fort étant sujet aux maladies en raison de la nutrition qui épargnent le groupe faible, ce dernier étant sujet aux maladies en raison inverse qui épargnent le groupe fort, on comprend qu'il y ait antagonisme entre la phthisie et la goutte, la tuberculose et le saturnisme, la goutte et le cancer, la chlorose et la pneumonie, la fièvre intermittente et la phthisie, etc.

Cette étude de la différenciation pathologique pourrait être appliquée aux divers organes. Si l'on considère le cœur par exemple, on voit que le ventricule gauche est frappé par les maladies en raison directe de la nutrition : goutte, intoxications, inflammations, tandis que le cœur droit est frappé par les maladies en raison inverse : maladie de Bright, cachexies, cancer.

M. Delaunay passe en revue les diverses circonstances physiologiques et mésologiques et montre que celles qui augmentent la nutrition augmentent les maladies en raison directe de la nutrition et diminuent les maladies en raison inverse. Prenons l'alimentation par exemple. La loi qui a augmenté la ration du soldat français de 50 grammes de viande par jour a eu pour effet de faire monter la mortalité due à la fièvre typhoïde et de faire baisser la mortalité par phthisie. Au contraire, le défaut d'aliments rend chroniques les maladies aiguës. C'est ainsi que pendant le siège de Paris la pneumonie a revêtu la forme typhoïde et adynamique.

L'alimentation, le fonctionnement, le soir, l'hiver, les pays froids qui, normalement, augmentent la nutrition, augmentent les maladies du groupe fort, en raison directe de la nutrition et diminuent les maladies du groupe faible en raison inverse. Au contraire, l'inactivité, la menstruation, le matin, l'été, les pays chauds qui, normalement, diminuent la nutrition, augmentent les maladies du groupe faible et diminuent celles du groupe fort.

M. Delaunay étudiant l'action que les diverses maladies exercent les unes sur les autres arrive aux conclusions suivantes : les maladies du groupe fort s'aggravent les unes les autres, exemple : l'alcoolisme aggrave l'intoxication par le chloroforme. L'impaludisme, la syphilis, augmentent la fièvre traumatique.

Les maladies du groupe faible s'aggravent les unes les autres; ainsi agissent la tuberculose, la scrofule, l'anémie, la chlorose, la névralgie la chorée, le cancer, l'hystérie, l'épilepsie, la folie.

Les maladies du groupe fort et du groupe faible se combattent réciproquement. Les premières diminuent les secondes; les maladies aiguës guérissent la folie; l'érysipèle guérit le lupus, etc. Inversement les secondes diminuent les premières; les scorbutiques sont peu affectés par la variole; l'apoplexie pulmonaire prévient la pneumonie (Grisolle).

La conclusion pratique à tirer de cette étude, c'est que la thérapeutique ne guérit qu'autant qu'elle affaiblit les forts et qu'elle fortifie les faibles, en un mot qu'autant qu'elle réalise l'état moyen de nutrition générale ou locale.

Lésion des nerfs cutanés dans le rhumatisme. — M. LELOIR communique les résultats de recherches qu'il a faites avec M. Déjérine sur ce sujet. Dans un cas de rhumatisme chronique, il a trouvé des altérations des nerfs dans le voisinage d'une eschare. Ces nerfs présentaient toutes les lésions de la névrite parenchymateuse. Il y a lieu de penser que, dans ce cas, l'eschare a été consécutive à ces lésions des nerfs cutanés.

Influence de la section du trijumeau sur l'œil. — M. PONCET (de Cluny) communique le résultat de recherches qu'il a entreprises pour déterminer l'influence de la section du trijumeau sur l'œil. Après avoir montré que les physiologistes sont à peu près d'accord aujourd'hui pour accepter l'origine traumatique de l'ulcère cornéen consécutif, il établit le rôle que doivent jouer dans la physiologie pathologique du trijumeau les découvertes de Frank et de Dastre et Morat : le premier ayant démontré l'action d'un filet spécial de sympathique; les seconds ayant prouvé l'action vaso-dilatatrice du sympathique sur la muqueuse labiale. M. Poncet a pu constater avec M. Dastre que la vaso-dilatation par excitation du grand sympathique s'étend aux veines de la rétine.

Sur des yeux de lapin, après section du trijumeau pratiquée par M. Laborde lui-même, et datant de 8, 15, 30 jours et un an, il a trouvé les faits suivants :

1° Pour les nerfs de la cornée dont la dégénérescence a été si bien décrite par Ranvier, il a constaté aussi, après un an, la régénération complète du plexus cornéen sur un mode absolument différent du type normal. Au milieu de ce fouillis nerveux inextricable, on rencontre des gaines nerveuses, où les tubes anciens n'ont pas été régénérés.

2° La kératite, qui peut s'accompagner d'un exsudat dans la chambre intérieure, occupe surtout les lames superficielles de la cornée. Il n'existe ni iritis, ni suppuration des procès, ni choroïdite postérieure, ni trouble des humeurs, ni migration de pigment dans la rétine, ni décollement de cette membrane; mais, dans la rétine, les couches les plus internes sont le siège d'un œdème ca-

ractérisé, soit par la présence, entre les fibres optiques, de blocs œdémateux, soit par la dégénérescence hypertrophique des cellules ganglionnaires, enfin par l'augmentation de volume du protoplasma des grains internes. Les autres couches sont saines.

Ces altérations diffèrent essentiellement de celles produites par la section optico-ciliaire, décrite par l'auteur dans un précédent mémoire.

Vaso-moteurs des lymphatiques. — M. PAUL BERT a entrepris une série d'expériences dans le but de rechercher si les vaisseaux lymphatiques ne sont pas, comme les vaisseaux sanguins, pourvus de nerfs vaso-moteurs. Les premières recherches ont porté sur les vaisseaux chylifères. Le ventre d'un animal en digestion étant ouvert dans l'eau à la température du corps, il est facile de voir, par l'excitation du sympathique, que les vaisseaux chylifères sont munis de nerfs vaso-moteurs. Il reste à faire sur ces vaso-moteurs toutes les études et les recherches qui ont été faites sur les vaso-moteurs des vaisseaux sanguins. Cette étude présente de grandes difficultés sur les vaisseaux lymphatiques proprement dits. Quoi qu'il en soit, M. Bert est en mesure d'affirmer aujourd'hui que, sur les lympathiques de l'intestin, il y a des nerfs vaso-moteurs qui viennent du système lymphatique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Comité consultatif d'hygiène publique appelle l'attention de l'administration sur la nécessité d'une surveillance rigoureuse des enfants des écoles au point de vue sanitaire. Il émet le vœu que tous les enfants atteints de maladies transmissibles, contagieuses ou parasitaires, soient éloignés sans aucun retard, et que l'école soit licenciée dès l'apparition d'une épidémie sérieuse.

Bien que ces prescriptions soient en général exactement suivies, on croit devoir rappeler aux instituteurs et aux autorités locales, les mesures à prendre pour sauvegarder la santé des élèves des écoles publiques.

Le règlement scolaire impose aux instituteurs l'obligation de ne recevoir à l'école aucun enfant atteint de maladie ou d'infirmités de nature à nuire à la santé des autres élèves. Ils ne devront jamais hésiter à rendre à leurs familles les enfants qui, une fois admis, contracteraient une maladie transmissible.

Dès qu'une maladie contagieuse sévira dans une école, l'instituteur devra en informer l'inspecteur primaire ; en cas d'urgence, il fermera l'école en prévenant le maire et l'inspecteur primaire. L'école ne pourra se rouvrir qu'après approbation du médecin.

— Parmi les savants qui composaient la mission scientifique française chargée des études du Transsaharien et qui viennent d'être massacrés par les Touaregs, nous relevons avec un vif regret le nom de M. le docteur Guiard, médecin aide-major de première classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Osiecki, décédé à l'âge de soixante-treize ans, après quarante-deux ans d'une pratique ininterrompue en France. Notre honorable confrère a eu le bonheur de voir son fils, le docteur H. Osiecki, continuer à Sainte-Menehould les traditions de dévouement professionnel qui ont fait l'honneur de sa vie.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 23 avril, à sept heures, dans les salons de l'hôtel Continental.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice.

On peut verser le montant de la cotisation entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde de chaque hôpital, ou le remettre à l'un des commissaires du banquet, les docteurs : Piogey, rue Saint-Georges, 24 ; Bottentuit, rue de Londres, 56 ; Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 4.

— M. Descloiseaux, professeur au Muséum, commencera son cours de minéralogie le mercredi 6 avril 1881, à quatre heures trois quarts du soir, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine à la même heure. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres.—Les conférences auront lieu dans la bibliothèque du laboratoire de M. Frémy, rue de Buffon, 63, et dans la galerie.

— M. le docteur Budin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, commencera son cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes le mercredi 6 avril 1881, à midi, à l'hôpital des Cliniques, rue Monsieur-le-Prince, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Nélaton, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration de médecine opératoire (troisième cours) sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux, le jeudi 7 avril 1881, à une heure précise, dans le pavillon n° 6 de l'École pratique (ancien collège Rollin).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11008.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pastilles de Burin du Buisson

AUX LACTATES ALCALINS.

Le professeur Pétrequin qui a étudié l'action des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif les prescrit dans les conditions suivantes :

1° *Pastilles simples aux lactates alcalins* contre les digestions mauvaises, difficiles; le gonflement de l'estomac et des intestins avec sécheresse de la bouche, de l'arrière-gorge, avec ou sans irritation; douleurs, aigreurs ou vomissements après les repas.

Dose : 6 à 8 après le repas.

2° *Pastilles aux lactates alcalins et pepsine* dans les cas particuliers où la pepsine est indiquée, alors que les facultés digestives sont altérées, languissantes et quelquefois nulles, ou à la suite d'affaiblissement général.

Dose : 6 à 8 avant ou après les repas.

Lyon, Gavinet; Paris, 7, rue de la Feuillade.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

Dépôt Central : 23, r. de la Michodière, Paris.

Vin iodé de Moride (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode ; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

Peptone Catillon

à 19° Baumé, 4 p. 100 d'azote, représentant TROIS FOIS SON POIDS DE VIANDE ASSIMILABLE par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif: 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0,30 bi-carbonate de soude.

SIROP DE PEPTONE CATILLON, préféré pour l'administration par la bouche, plaît mieux au goût ; — 1 cuillerée contient 30 gr. de viande 2 à 8 par jour dans un peu d'eau.

VIN DE PEPTONE CATILLON, utile complément de nutrition ; — 1 verre à madère contient 30 gr. de viande.

Maladies d'estomac et d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents, etc.

Paris, 1, r. Fontaine-St-Georges et r. Chaptal, 2.

Ver solitaire

Guérison certaine par les GLOBULES de SECRÉTAN (*à l'extrait vert éthéré des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges*). Le seul remède facile à prendre et à digérer, n'occasionnant ni nausées, ni coliques, ni troubles nerveux. — Employé avec un succès constant dans les hôpitaux de Paris. Dépôt : *Secrétan,* pharmacien, 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi *franco* avec brochure explicative contre mandat : 10 francs. (*Éviter les contrefaçons.*) Dans toutes les ph[ies].

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliquesnéphrétiques, coliq[es] hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Solution, VIN ET SIROP Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

Laboureur, 26. rue des Missions, et les ph[ies].

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr Fournier.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Guérison DES MALADIES de l'estomac

Par les POUDRES et PASTILLES P. Hugounenq au **Phosphate de Bismuth** et à la **Pepsine**, contre les gastralgies, gastrites, dysenteries, diarrhées rebelles, vomissements des enfants, digestions laborieuses. — Pharm. Hugounenq, Lodève (Hérault). — Dépôt général, Vidau et Cie, anc. ph[ie] Planche, rue Scribe, 11, près l'Opéra, Paris, et les bonnes pharmacies.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique. — Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences,* etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

Boldo Verne

Expérimenté avec succès dans les hopit. de Paris

Par M. Gubler et les sommités médicales.

Consulter : *Bul. thér. méd. et chir.*, 1874. Notice à chaque flacon. — *Tonique, digestif, stimulant général et spécifique contre les maladies du foie.*

Dose : 60 à 120 g[ttes] par jour. — Verne, Grenoble (Isère) ; Paris, 25, r. Réaumur, et toutes pharm.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la vaccination obligatoire, continuée dans cette séance, n'a pu arriver à son terme. L'Académie a entendu M. Fauvel et M. J. Guérin.

M. Fauvel a plaidé avec une grande chaleur la cause de l'obligation, réfutant les objections de M. Depaul tirées de considérations d'ordre moral étrangères aux attributions et à la compétence de l'Académie, appuyant l'obligation sur cette considération, uniquement médicale, qu'elle serait le seul moyen de donner à la pratique de la vaccination tout le développement et d'y introduire toutes les améliorations que réclame l'intérêt public.

Tout en reconnaissant l'excellence du principe d'où est parti M. Fauvel et du but qu'il se propose, pleinement d'accord en cela avec la commission, principe et but qui répondent, on peut le dire, au sentiment de la presque-universalité des médecins, nous sommes obligé de convenir que sa savante et logique dissertation ne nous a pas entièrement convaincu que l'obligation soit en effet, comme il l'avance, le seul moyen de donner à la propagation de la vaccine toute l'impulsion, et à la pratique toutes les améliorations désirables. La pratique de la vaccine s'est établie en France et dans presque toute l'Europe au commencement de ce siècle, sans l'obligation légale, par la voie de simples encouragements, et elle avait assez bien réussi pour qu'on ait pu croire, pendant un assez grand nombre d'années, sinon à l'extinction complète, du moins à une grande atténuation de la variole. Il n'a pas fallu moins de vingt-cinq ans pour arriver à reconnaître les limites d'influence de la vaccine et la nécessité des revaccinations. Croit-on que, si l'administration et les pouvoirs publics, pénétrés, comme l'est l'Académie, de l'intérêt considérable qui s'attache à la généralisation et à l'exécution régulière de la pratique des vaccinations et des revaccinations, mettaient à sa disposition et à celle du corps médical tout entier tous les moyens de la faciliter avec les moyens coercitifs, indirects d'ailleurs, dont ils disposent par l'exigence des certificats de vaccine et la prescription purement réglementaire des vaccinations et des revaccinations dans les écoles, dans l'armée et dans tous les services publics, croit-on qu'on n'arriverait pas aussi sûrement, et plus facilement, au même but qu'avec une obligation, qui, de l'aveu de la commission et de M. Fauvel lui-même, rencontrera plus d'une difficulté? La preuve en est dans la restriction faite par la commission, et acceptée par M. Fauvel, à l'obligation légale en ce qui concerne les revaccinations.

Pourquoi, dès lors que l'on reconnaît les difficultés de la mise en pratique de l'obligation et que l'on proclame nettement, d'ailleurs, du haut de la tribune, l'incompétence de l'Académie en ce qui concerne l'application et les moyens, — ce que nous avions tout d'abord exprimé nous-mêmes du jour où la question fut soulevée, — ne pas se borner et répondre catégoriquement et simplement : Oui, la vaccine et la revaccination sont d'excellents moyens démontrés par l'expérience pour prévenir ou, tout au moins, pour atténuer les atteintes de la variole ; l'Académie ne saurait trop en recommander et en propager la pratique ; à vous pouvoir et législateurs, à vous juristes, comme les appelle M. Fauvel, de l'encourager et de la propager à votre tour par tels moyens que vous jugerez convenables et possibles.

Nous en étions là des réflexions que nous suggérait le discours de M. Fauvel, lorsque M. J. Guérin est monté à la tribune. M. J. Guérin est partisan des vaccinations et des revaccinations. Il l'a assez prouvé par sa participation active aux discussions de l'Académie, comme dans sa carrière de publiciste. Mais il n'est pas homme à subir un entraînement, — et on ne saurait se dissimuler qu'il y a une sorte d'entraînement dans cette affaire ; — avec l'indépendance et la curiosité scientifique de son esprit, il a cherché le pour et le contre de la question ; il s'est livré à une sorte d'enquête *de commodo et incommodo* qui, par parenthèse, n'a pas paru dans tous ses points être toujours du goût de l'Académie. Moins timide que la commission, qui en a trop dit, si elle n'avait d'autre intention que d'affirmer purement et simplement l'opinion de l'Académie, qui n'en a pas dit assez si elle a voulu éclairer l'opinion, M. Guérin a évoqué toutes les opinions, fouillé toutes les statistiques, et, sans accepter ni la responsabilité des unes, ni les résultats des autres, il a montré par là ce qu'aurait eu à faire la commission si elle avait voulu faire une étude sérieuse, approfondie de la question.

Sa conclusion, on le devine assez, tout en admettant en principe l'utilité de la pratique des vaccinations et des revaccinations, est contraire à l'obligation. L'un des arguments les plus forts et les plus topiques que M. J. Guérin a fait valoir entre beaucoup d'autres, et notamment la presque-impossibilité pratique, reconnue d'ailleurs par la commis-

sion, de soumettre les revaccinations à une obligation légale, est celui qui consiste à demander de quel droit on imposera à un médecin, qui, dans la pratique de son art, ne relève que de sa science et de sa conscience, si (par exception, nous le voulons bien) ce médecin ne croit pas à l'efficacité et à l'utilité de la vaccine, de pratiquer la vaccination, de se l'infliger à lui-même et aux siens. On invoquera l'intérêt public, sans doute. Mais on peut aller bien loin dans cette voie.

M. J. Guérin a terminé, en manière de péroraison, par une sorte d'adjuration à l'Académie de ne point s'engager dans la voie fâcheuse où s'est fourvoyée l'ancienne Faculté de médecine de Paris à propos de l'émétique. « L'arbitraire pour la vaccine et l'arbitraire contre l'émétique, a-t-il dit, ne diffèrent pas grandement, c'est toujours de l'arbitraire. N'exposons donc pas la déclaration de l'Académie d'aujourd'hui à prendre place dans l'histoire à côté de celle de la Faculté de médecine d'autrefois. »

A mardi prochain la suite de cette discussion.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Hypertrophie des éléments interglandulaires du sein.

Nous avons depuis six semaines dans nos salles une femme qui présente un cas assez intéressant : il s'agit d'une hypertrophie partielle de la glande mammaire. Je ne vous en ai pas encore parlé à cause de certains accidents qui se sont manifestés chez elle du côté de l'utérus dès son arrivée à l'hôpital.

Cette femme, âgée de trente-trois ans, jouit d'une bonne santé, mais la mamelle du côté gauche a quadruplé de volume, elle est sillonnée de veines nombreuses assez grosses qui forment à la surface de la peau, déjà un peu plus rosée que sur le sein droit, un réseau bleuâtre. C'est dans le but d'être débarrassée de cette infirmité qu'elle est entrée à l'hôpital. Mais, dès le lendemain de son entrée, elle était prise d'accidents hémorrhagiques intenses du côté de l'utérus dus à la présence de trois petits corps fibreux, ainsi que nous avons pu nous en assurer par le toucher vaginal. L'écoulement du sang a été assez facilement arrêté par les hémostatiques et par l'application d'un vésicatoire sur le ventre. Douze jours plus tard, nouvelle hémorrhagie plus abondante que la première, et que nous avons traitée par des injections faites avec une solution d'ergotine. Les tumeurs fibreuses ont diminué et les accidents se sont arrêtés. Depuis lors ils ne se sont plus reproduits.

Notre malade a eu un enfant il y a treize ans; à cette époque les deux seins avaient le même volume, celui de gauche ne présentait rien d'anomal ; la sécrétion lactée fut également abondante à droite et à gauche, et la jeune mère put allaiter son enfant pendant treize mois.

Huit années s'écoulèrent depuis lors sans qu'elle remarquât quoi que ce soit de particulier, et ce n'est qu'en 1876 qu'elle s'aperçut pour la première fois que la mamelle gauche semblait augmenter de volume, se tuméfier, non pas dans sa totalité, mais principalement en haut et en dehors. Ce développement hypertrophique a progressé jusqu'à ce qu'il ait atteint en ces derniers temps le volume actuel, qu'il dépasserait bientôt si nous n'intervenions pas. Aujourd'hui le sein gauche nous offre donc surtout dans sa moitié externe une tuméfaction tellement considérable que le mamelon est rejeté en dedans de plusieurs centimètres vers le sternum.

Le sein est sillonné par de grosses veines bleuâtres, profondes, que l'on sent très-nettement logées dans des demi-canaux qu'elles se sont creusés à toute la surface de la glande mammaire ; de là un véritable réseau vasculaire et une activité circulatoire beaucoup plus considérable. Ces canaux circonscrivent une douzaine de lobules glandulaires séparés les uns des autres, et composés, comme on peut s'en rendre compte par la palpation, de petites granulations serrées les unes contre les autres, dures, mais élastiques. Ce sont ces dix ou douze lobules qui donnent au sein la forme volumineuse qu'il présente actuellement. La mamelle est immobile sur les parois thoraciques; elle n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression.

Quant à la cause de ce développement considérable, la malade l'ignore absolument ; elle ne se souvient d'aucun traumatisme, d'aucun choc ou coup qu'elle aurait reçu; elle n'en sait pas le début, qu'aucune douleur n'a signalé. Ce n'est que par hasard, comme nous l'avons dit en commençant cette leçon, qu'un jour elle s'aperçut d'un peu de gonflement à la partie externe et supérieure du sein, gonflement qui n'a fait qu'augmenter de jour en jour. Cette tuméfaction ne s'est accompagnée d'aucun phénomène particulier; point d'hémorrhagie, point d'écoulement de sérum ou de lait par le mamelon.

La maladie ne porte pas sur le tissu glandulaire proprement dit du sein, mais bien sur le tissu interglandulaire, sur les éléments fibro-graisseux. Ce n'est donc pas une hypertrophie glandulaire, mais bien une hypertrophie interglandulaire du sein gauche que nous avons devant nous.

Il s'agit de savoir quel traitement nous devons lui faire, l'ablation ou la compression.

Il y a quelques années, j'opérai ici une jeune fille de dix-neuf à vingt ans au plus, qui présentait un développement mammaire tellement considérable que, lorsqu'elle était assise, ses seins, dégagés de tous liens, pendaient jusque sur les cuisses. Je la débarrassai de cette infirmité, due, comme chez la malade qui est actuellement dans nos salles, à une hypertrophie des éléments interglandulaires, en lui faisant d'abord l'ablation de la mamelle gauche, puis six mois plus tard de la mamelle droite. Depuis lors cette jeune fille s'est mariée, elle a eu deux enfants, et à chaque grossesse les seins se sont gonflés chez elle comme chez toute femme enceinte.

Si les deux faits sont assez analogues, cependant l'hypertrophie est beaucoup moindre, et elle ne porte, chez la malade qui est en ce moment dans nos salles, que sur l'un des deux seins seulement ; aussi le traitement ne sera-t-il pas le même, et j'espère pouvoir éviter toute opération chirurgicale. J'espère que, par une compression méthodique et continue au moyen de la bande élastique, nous obtiendrons la diminution progressive, l'atrophie des éléments interglandulaires hypertrophiés.

La bande élastique m'a déjà réussi en pareils cas un assez grand nombre de fois, et je la préfère aux corsets élastiques, comme beaucoup plus commode et moins dispendieuse. Mais j'ai soin, avant de l'appliquer, de recouvrir de ouate les parties qu'elle doit entourer, afin d'éviter une compression douloureuse.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Grippe, fièvre typhoïde intercurrente.

La jeune fille qui est couchée au n° 14 de la salle Sainte-Adélaïde offre un cas intéressant. Agée de seize ans, blanchisseuse, elle est entrée hier dans nos salles avec une fièvre ardente, une température de 40 degrés, la peau brûlante, le pouls dicrote, le ventre un peu ballonné, un peu douloureux du côté gauche, bien que l'on sente un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, gargouillement sans diarrhée.

Or, disons-le tout de suite, il n'y a que la fièvre typhoïde où le gargouillement de la fosse iliaque droite puisse exister sans diarrhée; c'est ce qu'autrefois Natalis Guillot appelait le râle crépitant de la fièvre typhoïde.

De plus, la langue est blanche, un peu rouge à la pointe, la rate n'est pas sensiblement tuméfiée, il existe très-peu d'accablement, et l'intestin n'est pas endolori du côté droit; enfin la poitrine est à peu près en bon état, l'on n'entend que quelques râles sibilants assez rares.

Cette jeune fille est malade depuis trois semaines; mais l'affection, pour nous, ne saurait remonter à cette époque; il ne s'agit certainement pas ici d'une fièvre typhoïde datant de trois semaines. Quelque chose d'autre l'a précédée, et cette maladie a dû survenir intercurremment ou consécutivement à une autre affection. La fièvre typhoïde date seulement de quatre jours, et toute maladie qui, au quatrième jour, présente une température aussi élevée (40°), sans une localisation particulière des phénomènes que nous avons indiqués, ne peut être qu'une fièvre typhoïde.

Nous en avons, du reste, observé cette année plusieurs exemples semblables, dans le service, qui se sont déclarés pendant le cours d'une autre maladie.

L'affection du début, grippe ou bronchite légère, a commencé chez elle il y a trois semaines par des douleurs lombaires, de la toux, de la céphalalgie, un malaise général, sans fièvre notable, de telle sorte qu'elle n'a pas été obligée de s'aliter et qu'elle a pu continuer ses occupations journalières, tout en se soignant tant bien que mal. Puis, il y a quatre jours, elle s'est sentie tout à coup beaucoup plus mal, et, sans frisson préalable, elle a été prise d'une fièvre très-vive qui l'a forcée à se mettre au lit. Deux jours plus tard, on nous l'amenait à l'hôpital.

Ces faits ont une double importance au point de vue du pronostic. En effet, si nous nous trouvions ici en présence d'une fièvre typhoïde de trois semaines avec des accidents d'une intensité aussi médiocre, nous pourrions être assurés d'une guérison prompte. Mais si, comme nous en sommes convaincu par les nombreux faits que nous avons remarqués depuis un certain temps, nous sommes seulement au quatrième jour de la maladie, nous ne pouvons absolument rien dire, quant au pronostic de cette fièvre typhoïde, tant qu'aucun phénomène ne se sera pas nettement accentué. Loin de là, nous devons être extrêmement réservé, à cause des accidents qui peuvent survenir et que nous devons toujours prévoir.

Ces faits ont encore une certaine importance, et nous devons également garder une sage réserve, car les taches rosées lenticulaires ne sont pas encore apparues, et il est une affection qui peut parfois simuler une fièvre typhoïde dans les premiers jours. Je veux parler de la tuberculose aiguë.

Nous vous rappellerons en effet cette malade encore dans le service, où elle était entrée à la suite de ses couches, et chez laquelle notre diagnostic avait été incertain les premiers jours, hésitant entre une fièvre typhoïde au début et une tuberculose granuleuse aiguë. Aujourd'hui il n'existe plus de doute, et cette femme est bien en proie à cette dernière affection.

Aussi, en présence de phénomènes anomaux pouvant se rattacher parfois à l'une ou à l'autre de ces maladies, devons-nous toujours nous demander si nous n'avons pas affaire à une tuberculose granuleuse aiguë.

Chez notre jeune fille du n° 14, je ne le pense pas, et tout d'abord parce que la maladie a débuté il y a trois semaines, alors qu'elle était en pleine santé.

Or, l'un des éléments les plus importants du diagnostic, c'est précisément la période prodromique. En effet, les gens atteints de granulie pâlissent peu à peu, s'amaigrissent, perdent chaque jour de leurs forces sans cause appréciable, avec ou sans fièvre, mais assez souvent avec une élévation de la température.

C'est ainsi qu'un certain nombre de jeunes filles nous sont amenées comme des sujets chlorotiques, avec une température élevée, voisine de 40 degrés, la peau chaude, sans que l'on puisse constater encore aucun phénomène thoracique, et de ce fait, dans nombre de cas, vous pouvez considérer ces prétendues chlorotiques comme des jeunes filles au début d'une tuberculisation granuleuse aiguë. Le plus souvent les évènements à venir vous donneront raison.

Hier encore on m'amenait dans mon cabinet une jeune fille que l'on soignait jusqu'alors comme une chlorotique, pâle, amaigrie, le pouls fréquent, la peau chaude, avec une température de 39°,5. A l'auscultation et à la percussion, je ne trouvai aucun signe particulier, aucun phénomène thoracique. Néanmoins je redoute chez elle ces mêmes accidents de tuberculisation aiguë.

Mais, pour en revenir à notre malade du service, nous n'avions aucun de ces phénomènes, rien d'un semblable état général, lorsqu'elle a contracté, il y a trois semaines, une grippe sans accidents fébriles accentués. Donc pas de granulie, mais une fièvre typhoïde au quatrième jour survenue pendant le cours d'une autre affection.

La maladie première n'est pas une cause d'aggravation de l'affection intercurrente; quelquefois même c'est le contraire qui se produit, et, lorsque les organes pulmonaires n'ont pas été atteints primitivement, ils se trouvent pris pendant le cours de la seconde maladie.

Cette jeune fille nous présente en outre une légère bouffissure de la face, sans que celle-ci s'accompagne d'aucune altération des urines; pas d'albuminurie. Elle ne paraît pas strumeuse, elle est sans aucune trace de ganglions cervicaux; les petites cicatrices, que l'on remarque au cou, ne sont que les traces d'une ancienne variole, dans son jeune âge, et dont on retrouve aussi quelques marques très-peu nombreuses et disséminées sur le bas de la figure.

Ces petites cicatrices sont assez importantes à bien reconnaître, car, en raison de leur siège, on pourrait quelquefois les prendre au premier abord pour des marques de scrofule.

Cette bouffissure de la face, nous la retrouvons aussi dans certaines conditions chez la vieille femme du n° 5, entrée également hier. Hystérique encore à soixante-dix ans, elle est venue pour un peu de bronchite et de l'emphysème pulmonaire. Sa bouffissure n'a pas non plus d'origine rénale.

Cette femme nous raconte qu'elle éprouve de temps à autre des démangeaisons par tout le corps, véritable prurit sans aucune saillie, dû à un urticaire anomal en ce sens qu'il ne s'accompagne pas de ses caractères ordinaires.

Du reste, chez les vieillards, comme parfois, mais plus exceptionnellement, chez les jeunes gens, l'urticaire chronique se manifeste seulement par une bouffissure particulière de la face, prédominant sur les paupières et s'accompagnant d'une sensation brûlante et de prurit sur toute la surface du corps.

C'est ce qui se passe ici, et, ce qu'il y a d'intéressant, c'est la coïncidence de cet urticaire avec la bronchite. Ces deux maladies ont une origine identique, elles ne sont qu'une manifestation de la diathèse arthritique dont cette femme est atteinte. Quant à la jeune fille, sa bouffissure pourrait avoir aussi pour cause quelque urticaire dont elle serait également la seule manifestation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° un travail manuscrit de M. Constantin (de Contre) sur la diphthérie; 2° une note de M. le docteur Mandon (de Limoges) intitulée : Lypémanie déterminée par un phimosis congénital, guérison des deux affections par un procédé opératoire nouveau, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant; 3° une lettre de M. Petit, candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

PRÉSENTATIONS

M. BOURDON présente, au nom de M. le docteur Mougeot, une note sur les suites lointaines de la trachéotomie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccination obligatoire. La parole est à M. Fauvel.

DISCUSSION SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE

M. FAUVEL. Grande a été notre surprise quand, au moment de répondre à la question posée à l'Académie, nous avons entendu M. Depaul protester contre les conclusions favorables à l'obligation. On a pu voir combien M. Depaul a été embarrassé quand il a essayé de concilier ses opinions relatives à la vaccination et à la nécessité de réformer le service actuel avec les considérations d'ordre secondaire, et étrangères à la question posée à l'Académie, qui ont motivé son opposition. L'opposition de notre collègue est très-regrettable par le fait de la notoriété attachée à son nom. Les adversaires de la loi en dehors de l'Académie proclameront que M. Depaul est contraire à la loi, et le public ne manquera pas de conclure que M. Depaul n'est pas favorable à la vaccination.

Dans ces conditions, il m'a paru impossible de me taire. Voyons d'abord quel est le caractère de la question posée par le gouvernement.

En cas de réponse affirmative, on ne demande pas à l'Académie de se prononcer sur la sanction pénale. La commission, dans ses conclusions, s'est renfermée strictement dans le sens médical de la question. A ce point de vue, notre collègue ne nie aucunement les bienfaits de la vaccination, mais il ne veut pas qu'elle soit rendue obligatoire.

Pourquoi cette opposition ? Par un motif d'ordre moral, au nom de la liberté individuelle et de l'autorité du père de famille.

La commission, par l'organe de M. Blot, a combattu cette doctrine. En présence des obligations édictées dans tous les pays civilisés dans un intérêt public, comme le service militaire, les quarantaines, etc., les scrupules de M. Depaul, en tant que fondés sur ce principe, ne sont pas acceptables.

La seule question qui doive préoccuper l'Académie est celle de savoir si, au point de vue médical, l'intérêt public attaché à la vaccination est assez considérable pour motiver une restriction à la liberté individuelle, c'est-à-dire une obligation légale. Sur ce point, il ne peut rester aucun doute au sein de l'Académie. Quant à se prononcer sur les moyens extra-médicaux inscrits ou à inscrire dans le projet pour assurer l'obligation, cela n'est pas de la compétence de l'Académie. Nous pourrions donc nous dispenser de suivre M. Depaul sur ce terrain, mais nous ne voudrions pas laisser croire que ses arguments nous aient touchés. Avant d'aborder cette discussion, il nous faut bien établir les motifs qui ont dicté les conclusions de la commission, d'autant plus qu'il importe qu'en cette occasion l'Académie fasse connaître son sentiment sans aucune hésitation.

La commission, non contente d'affirmer avec M. Depaul l'importance de la vaccination, a ajouté que cette importance avait un caractère tel d'intérêt public qu'il était urgent qu'une loi, avec sanction pénale, rendît la vaccination obligatoire.

C'est ici que se produit notre désaccord avec M. Depaul, qui croit impossible d'appliquer l'obligation prescrite dans l'état actuel du service de la vaccine en France.

Nous admettons, contrairement à cette manière de voir, que les améliorations réclamées dans le service de la vaccine sont le corollaire rigoureux de l'obligation légale.

Nous n'hésitons pas à déclarer que l'espoir d'obtenir les réformes voulues pour étendre les bienfaits de la vaccine sans l'obligation est une pure illusion.

De là, M. Fauvel, passant à la critique adressée à la sanction pénale, montre que M. Depaul a manqué dans cette circonstance de sa sagacité ordinaire. Quant à son objection à l'égard de la prescription qui oblige à présenter le certificat de vaccination sur toute réquisition du premier agent venu, ce n'est qu'une agréable plaisanterie. M. Fauvel s'attache enfin à démontrer, contrairement à l'opinion de M. Depaul, que l'obligation avec sanction pénale n'est ni odieuse ni vexatoire. Certes, ajoute-t-il, l'application de cette loi rencontrera des difficultés, mais ces difficultés ne sont pas aussi grandes que le suppose M. Depaul. Nous comptons surtout sur les conséquences de l'obligation légale au point de vue du service de la vaccine. M. Depaul devrait être d'accord avec nous là-dessus.

Enfin, admettant un instant qu'aux yeux des juristes la loi en question, reconnue par nous nécessaire au point de vue médical, rencontre dans son application des obstacles insurmontables, ce n'est pas à nous, médecins, qu'il appartient de le dire.

Quant à la prétendue contradiction à l'endroit de la revaccination, elle n'existe pas; la commission n'a pas dit qu'il suffirait que la revaccination fût encouragée. Ce qui l'a déterminée à ne pas confondre au même titre la vaccination et la revaccination, c'est qu'il lui a paru que, si dans la pratique l'obligation était facilement applicable pour la vaccination, il n'en était pas de même pour les revaccinations.

M. Fauvel termine en résumant son argumentation en ces termes:

Le Gouvernement demande à l'Académie si elle est d'avis que la vaccination et la revaccination soient d'un intérêt public assez considérable pour être rendues obligatoires.

Votre commission, moins un de ses membres, a répondu sans hésitation par l'affirmative en restant dans les limites de sa compétence, c'est-à-dire sur le terrain médical, et laissant aux juristes le soin de déterminer jusqu'à quel point et par quels moyens l'obligation est applicable.

A l'appui de son opinion sur l'intérêt de premier ordre qui s'attache à la vaccination, elle a vu dans l'obligation individuelle l'obligation corrélative pour les pouvoirs publics de rendre la vaccination d'un accès facile à tous et d'en entourer l'application de toutes les garanties désirables.

La commission a indiqué les principales réformes à accomplir et a montré que, moyennant un crédit convenable, il serait facile, à bref délai, d'opérer ces réformes. A ses yeux, c'est la condition *sine quâ non* de l'application de la loi.

Vous avez entendu l'exposé des motifs pour lesquels M. Depaul a refusé de s'associer aux conclusions de la commission, et vous avez remarqué que ces motifs sont tous tirés de considérations étrangères à la question posée à l'Académie et à la compétence de M. Depaul. Nous avons la persuasion de les avoir victorieusement combattus, d'avoir montré l'incohérence des arguments invoqués par M. Depaul, et comment, sous l'empire d'une idée malheureuse, il en est venu à sacrifier ses convictions médicales, c'est-à-dire les bienfaits de la vaccine.

C'est pourquoi, sans insister davantage et tout en regrettant de n'avoir pas le concours de notre éminent collègue, je suis convaincu que l'Académie passera outre et adoptera, pour ainsi dire par acclamation, la réponse favorable proposée par la commission à la demande du Gouvernement.

M. J. GUÉRIN. En chargeant une commission de préparer la réponse à faire à M. le ministre au sujet de la vaccine obligatoire, l'Académie a dû avoir en vue d'obtenir une étude sérieuse et impartiale de la question, c'est-à-dire dans laquelle toutes les raisons pour et contre seraient exposées avec la compétence reconnue à chacun de ses membres et de manière à laisser à l'Académie le soin et la liberté de conclure. Au lieu de cet exposé, nous avons entendu un plaidoyer chaleureux en faveur de la vaccine et une conclusion, dictée plus par le sentiment de son utilité que par une discussion longue et réfléchie, des motifs capables de la faire admettre ou repousser comme pratique obligatoire.

La glorification de la vaccine, on l'a déjà fait remarquer, était chose superflue. Je puis me prévaloir, à mon tour, de tous les efforts que j'ai faits et n'ai cessé de faire depuis mon entrée à l'Académie en faveur de cette glorieuse et utile conquête, pour qu'on ne se méprenne pas sur le rôle que je vais prendre à l'endroit de la proposition qui nous est soumise. Je vais en effet chercher à démontrer que la mesure proposée de rendre la vaccine obligatoire n'est pas seulement inutile, impraticable et attentatoire à toutes les libertés, mais qu'elle est contraire encore aux progrès de la science, aux prérogatives de la profession et à l'intérêt même de la vaccine. Je veux arriver à cette conclusion par un exposé impartial et aussi complet que possible des opinions et des faits relatifs à la question.

Aux trois ordres de faits invoqués par la commission, on peut opposer autant d'ordres de faits contraires :

1° Ni la Belgique, ni l'Italie, ni l'Espagne, ni la Hollande, ni la Russie, ni l'Autriche, ni la Hongrie, ni les États-Unis, n'ont adopté jusqu'ici la vaccine obligatoire ;

2° Le dernier et tout récent congrès des médecins allemands d'Eisnach (1879) l'a repoussée avec énergie, quoiqu'elle eût obtenu la sanction légale par le Reichstag de Berlin en 1874 ; le Conseil royal de santé d'Espagne et, plus récemment encore, le congrès d'hygiène de Gênes (1880) l'ont déclarée inutile et contraire aux intérêts de la vaccine ;

3° En ce qui concerne les statistiques invoquées par la commission, il n'est pas seulement possible et juste de leur opposer des statistiques contradictoires, on peut encore, en quelques mots, en montrer les insuffisances et les méprises.

[Ici M. J. Guérin analyse les statistiques présentées par le docteur Flinzer au congrès d'Eisnach, celle du docteur Oidtmann (de Linnich), de Tebb (de Londres), de Vogt (de Berne), etc.]

De quelques-unes de ces statistiques il résulterait que ce seraient les sujets vaccinés et revaccinés qui auraient eu le triste privilège de contracter les premiers la variole au début de l'épidémie, priorité contrastant avec une immunité proportionnellement plus considérable des non vaccinés au milieu des foyers épidémiques. Ces résultats, ajoute M. J. Guérin, sont évidemment sujets à grande réserve, car ils ont été fournis par la statistique, ce qui doit mettre en garde aussi bien contre les relevés invoqués par la commission que contre ceux qu'elle a négligés. C'est la seule conclusion que j'en veuille tirer pour le moment.

Les précédents et les renseignements allégués par la commission : législation, académies, sociétés savantes, congrès, statistiques, auraient donc dû être complétés, comme nous venons de le faire, et réduits à leur valeur relative, c'est-à-dire à de simples opinions contradictoires, n'aboutissant jusqu'ici à aucune démonstration sérieuse et rendant nécessaire de recourir à d'autres motifs de détermination.

La commission de l'Académie n'aurait-elle pas dû s'inspirer de l'ordre de considérations qui est son domaine propre, exposer à la compagnie le résultat de son étude, et motiver de cette façon devant elle la conclusion qu'elle lui conseillerait de porter ailleurs ? C'est ce qu'elle n'a pas fait. Cherchons donc à suppléer, jusqu'à un certain point, à cette abstention.

La vaccine, toute précieuse qu'elle est, n'a pas dit son dernier mot. Elle n'est qu'un remède transitoire, empirique. On s'occupe partout à découvrir son action mystérieuse et on s'ingénie à remédier à ses insuffisances. La vaccine n'est donc encore, dans l'évolution de l'idée scientifique à laquelle elle se rapporte, qu'un simple moyen prophylactique provisoire en face d'une terrible maladie dont on ignore la cause et, par conséquent, le véritable remède. Cette double recherche, — on ne saurait le méconnaître, — est une des préoccupations de notre époque, et il ne manque pas de praticiens déjà qui croient avoir trouvé le moyen de remplacer la vaccine, — qu'ils soupçonnent de certains méfaits, — par des méthodes arrivant plus directement, suivant eux, à expulser de l'économie le principe varioleux. Je n'ai pas besoin de le dire, il n'y a encore là que matière à présomptions, mais cependant un sujet d'études sérieuses, dont il n'est permis à personne de prévoir l'issue et dont nul n'a le droit de proclamer la stérilité absolue. Quant à moi, je crois fermement qu'on arrivera tôt ou tard à cette double conquête. Eh bien, une Académie qui a pour principe d'encourager le progrès peut-elle s'associer à une déclaration, à une sorte de *veto*, qui aurait implicitement pour résultat de la placer en travers de l'avenir, d'arrêter la recherche de la vraie cause de la variole et du vrai remède à lui opposer, en proclamant l'obligation de s'en tenir à un remède empirique, déjà battu en brèche de bien des côtés. L'Académie, dans la souveraineté de ses lumières et de son indépendance, devrait donc considérer cette nécessité imposée aux populations et, indirectement, aux médecins, comme une barrière à la recherche scientifique et au progrès de la thérapeutique de la variole.

Mais allons plus loin. Le diplôme du médecin lui donne le privilège, c'est-à-dire le droit, de choisir ses remèdes, de les administrer quand et où cela lui convient ; il ne relève que de la science et de sa conscience. Or, aujourd'hui déjà, beaucoup de médecins ne croient plus à la vaccine ; le nombre des hérétiques pourra augmenter encore ; ceux-là ne voudront pas vacciner, ils dissuaderont leurs clients de faire vacciner leurs enfants. Qui leur enlèvera ce droit, et quelle justice entrera en conflit avec l'autorité du médecin pour juger entre son droit imprescriptible et l'obligation imposée à son client? Il ne s'agit pas encore de la liberté du citoyen livrée à l'arbitraire de la loi : c'est la liberté du médecin couvrant de sa volonté et de son droit la liberté de son client. Ainsi considérée, la vaccine obligatoire serait donc une atteinte à la liberté professionnelle, et une source de conflit perpétuel entre le droit du médecin et l'arbitraire de la loi. Il y a là matière à des contestations judiciaires, lesquelles ont déjà surgi dans les pays où la vaccine est obligatoire.

Je quitte ces considérations, empruntées à l'ordre spéculatif, pour rentrer plus directement dans l'ordre pratique.

A propos des épidémies de variole, on les a invoquées comme une sorte d'épouvantail au profit de la vaccine obligatoire : mais il y aurait à demander à cette machine de guerre sa véritable signification ; si c'est bien de la contagion individuelle seulement que *vient tout le mal*, ou si le *quid divinum* hippocratique n'apporte pas un contingent plus sérieux dans la pathogénie des épidémies. Il ne s'agit pas ici d'une recherche d'étiologie générale, mais du principal motif invoqué par ceux qui disent, avec raison, qu'on n'a pas la liberté de répandre les maladies, mais auxquels on peut répondre, avec non moins de raison, que nul n'a la liberté de violenter la liberté des autres et de les obliger à se soumettre à une pratique

qu'ils considèrent comme dangereuse, même pour ceux qui la patronnent et la prescrivent.

Je dois ajouter même, pour être complètement impartial sur ce point, que bon nombre de médecins autorisés ne sont pas sans regarder la vaccine, et surtout les revaccinations en masse, comme un élément reproducteur de la variole, comme un foyer d'infection qui attise et accroît les foyers d'infection primitifs. Il en est qui ont cité les 150,000 revaccinations pratiquées durant le siège de Paris comme une des causes peut-être des effroyables désastres de l'épidémie de 1870 à 1871.

Mais que l'Académie ne s'y méprenne pas: dans ce rappel d'opinions si contestables et si contestées, elle ne doit voir qu'une preuve d'impartialité envers des idées que je suis loin de partager, mais qui prouvent, une fois de plus, que la discussion sur la matière reste toujours ouverte, et qu'il serait téméraire et arbitraire de fonder sur ce sable mouvant l'édifice d'une légalité non suffisamment justifiée.

Mais il est, à l'établissement de la vaccine obligatoire, un inconvénient plus direct, auquel personne n'a songé jusqu'ici. On attend de cette pratique imposée une application plus étendue et plus complète de la vaccine. Il m'est avis que c'est le contraire qu'on obtiendrait. Il faut partir de cette vérité que, si l'indifférence et la négligence des populations ont été un obstacle à l'adoption générale de la vaccine, c'est par la persuasion et le zèle toujours croissant des comités, des conseils d'hygiène, des académies, et la confiance du public et des médecins dans la vaccine, qu'elle a conquis le plus grand nombre des esprits. Qu'arrivera-t-il lorsqu'on l'imposera? Elle deviendra une source d'ennuis, de froissements et de résistances.

Les critiques, les dénégations, les oppositions d'une minorité, disséminée jusqu'ici, formeront bientôt le parti compacte de la résistance. Ce qui n'est aujourd'hui qu'une opinion individuelle deviendra demain une passion collective, et la confiance établie par la persuasion et l'exemple fera place à un protestantisme d'une nouvelle espèce. Cela n'est pas une hypothèse, c'est la loi de l'esprit humain : la résistance croît avec la contrainte, et la vaccine court grand risque, dans cette lutte d'une erreur invoquant la liberté contre une vérité imposée par la violence, de perdre tout le prestige de ses bienfaits.

La commission a été si frappée des inconvénients ou plutôt des impossibilités de la revaccination imposée, qu'elle n'a pas osé la maintenir avec la première vaccination. Mais ce désaveu de la revaccination obligatoire est une contradiction flagrante de la commission.

Je n'insisterai ni sur les difficultés pratiques des vérifications, ni sur les oppositions qui résulteraient de l'origine du virus vaccin.

Mais il est une dernière conséquence des revaccinations, si elles étaient rendues obligatoires, qui n'a peut être pas été suffisamment mise en relief.

La France possède 40,000,000 d'habitants : tous, après avoir été vaccinés une première fois, devraient être revaccinés. Or, si, comme on l'a proposé, on adopte le terme de sept ans comme chiffre de la durée probable de la préservation, il y aurait à multiplier le chiffre de 40,000,000 par autant de fois sept ans que durerait la vie de chaque vacciné. On arriverait ainsi à des chiffres impossibles de revaccinations, c'est-à-dire de vexations obligatoires, et la commission y a renoncé. Mais là n'est pas encore la principale difficulté : cette difficulté, la voici. En ne rendant pas obligatoire ce chiffre respectable de revaccinations, on abolit du même coup le motif de l'obligatoriété de la première vaccination.

J'ai la conviction d'en avoir dit assez pour montrer combien est contraire à toute espèce de motif sérieux la proposition de rendre la vaccine obligatoire, et combien elle serait contraire à tous les intérets que l'Académie a le devoir de protéger. Me sera-t-il permis d'ajouter encore quelques mots en faveur d'un autre intérêt qui nous touche tous plus particulièrement?

En consultant l'Académie, les grands pouvoirs de l'État ne se sont pas engagés à accepter sa résolution comme obligatoire. La Chambre pèsera nos motifs avec considération, avec respect, mais elle n'abdiquera pas devant notre opinion. Les hommes qui la composent, ayant différents ordres d'intérêts à défendre et à mettre d'accord, feront entrer en ligne de compte les charges considérables qu'imposerait au budget la mise en pratique d'un système dont les résultats ne lui paraîtraient pas proportionnés aux sacrifices qu'ils exigeraient. Si telle devait être la conséquence de l'intervention de l'Académie, ne vaudrait-il pas mieux pour elle, et pour l'institution de la vaccine, faire attribuer à la propagation utile de cette dernière une partie de la contribution qui serait refusée au système trop onéreux de la vaccine obligatoire? A cette restriction, tous les membres de cette Académie se rallieraient, et nul doute que la Chambre, jugeant mieux le mérite d'une pratique dont on apprécie les bienfaits jusqu'à vouloir l'imposer à la liberté, accorderait à des besoins légitimement et unanimement reconnus ce qu'elle serait autorisée à refuser à des opinions contestées et à une mesure considérée par quelques-uns comme inutile, arbitraire et vexatoire.

A quatre heures trois-quarts, l'Académie se forme en comité secret.

M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser la circulaire suivante aux présidents des Sociétés de médecine et de chirurgie de Paris.

Paris, 28 mars 1881.

Monsieur le Président,

Les Sociétés savantes des départements assistaient seules, par le passé, aux réunions annuelles de la Sorbonne. L'absence très-regrettable de celles de Paris ne pouvait que nuire à l'intérêt, à l'éclat et à l'ensemble de ces manifestations scientifiques. Il était difficile aux savants de la province, rassemblés sans leurs collègues si distingués de Paris, de trouver dans ces rendez-vous confraternels tout le profit qu'ils étaient en droit d'en attendre.

Aussi ai-je pensé, Monsieur le Président, qu'un appel aux Sociétés savantes de Paris serait entendu et qu'elles s'empresseraient de se joindre aux Sociétés des départements, pour apporter aux réunions de la Sorbonne le concours de leurs lumières, et pour donner un témoignage de leur sympathie à des hommes qui, sur les points les plus reculés de la France, savent se consacrer à l'étude.

Je me propose de régler et de modifier plus tard la distribution et la forme des travaux dans nos réunions annuelles. Cette année, il y sera fait des rapports soit écrits, soit verbaux, et la part qu'y voudraient bien prendre les Sociétés de Paris donnerait aux séances un caractère d'élévation et d'ampleur que n'oublieraient par leurs témoins, et qui serait certainement utile à l'avancement des études scientifiques.

Je vous prie, Monsieur le Président, de communiquer aux membres de votre Société l'invitation pressante que j'ai l'honneur de vous adresser. Vous voudrez bien me prévenir, avant la fin du mois s'il se peut, du nombre de ceux qui se promettent d'assister aux réunions de 1881. Je m'empresserai de vous envoyer pour eux une carte d'entrée.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le Président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Jules Ferry.

Pour copie conforme :
Le chef de la division du secrétariat,
Charmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Sont désignés pour passer dans le service hospitalier :

Médecine. — MM. les médecins-majors de première classe :

Debaussaux, Chassagne, Maurin, Semanne, Driout, Bertele, Perrin et Roy;

MM. les médecins-majors de deuxième classe: Dubarry, Annesley, Coustan, Salomon, Bressy, Pierrot, Eichinger et Quod.

Chirurgie. — MM. les médecins-majors de première classe: Jeanmaire, Haro, Brachet, Ducelliez et Willigens;

MM. les médecins-majors de deuxième classe: Gentit, Boucher, Lemardeley, Jourdan, Boppe et Baudouin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Fauconnier, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Fauvel, démissionnaire.

M. Villain (Georges-Jules-Frédéric), né à Paris le 24 février 1859, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Brongniart, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Hamelin, agrégé libre, est chargé, pour une période de dix années, du cours annexe des maladies des vieillards, en remplacement de M. Grasset, appelé à d'autres fonctions.

M. Mossé, agrégé, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-81, du cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Villard, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne en remplacement de M. Bertulus, décédé.

M. Duranty, suppléant, est nommé professeur d'anatomie pathologique en remplacement de M. Villard, appelé à d'autres fonctions.

— *École normale supérieure.* — M. Bonnier (Gaston), maître de conférences de botanique, est chargé, en outre, des fonctions de maître de conférences de géologie, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1880-1881.

— M. le docteur Rauque est nommé médecin-adjoint au lycée de Nevers (emploi nouveau).

— Les vacances de Pâques commenceront le lundi 11 avril 1881. La session de licence commencera le 25 avril, les cours et les conférences seront suspendus pendant la durée de cette session; ils reprendront seulement le lundi 2 mai 1881.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 avril à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique. 1° Constitution médicale du mois de mars. Policlinique. 2° Discussion sur le meilleur mode de nomination des médecins des bureaux de bienfaisance. 3° Lecture du rapport de M. Le Maguet sur la vaccination et revaccination obligatoires. 4° Rapport sur le service du bureau de bienfaisance, par M. Commenge.

— M. le docteur Dieulafoy, agrégé, suppléant M. le professeur Charcot, commencera le cours d'anatomie pathologique le samedi 9 avril 1881, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11023.

N° 42. — SAMEDI 9 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 9 AVRIL 1881. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Lésions pulmonaires consécutives à la pleurésie ; pneumonie pleurogène.

L'une des lois de la pathologie les mieux établies, peut-être, est celle de l'influence réciproque qu'exercent les unes sur les autres les lésions des séreuses d'enveloppe sur les viscères enveloppés et celles des viscères sur leur séreuse enveloppante. Il s'en faut cependant que tout soit bien connu sur ces relations pathogéniques. Certains points d'anatomie pathologique et de clinique demandent encore à être éclaircis. Un jeune confrère, l'un des plus distingués et des plus méritants parmi les derniers internes sortants des hôpitaux, devant qui s'ouvrait largement le plus brillant avenir brisé en un instant par un crime exécrable, André Poulin, dont le nom seul évoquera longtemps encore les plus sympathiques souvenirs, avait entrepris dans sa première œuvre, qui devait, hélas! être la dernière (1), de jeter quelque jour sur plusieurs de ces points restés obscurs. Nanti des observations qu'il avait recueillies dans plusieurs des services auxquels il avait été attaché, notamment dans celui de son maître bien-aimé, M. Laboulbène, et imbu de la lecture des travaux accomplis dans ces derniers temps sur ce sujet par M. Brouardel d'abord, puis plus récemment par M. Charcot et par MM. Potain et Homolle, il a étudié au double point de vue anatomo-pathologique et clinique les relations des séreuses avec les viscères dans les organes thoraciques, plèvre et poumon, péricarde et cœur, et dans la cavité abdominale, péritoine et foie.

Ne pouvant suivre l'auteur dans les diverses parties de cette étude, nous nous bornerons pour le moment à résumer quelques-uns des points principaux relatifs aux organes pulmonaires.

On sait que l'atrophie du poumon est un phénomène commun à la suite des pleurésies chroniques ; mais la manière dont elle se produit présente à l'étude des différences selon qu'il s'agit de pleurésies sèches et subaiguës dès l'origine ou de pleurésies s'accompagnant rapidement d'un épanchement considérable. Ce sont ces différences dans l'évolution des lésions pulmonaires consécutives que notre regretté confrère a étudiées dans cette partie de son travail.

Les pleurésies les plus communes, sans contredit, les pleurésies sèches et subaiguës, dans lesquelles les deux feuillets s'unissent pour former une symphyse pleurale plus ou moins étendue, sans qu'il y ait eu refoulement préalable du poumon, n'entraînent point, le plus souvent, l'atrophie de cet organe et n'entravent point sensiblement son fonctionnement. Cependant il n'en est pas toujours rigoureusement ainsi. Dans quelques circonstances, le tissu fibreux qui environne le poumon venant à s'épaissir et à devenir rétractile, le tissu pulmonaire finit par se trouver entraîné et comprimé par cette coque fibreuse qui tend toujours à se rétracter. L'atrophie se produit dans ce cas lentement. On trouve dans ce travail une observation très-intéressante à cet égard, due à l'un des camarades d'internat de l'auteur, M. Barth, dans laquelle une double pleurésie sèche tuberculeuse avait déterminé lentement une atrophie des poumons et des lésions cardiaques consécutives.

Dans les pleurésies avec épanchement, le poumon étant libre d'adhérences, on observe tout d'abord une atrophie rapide, un refoulement du poumon produits par l'épanchement. Si le liquide disparaît promptement, les alvéoles simplement comprimées se dilatent de nouveau et le malade peut guérir en peu de temps.

Dans d'autres circonstances, au contraire, la maladie se prolonge, la plèvre viscérale s'épaissit, l'atrophie passagère du début devient permanente, le poumon ne peut plus se dilater et il ne tarde pas à subir des lésions profondes. Ce sont ces lésions consécutives qui ont fait l'objet spécial de cette étude.

Lorsque l'atrophie du poumon est devenue définitive et permanente et que le poumon atrophié est fixé dans la gouttière costo-vertébrale, une coque fibreuse, de plus en plus épaisse, de plus en plus inextensible, va se former autour du poumon, dont elle empêche absolument la dilatation. La plèvre viscérale très-épaissie, peut être constituée par un tissu fibreux dépourvu de vaisseaux. André Poulin, en pratiquant des coupes perpendiculaires à la surface du poumon chez un sujet mort de pleurésie purulente, a constaté que la plèvre viscérale avait une épaisseur de plus de 1 centimètre. Le poumon était très-atrophié, une cavité énorme séparait ce moignon pulmonaire de la paroi thoracique. Il y avait

(1) *Étude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses*, par André POULIN. Brochure in-8°. Paris, chez G. Masson.

des tubercules en assez grande abondance dans les deux poumons et un pneumothorax s'était produit dans les derniers temps de la vie. Enfin, et c'est là surtout le fait qu'il tenait à faire remarquer, la coque fibreuse pleurale dans laquelle se trouvaient des granulations tuberculeuses ne contenait pas de vaisseaux; on ne voyait sur une coupe aucun orifice vasculaire, ce qui paraît se présenter fréquemment chez les phthisiques.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur les déformations du thorax consécutives à l'atrophie du poumon.

Un autre point important, objet d'observations nouvelles, que l'auteur a abordé dans ce travail, c'est cette pneumonie secondaire que l'on a désignée récemment sous le nom de pneumonie pleurogène. Ce nom a été donné par M. Charcot à ces pneumonies secondaires chroniques, interstitielles, développées consécutivement à une inflammation chronique de la plèvre, sur lesquelles M. Brouardel avait déjà appelé l'attention dans une communication à la Société médicale des hôpitaux.

De même que la pneumonie chronique peut avoir son origine dans une inflammation chronique des bronches ou bien succéder à une véritable pneumonie lobaire ou lobulaire, de même l'inflammation initiale peut siéger dans la plèvre. A l'appui de cette proposition, André Poulin cite l'opinion de M. Charcot, qui fait jouer un grand rôle à la disposition du système lymphatique pour expliquer le développement de ces inflammations interstitielles secondaires. L'inflammation, dans ce cas, se propagerait suivant les cloisons interlobulaires. Les lésions observées dans ces circonstances montrent, en effet, que de la plèvre viscérale partent des languettes de tissu fibreux constituées par des cloisons interlobulaires épaissies et qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'intérieur du poumon. L'inflammation peut s'étendre et gagner les parois lobulaires et alvéolaires; mais, au début, la pneumonie d'origine pleurale est essentiellement constituée par ces aiguilles fibreuses coniques dont la base répond à la plèvre viscérale et dont le sommet se perd dans l'épaisseur du poumon.

M. Charcot a signalé encore cette particularité intéressante de l'histoire de cette sclérose pulmonaire consécutive à la pleurésie : c'est qu'elle ne s'accompagne pas de dilatation des bronches, comme cela a lieu dans la pneumonie chronique d'origine bronchique. D'où cette conséquence que ce n'est pas à la rétraction du tissu fibreux qu'il faudrait attribuer le rôle principal dans la production de la dilatation bronchique, comme cela a été avancé, mais bien à une lésion même des parois des bronches.

Les symptômes qui sont plus particulièrement en relation avec l'état de refoulement, d'atélectasie du poumon dans le cours d'une pleurésie avec épanchement abondant et que tout le monde connaît, disparaissent généralement en partie, ou se modifient tout au moins profondément après que l'on a vidé la poitrine par la thoracentèse.

C'est là l'indice le plus certain que la plèvre n'est pas encore épaissie, que le poumon momentanément comprimé n'est point encore altéré dans sa texture et qu'il a récupéré son élasticité, sa double perméabilité au sang et à l'air, en un mot, qu'on n'a encore affaire qu'à une pleurésie aiguë. Mais lorsque, après l'évacuation du liquide thoracique, les signes stéthoscopiques persistent ou changent peu, c'est le meilleur signe de l'atrophie du poumon liée à l'épaississement de la plèvre, par conséquent d'une pleurésie déjà ancienne.

Ce dernier état constaté peut cependant se modifier à la longue, le poumon étant encore susceptible d'un certain degré d'expansion. Mais, lorsqu'il persiste, la lésion pulmonaire est devenue incurable. Un signe permet de diagnostiquer jusqu'à un certain point cet affaissement du poumon bridé par la plèvre épaissie; c'est l'abaissement brusque de la tension pleurale pendant même la thoracentèse ou à la fin de l'opération, tension qui a été dans ces derniers temps l'objet d'études importantes en Allemagne et en France, notamment de la part de MM. Potain et Homolle.

Voici quelques-uns des signes physiques de cet état ultime sur lesquels l'auteur a surtout insisté : persistance de la matité dans la plus grande étendue de la poitrine; à l'auscultation, souffle mêlé de râles parfois nombreux et à bulles assez grosses dans une étendue variable; ailleurs, silence presque absolu dans tout le côté malade, la respiration s'entendant à peine même au sommet.

L'existence des râles se lie à l'inflammation des bronches qui accompagne la sclérose du poumon, les bruits bronchiques étant transmis à travers le parenchyme pulmonaire induré.

Ailleurs le phénomène capital, essentiel, dans ces atrophies des poumons, est le silence de la respiration. Chez un malade du service de M. Laboulbène, dont l'observation est rapportée dans ce travail, le silence était complet dans presque toute la hauteur, la respiration très-affaiblie même au sommet.

Cette diversité dans les symptômes, présence de râle dans un cas, absence complète de tout bruit respiratoire dans l'autre, s'explique, dans le premier cas, par l'existence d'une dilatation des bronches, tandis que, dans le second, non-seulement les bronches ne sont pas dilatées, mais elles sont, au contraire, rétrécies, aplaties, et participent elles-mêmes au travail d'atrophie.

Quand la plèvre contient du liquide, les signes qui doivent faire diagnostiquer la sclérose pleurale et la pneumonie consécutive sont : tout d'abord, la durée de la maladie; la persistance des signes physiques et l'absence du murmure vésiculaire après l'évacuation du liquide; enfin la diminution brusque de la tension intra-pleurale à la fin de la thoracentèse.

Il y a de tout cela une conclusion pratique à déduire, celle qu'en déduit André Poulin avec un grand nombre d'auteurs, avec M. Brouardel en particulier : c'est qu'il ne faut pas laisser le poumon comprimé par le liquide, et que, dans les pleurésies qui s'accompagnent d'un grand épanchement, la thoracentèse doit être pratiquée de bonne heure.

Les températures locales dans les affections chirurgicales.

Sous l'inspiration de ses maîtres, MM. Verneuil et Terrillon, M. le docteur Camille Parizot a entrepris dans le service de clinique chirurgicale de la Pitié une série de recherches sur les températures locales dans plusieurs affections chirurgicales, dont les résultats, bien qu'incomplets encore, nous ont paru cependant mériter d'être consignés dans cette Revue.

Les observations de M. Parizot ont porté principalement sur les tumeurs blanches, sur les hydarthroses, sur les entorses, sur les arthrites, sur les fractures anciennes et récentes, sur les atrophies musculaires consécutives aux affections articulaires ou osseuses, sur les hernies, les

orchites, les gommes, les épithéliomas, contusions, ecchymoses, etc.

Voici, très-sommairement, quelques-uns des résultats obtenus envisagés aux points de vue de leur application au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Au point de vue du diagnostic, les fongosités dans les tumeurs blanches ont présenté, dans les cas graves, une élévation de 4 à 5° sur la température de la région homologue du côté opposé.

L'hygroma s'est traduit par une élévation très-marquée au niveau de la bourse séreuse enflammée, beaucoup moins marquée sur les parties latérales.

Dans l'hydarthrose, l'élévation est généralisée à toute la région.

Dans un cas de hernie étranglée sphacélée, la température a paru abaissée de cinq dixièmes.

Le lipome a donné, au niveau de la région soulevée, une différence en moins de 3 degrés, avec les parties homologues.

Les gommes périostiques ont paru donner lieu à une faible augmentation de chaleur du côté malade et, un peu plus tard, à la suite du traitement, à une diminution.

Les abcès froids, qui ne sont froids que comparativement aux autres abcès, ont présenté une augmentation de température relativement faible (de 3 à 5 dixièmes).

Au point de vue du pronostic, M. Parizot s'est borné à la constatation d'un seul fait commun : c'est qu'en général le pronostic semble devoir être d'autant plus bénin que l'écart des températures entre les régions symétriques est moins accentué.

Enfin l'étude de la température locale lui a paru fournir quelques renseignements utiles sous le rapport des indications du traitement ; tels sont les suivants :

Dans les tumeurs blanches, lorsque l'écart entre les deux articulations homologues atteint 5 à 6 degrés, l'immobilisation absolue paraît indiquée.

Dans l'entorse, le traitement devra varier selon qu'on aura affaire à la première période ou à la deuxième période, l'élévation de la température qui se produit dès les premières heures qui suivent l'accident ayant son maximum pendant les quarante-huit premières heures, pour diminuer ensuite.

Dans les gommes périostiques, la température locale donnant un écart très-faible entre la région malade et la région opposée correspondante, confirme la nature syphilitique de la lésion et indique le traitement spécifique.

Intoxication mortelle par l'orpiment introduit dans une tumeur cancéreuse de l'aisselle.

M. le docteur A. Manouvriez (de Valenciennes) nous transmet la relation du fait suivant d'intoxication par l'orpiment (sulfure jaune d'arsenic) introduit dans une tumeur cancéreuse de l'aisselle, à l'occasion duquel il a eu à intervenir comme expert.

Une femme, âgée de quarante-un ans, opérée par instrument tranchant, dix-huit mois auparavant, d'un cancer du sein droit, atteinte, six mois après, de récidive dans les ganglions axillaires correspondants, se mit entre les mains d'un empirique, qui lui fit, une première fois, sur la tumeur, trois petites incisions, au fond desquelles il déposa trois fragments d'une pierre jaunâtre. Dans cinq autres opérations semblables faites successivement, cet homme appliqua deux, puis trois, sept, six et enfin trois morceaux du même agent.

A la suite de chaque insertion, cette femme éprouvait à l'aisselle des douleurs excessives, irradiant dans tout le membre supérieur, et, quatre ou cinq jours après, elle était prise de vertiges, de nausées et de selles diarrhéiques, jaunâtres, abondantes.

Dans les intervalles des applications les souffrances persistaient, mais à un moindre degré, et la malade se plaignait d'une douleur continue à la région dorsale. Elle avait, en outre, de l'insomnie et une grande faiblesse générale.

A partir de la dernière opération, qui avait été accompagnée et suivie de douleurs plus intolérables encore que les autres fois, la malade cessa de manger ; au quatrième ou cinquième jour, survinrent des selles diarrhéiques très-abondantes, avec vomissements jaunâtres comme les selles. Les vertiges devinrent plus accusés. Enfin, le neuvième jour de cette dernière application, les vomissements cessèrent, la diarrhée seule persistant ; la malade éprouva dans la nuit du malaise et de l'oppression. Le dixième jour, elle eut un refroidissement général progressif, avec de nouveaux accès d'étouffement et d'angoisse dans la nuit ; il survint du gonflement de la langue. Elle succomba dans la matinée du onzième jour avec des symptômes d'asphyxie. La connaissance avait été conservée jusqu'à la fin.

Il a été établi par l'expertise trois points, qui constituent l'intérêt principal de ce fait : 1° que les symptômes éprouvés par la malade à la suite de chacune des applications de la substance en question, et ceux notamment qui ont précédé et amené la mort à la suite de la dernière opération, étaient ceux de l'intoxication arsenicale ; 2° que les lésions anatomiques constatées à l'autopsie, conservation de l'embonpoint excluant la cachexie cancéreuse, taches livides de la peau, engouement et noyaux apoplectiques pulmonaires, exsudation pleurale séro-sanguinolente, dégénérescence graisseuse du foie dans lequel a été décelée la présence de l'arsenic, appartenaient encore à l'intoxication arsenicale chronique, avec des poussées subaiguës ; 3° enfin, que l'examen et les analyses, microscopique et chimique, du caustique retrouvé sur la plaie ont démontré que ce caustique était de l'orpiment.

REVUE DE LA PRESSE

Tumeur sanguine de la grande lèvre gauche chez une femme enceinte. — Une femme de quarante-trois ans, parvenue au neuvième mois de sa onzième grossesse, faisait une chute en passant sur une fosse à purin recouverte de lattes. Une des lattes s'étant cassée, elle resta accrochée par la jambe gauche. Presque immédiatement la grande lèvre gauche se tuméfie. M. le docteur Weill, de Haguenau, appelé auprès de cette femme, prescrit une application de sangsues et de compresses glacées. Le soir, la tumeur augmente ; elle est encore rénitente. Des crampes et des vomissements surviennent. Le lendemain, elle présente une teinte noirâtre ; son volume est énorme. Elle mesure 12 centimètres de longueur sur 14 de largeur ; l'ouverture du vagin est impossible à trouver, ainsi que la grande lèvre droite.

M. le docteur Weill pratique trois incisions, qui donnent issue à un demi-vase de caillots. La femme est prise de syncope ; hémorrhagie légère, application d'eau phéniquée glacée. Le soir, on retire une nouvelle masse de caillots ; le gonflement a diminué, Injections phéniquées. Une petite portion de la peau se gangrène.

Les jours suivants, les injections phéniquées sont continuées

trois fois dans la journée. Le gonflement diminue assez rapidement. Quinze jours après l'accident, la grande lèvre gauche était revenue à son état normal, et il ne restait de la lésion qu'une petite cicatrice provenant de la partie qui avait été gangrenée. Enfin, six jours plus tard, cette femme accouchait heureusement de son onzième enfant. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Excroissance villeuse de la vessie, ablation et guérison. — M. le docteur Davies Colley rapporte l'observation suivante : W..., âgé de trente-deux ans, a des hématuries depuis l'âge de huit ans. Les hémorrhagies, légères au début, sont devenues plus graves par la suite. Le sang apparaît tantôt au commencement, tantôt à la fin de la miction. Le cathétérisme de la vessie ne révèle la présence d'aucun calcul, et le toucher rectal ne fait percevoir aucune tumeur au niveau de la vessie.

Le docteur Colley fait alors une incision périnéale par laquelle il pénètre dans la vessie, et il arrive sur une tumeur villeuse pédiculée dont il pratique immédiatement l'ablation. Le malade se rétablit parfaitement et très-vite. Deux mois après l'opération, la guérison était complète.

Du reste, ces ablations de tumeur polypeuse ont été maintes fois suivies de succès. La principale difficulté en pareil cas est le diagnostic. Il n'existe en effet qu'un signe certain de la maladie, c'est la présence dans l'urine de quelques villosités rendues par le canal de l'urèthre. A côté de ce signe péremptoire, le meilleur est celui qui est fourni par les hématuries répétées pendant longtemps sans cause appréciable. (*Bulletin de thérapeutique.*)

De l'héméralopie (1) **dans les affections du foie.** — M. le docteur Parinaud a eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps, notamment à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital Beaujon et à son propre dispensaire, un certain nombre de cas d'héméralopie chez des malades atteints d'affection du foie. Il en a profité pour se livrer à quelques recherches spéciales sur la nature de la cécité nocturne, ce trouble oculaire que Forster a désigné sous le nom de torpeur rétinienne, caractérisée essentiellement par ce fait que la vision, qui est normale pendant le jour, devient très-défectueuse au crépuscule et à l'éclairage artificiel.

De ces études, M. Parinaud a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes, toutefois, a-t-il soin d'ajouter, avec les réserves qu'impose la saine observation : L'héméralopie dans les affections du foie est une complication qui ne semble pas très-rare. Elle se montre ordinairement par crises d'une durée variable, subissant l'influence de causes déterminantes accessoires. Elle est spéciale aux affections chroniques, à la cirrhose particulièrement. Elle se développe lorsque l'organe est déjà malade depuis un certain temps. Elle ne semble pas être produite par l'ictère, mais par une altération spéciale du sang, résultant du trouble de la fonction hépatique. Elle a une signification grave. Il est probable que, dans l'héméralopie dite essentielle, le trouble oculaire relève, comme dans les affections du foie, d'une altération du sang qui n'est pas celle d'une anémie vulgaire, et que cette altération retentit sur l'organe de la vue, en modifiant la sécrétion du pourpre visuel. (*Arch. de méd.*)

Anesthésie de la lèpre traitée par l'étirement des nerfs. — Aux faits que nous avons publiés à deux reprises différentes touchant l'action de l'étirement des nerfs dans certains états pathologiques (2), nous devons ajouter l'observation suivante.

Il s'agit d'un coolie indien, âgé de trente ans, qui entrait il y a peu de temps à l'hôpital Mayo de Lahore pour une lèpre anesthésique. Les plaques d'anesthésie se rencontraient au tronc et aux membres ; elles étaient surtout prononcées aux mains dans l'aire du nerf cubital, ainsi qu'aux jambes et à la face dorsale du pied. Les mains avaient perdu toute force, au point que, depuis six mois, cet homme avait été forcé de renoncer à ses occupations habituelles.

(1) L'étymologie complète de ce mot est: ἡμέρα, ἄλως, ὤψ. Littré a oublié le second de ces trois éléments (tache, suffusion blanchâtre). (*Note de la Rédact.*)

(2) Voir la *Gazette des hôpitaux*, nos 27 et 39, 5 mars et 2 avril 1881.

C'est dans ces conditions morbides que, après avoir été préalablement chloroformisé, il fut soumis à l'étirement successif des deux nerfs cubitaux et des nerfs sciatiques. Ces nerfs étaient épaissis, et le sciatique était adhérent au fascia du biceps. Les plaies produites par ces incisions furent soumises au pansement de Lister et guérirent par première intention.

L'opération produisit une amélioration rapide qui se manifesta tout d'abord par le retour de la force musculaire dans les mains. Cette amélioration fut même si prompte qu'en peu de jours cet homme pouvait reprendre ses travaux. Dans l'espace de douze jours, cet heureux résultat restait acquis, et la sensibilité était recouvrée, quoique incomplètement, dans tous les points précédemment anesthésiés. (*The Lancet.*)

Hématome du bras droit. — M. Le Dentu a eu l'occasion d'opérer récemment un homme de cinquante-deux ans, maçon, porteur d'un hématome volumineux du bras droit. La tumeur, située sur la partie moyenne de la région antéro-externe du bras droit, était de la grosseur des deux poings ; elle mesurait 18 centimètres de longueur sur 13 de largeur ; elle était mobile et fluctuante, sans adhérence à l'humérus, sans adhérence à la peau, qui était absolument saine. Trace de lobulation par un sillon transversal. Le malade ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire. Une ponction exploratrice n'ayant donné aucun résultat, M. Le Dentu, après avoir chloroformisé le malade, procède à l'ablation de la tumeur, qu'il croit pouvoir considérer, sauf quelques réserves, comme un sarcome. La tumeur était formée par une coque fibreuse épaisse, recouverte de quelques fibres musculaires dépendant du triceps et dont la poche était remplie de caillots fibrineux teintés en rouge pâle qui se détachèrent facilement. Elle ne renfermait aucune trace de production néoplasique quelconque, et la face interne de sa paroi était parfaitement lisse. Lavage phéniqué (solution forte), drains et pansement de Lister. Suppuration abondante du cinquième au neuvième jour ; fièvre modérée, le sixième et le septième jours exceptés où la température s'est élevée à 39° et même 40°,1. Enfin, dix-sept jours après l'opération, il ne restait plus qu'une toute petite plaie qui, dix jours plus tard, était complètement cicatrisée.

La tumeur était un hématome musculaire développé dans les fibres du triceps brachial, qui s'était formé spontanément en dehors de tout traumatisme et sans hémophilie du sujet. (*France médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'anthrax. — M. Marc Sée a renoncé au curage, pour lui substituer la méthode dont il a parlé dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, no du 2 avril 1881). La revendication faite, au sujet de cette méthode, par M. Tillaux en faveur de M. Alphonse Guérin, n'est pas justifiée, M. Guérin ayant proposé une incision cruciale sous-cutanée qui, au point de vue de l'écoulement des liquides septiques, ne donne pas de meilleurs résultats que les incisions ordinaires.

M. Tillaux, s'en rapportant à l'opinion professée par Nélaton, est d'avis qu'il faut s'abstenir d'intervenir dans le traitement de l'anthrax à moins qu'il ne soit très-douloureux. L'opinion de Nélaton, en effet, est que les incisions augmentent l'irritation et qu'il faut, au contraire, éloigner toute cause irritante. Ces raisons ne sont pas de nature à nous convaincre, et tel n'est pas d'ailleurs l'avis de la plupart des auteurs. Chassaignac, considérant les bourbillons comme des corps étrangers, pense que l'expectation expose aux plus grands dangers. Follin, non moins catégorique, ne se contente pas des incisions et a recours aussi aux caustiques. Billroth recommande également un traitement très-énergique et est parti-

san de nombreuses incisions faites de bonne heure. On pourrait multiplier ces citations. En résumé, il faut des incisions qui permettent le débridement des lambeaux. C'est pourquoi M. Sée préfère le traitement dont il a parlé, qui a, en outre, l'avantage de permettre les injections antiseptiques.

M. LABBÉ est frappé de ce fait que la plupart des chirurgiens préconisent chacun un traitement particulier de l'anthrax. Les uns veulent de larges incisions, d'autres des incisions sous-cutanées, d'autres des incisions multiples; d'autres, avec M. Richet, veulent dépasser les limites du mal et atteindre ce que ce chirurgien appelle le phlegmon sous-anthracoïde; d'autres, avec Broca, proposent l'ablation, comme pour une pustule maligne; d'autres enfin sont pour l'abstention. Je crois, pour ma part, que chacune de ces opinions trouve ses indications dans le traitement de l'anthrax, celui-ci revêtant des formes très-diverses. Au point de vue clinique, en effet, il y a des anthrax auxquels il ne faut pas toucher, il en est qu'il faut traiter par la méthode de M. Alphonse Guérin, d'autres qui réclament des incisions multiples, d'autres enfin qui doivent être enlevés, comme le proposait Broca. En effet, à la nuque, par exemple, il y a de gros anthrax, présentant des ouvertures multiples, dont la tension n'est pas très-considérable et sur lesquels il suffit d'exercer de légères pressions pour faire sourdre le pus; dans ces cas, les cataplasmes suffisent, et les malades guérissent toujours, quel que soit le traitement. Il est une variété, voisine de celle-ci, pour laquelle il suffit d'une incision ou de la méthode de M. Guérin. Il en est une autre qui offre une grande dureté et pour laquelle la méthode de M. Guérin n'est plus suffisante; il faut alors recourir aux grandes incisions, larges, profondes et multiples, il faut multiplier le plus possible les surfaces d'élimination; M. Boinet a obtenu de bons effets des injections d'iode jointes, dans ces cas, aux incisions. Enfin il y a des anthrax que j'appelle ligneux et qui offrent une telle gravité que les malades meurent si l'on intervient trop tard. Ce sont ces anthrax qui offrent un tissu tellement résistant que le bistouri peut à peine les séparer. J'ai perdu autrefois des malades que je ne perdrais plus aujourd'hui, parce que j'ai recours maintenant, dans ces cas, à l'ablation, telle que la proposait Broca, comme s'il s'agissait d'une pustule maligne. Il y a donc, en résumé, un certain nombre de variétés d'anthrax qui réclament chacune un traitement différent.

M. DESPRÈS n'est point d'accord avec M. Labbé sur ce point qu'il est des cas où le meilleur traitement de l'anthrax est l'ablation. Il n'est pas davantage partisan des incisions multiples ou en tulipes, telles que les pratiquait Velpeau. Il est des cas, en effet, où ces incisions ont été suivies d'un érysipèle phlegmoneux mortel. M. Desprès a traité en ville trois gros anthrax et, à l'hôpital, quarante-neuf anthrax du volume d'un œuf à celui des deux mains. Sur huit cas graves, il n'a eu que deux décès chez deux diabétiques. Tous les autres ont guéri. Or M. Desprès n'a jamais fait d'incisions, et il est convaincu que, dans les statistiques de ses collègues, le nombre des décès est augmenté de ceux qui sont dus aux complications résultant de l'opération. L'incision, en effet, quelque large qu'elle soit, n'amène pas l'élimination de l'eschare. L'abstention est donc, pour M. Desprès, le meilleur traitement de l'anthrax. Il admet pourtant qu'on fasse des incisions sur les points bien nettement fluctuants, mais du dixième au quinzième jour, et non pas du troisième au cinquième jour, comme le préconisent plusieurs chirurgiens. Ces incisions préventives ne servent à rien, et les malades qui ont guéri après ces incisions ont guéri malgré elles.

M. TRÉLAT. M. Marc Sée, en voulant traiter simplement un point historique, a ouvert un profond clapier, en soulevant la question du traitement de l'anthrax. Je m'en tiens à ce que j'ai écrit dans l'article *Anthrax* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à savoir qu'il existe plusieurs variétés d'anthrax, les unes fort graves, les autres sans la moindre gravité, et que chacune de ces variétés réclame une thérapeutique variable. Je ne crois pas qu'on soit plus autorisé à dire qu'il faut toujours faire des incisions qu'on ne l'est à affirmer, avec M. Desprès, qu'on ne doit jamais en faire. Il n'y a pas de thérapeutique définitive de l'anthrax, et c'est là une question d'indications à remplir. Il est des cas, en effet, où les incisions larges, multiples, profondes, sont formellement indiquées; il en est d'autres pour lesquels le procédé de M. Guérin est préférable, il en est d'autres pour lesquels il faut joindre la cautérisation à l'incision: il en est enfin, ces derniers beaucoup plus rares, qui réclament le traitement proposé, mais non jamais exécuté par Broca.

M. TILLAUX, répondant à M. Sée, maintient que la méthode qu'il a empruntée aux Allemands et celle de M. Alphonse Guérin sont semblables, au moins par l'idée qui y préside. Il y a quelques années, chaque fois que je me trouvais en présence d'un anthrax, je m'empressais de le fendre en quatre ou en huit. Je suis revenu de cette manière de faire et la pratique m'a fait suivre une autre conduite. Il y a des anthrax, ceux de la nuque plus particulièrement, pour lesquels les incisions préventives ne servent à rien, l'anthrax continuant à se développer et s'étendant de la ligne courbe occipitale à la septième vertèbre, et d'une apophyse mastoïde à l'autre. Dans ces cas, les incisions sont inutiles et font souffrir les malades. Mais il est une autre variété d'anthrax, extrêmement douloureuse, et dans laquelle de larges incisions faites à un certain moment soulagent beaucoup les malades. Ce sont ceux-là seulement que j'ouvre aujourd'hui; quant aux autres, je les respecte, comme M. Desprès.

M. LABBÉ rappelle que, vers la fin de sa carrière, Nélaton disait qu'il fallait toujours inciser l'anthrax. Tout en admettant qu'il est des variétés d'anthrax qui peuvent guérir sans incision, je maintiens qu'il en est d'autres où il est du devoir du chirurgien d'intervenir, et d'intervenir le plus largement et le plus radicalement possible, et il est plusieurs malades dont je déplore la mort et que j'aurais certainement sauvés si j'avais agi comme j'agirais aujourd'hui.

M MARJOLIN. Le respect que M. Desprès professe pour les anciens lui fait négliger les progrès de la chirurgie moderne. L'érysipèle dont il a parlé n'est pas toujours la conséquence de l'incision. Il se manifeste souvent aussi avant toute intervention. J'ai cité, dans la dernière séance, un exemple des bons effets de l'incision large et profonde. J'en citerai un autre: J'avais incisé crucialement un large anthrax de la nuque chez un charbonnier des environs de Paris; l'anthrax n'en suivait pas moins sa marche; je fus rappelé par le médecin, et, voyant que mes premières incisions n'avaient pas suffi, je donnai deux nouveaux coups de sabre à ce malade, qui cria: « A l'assassin! » mais guérit fort bien. J'ai eu moi-même un anthrax et me souviens d'avoir été bien soulagé par l'incision. Il ne faut donc pas que M. Desprès attribue à l'incision la mort des malades qui ont succombé à leur anthrax.

M. VERNEUIL. Je ne comprends pas qu'on dise d'une façon générale, en parlant du traitement de l'anthrax: Il faut faire ceci, il faut faire cela. Il n'est pas d'année que je ne fasse 3 ou 4 leçons sur le traitement de l'anthrax; je suis de l'avis de M. Tillaux: sur cent anthrax, il y en a peut-être quatre-vingts auxquels il ne faut pas toucher. J'ai souvent eu l'occasion de comparer la marche de l'anthrax chez deux malades entrés simultanément dans mon service, l'un ayant été crucifié en ville, l'autre n'ayant subi aucune incision; c'était toujours ce dernier qui guérissait le plus vite. On peut donc dire que quatre anthrax sur cinq doivent être abandonnés à eux-mêmes. Mais de là à dire qu'il ne faut jamais inciser! Il faut inciser les anthrax quand ils sont douloureux et quand ils ne se limitent pas d'eux-mêmes. Quant aux anthrax diabétiques, on ne sauve que ceux qu'on incise, l'anthrax diabétique ayant une grande tendance à la diffusion. Or, pour les anthrax diffus, le débridement par la cautérisation avec le thermocautère m'a toujours donné de merveilleux résultats. J'ai, par cette opération, ramené des moribonds à la vie. Voilà comment je procède: je fais avec le thermocautère des rayons, comme ceux d'une roue de voiture, dépassant d'un bon centimètre les limites du mal. C'est là une opération qui dure vingt minutes; aussi je prends soin d'endormir les malades. Dès le jour même, les vomissements, la fièvre, le délire tombent. C'est là un traitement d'une puissance extraordinaire. Il n'y a pas d'hémorrhagie. J'ai recours ensuite aux pansements antiseptiques. Quant aux anthrax petits et très-douloureux, l'incision

sous-cutanée de M. Alphonse Guérin me paraît une subtilité opératoire. Je n'en comprends pas la nécessité.

En résumé, les anthrax non douloureux et limités guérissent d'eux-mêmes, sans incisions. Mais il est formellement indiqué d'intervenir dans les anthrax douloureux, diffus et diabétiques.

M. THÉOPHILE ANGER préconise l'opinion de Nélaton : ce chirurgien était partisan des grandes incisions cruciales, assez profondes pour que les quatre lambeaux ainsi formés fussent mobiles. Comme MM. Tillaux et Verneuil, M. Auger n'incise que les anthrax douloureux et diffus.

M. BOINET a eu à traiter de volumineux anthrax chez des diabétiques. Voici le traitement qui lui a toujours réussi : incisions multiples en tulipes, dépassant d'un centimètre les limites du mal, flèches de pâte de Canquoin, et, lorsque les lambeaux se sont détachés, charpie imbibée de teinture d'iode. Ce traitement est un peu long, mais toujours efficace.

M. DESPRÈS demande que ses collègues donnent leur statistique comme il a donné la sienne.

M. MARC SÉE maintient que le procédé qu'il a indiqué lui donne d'excellents résultats.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

129. M. COURTOIS. Du pansement dans les amputations du sein. — 130. M. BAUDOUIN (Frédéric). De quelques troubles mécaniques de la circulation du sang dans les maladies du cœur et dans la compression des vaisseaux. — 131. M. ROSNE. De l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure. — 132. M. POPP. De l'iris syphilitique chez les scrofuleux. — 133. Mlle SKWORTZOFF. De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie. — 134. M. BRIAND. Du délire aigu. — 135. M. JAUBERT. Contribution à l'étude des lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. — 136. M. GULAT. Essai sur la paralysie diphthéritique du nerf pneumogastrique. — 137. M. QUENU. Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire. — 138. M. THOMAS. Contribution à l'étude de la diphthérie du pharynx et des voies respiratoires. — 139. M. BOPPE (Louis). Contribution à l'étude de l'hémorrhagie spontanée de la moelle ou hématomyélie. — 140. M. AUBEAU. Contribution à l'étude de la laxité articulaire. — 141. M. MERCIER (Julien). Des troubles hépatiques dans les affections cardiaques. — 142. M. RAPPIN. Contributions à l'étude des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. — 143. M. FICATIER. Études anatomiques des glandes sudoripares. — 144. M. BEAUFILS. Essai sur l'influence de la variole et de la fièvre typhoïde et sur les aliénés. — 145. M. BOISSON. De la dacryocystite chronique, de son traitement. — 146. M. BÉNAC. Contribution à l'étude des kératites cachectiques.

NÉCROLOGIE

Le docteur Guiard.

Une terrible nouvelle est venue cette semaine impressionner douloureusement le pays.

La mission envoyée par le gouvernement pour étudier les moyens de mettre l'Algérie en communication avec l'intérieur du Soudan et commandée par le colonel Flatters a été massacrée par les Touaregs dans le pays d'Aïr, alors que, parvenue à plus de 2,000 kilomètres au sud d'Alger, tout faisait prévoir un succès complet de l'entreprise.

La mission se composait de trois officiers, trois ingénieurs et un médecin, le docteur Guiard, chargé du service d'histoire naturelle, médecine et anthropologie.

Voici sur ce jeune savant, mort victime de son dévouement à la science, les détails que nous avons recueillis.

Fils d'un professeur distingué de l'Université, enlevé trop jeune, lui aussi, à la science et à ses amis, Guiard (Robert-Nicolas-Jules) était né à Paris, le 5 février 1851. Il avait donc juste trente ans. Élève du lycée de Tours, il y fit les plus brillantes études qu'il couronnait en 1867 en remportant le prix d'honneur de rhétorique, au concours général de tous les lycées de l'Académie de Poitiers.

En 1869, Guiard entrait le septième sur 110 à l'école de santé militaire de Strasbourg. Il se trouvait dans cette ville lorsqu'au mois de juillet 1870 elle fut investie par les armées allemandes, et il se dévoua pendant le siège, comme ses jeunes camarades, au traitement des blessés.

L'École de santé militaire fut reconstituée après la guerre, à Montpellier d'abord, puis définitivement à Paris, où Guiard soutint en 1874 sa thèse de docteur.

Peu de temps après, il sortait du Val-de-Grâce le quatrième de sa promotion, malgré une piqûre anatomique qui le fit cruellement souffrir au moment du concours final.

Son rang de sortie le désignant pour un des hôpitaux militaires de Paris, il fut attaché comme aide-major de seconde classe à l'hôpital militaire Saint-Martin. Pendant les deux ans qu'il y passa, il ne cessa, par un travail assidu, de développer son instruction, suivant les leçons des professeurs les plus connus, courant d'un hôpital à l'autre dans les intervalles de temps que lui laissait son service.

Nommé aide-major de première classe en 1876, il fut envoyé au 87e régiment de ligne en garnison à Saint-Quentin, où il sut s'attirer l'estime, non-seulement de ses chefs hiérarchiques, qui lui portaient une affection toute particulière, mais encore de tous les médecins de la ville. Guiard continuait à travailler et envoyait plusieurs mémoires au Conseil de santé des armées. La livraison d'octobre dernier du recueil spécial publié par les soins du ministère de la guerre contenait encore un travail de lui sur deux cas de hernie inguinale étranglée.

Lorsqu'au mois d'octobre 1879 le colonel Flatters fut chargé par M. de Freycinet de se choisir des collaborateurs pour sa première expédition au pays des Touaregs, Guiard lui fut indiqué comme admirablement préparé par de fortes études à remplir la tâche qui lui serait confiée de médecin et de naturaliste de la mission, en même temps qu'on le lui signalait comme un compagnon énergique et dévoué. — « Voulez-vous venir avec moi à Tombouctou? » lui télégraphia le colonel. — « Je suis à vos ordres, » répondit Guiard, qui avait eu douze heures pour réfléchir. — Ce fut toute la correspondance échangée entre eux.

Il ne nous appartient pas de faire ici l'historique de ce premier voyage, pendant lequel la mission Flatters s'avança jusqu'à 1,500 kilomètres au sud d'Alger. Pendant qu'on était redevable à ses collègues d'une carte du pays parcouru, Guiard rapportait au Muséum un magnifique herbier et une collection complète d'insectes et de reptiles trouvés dans le désert.

Rentré en France le 15 juin dernier, Guiard repartait le 15 octobre pour ce second voyage où il devait trouver la plus terrible des morts. Ses dernières lettres sont du 29 janvier. Elles étaient, hélas! pleines de confiance dans le succès, et il songeait déjà aux joies du retour définitif auprès d'une mère qu'il adorait et qui perd en lui le plus tendre des fils. A cette même date, la commission des grades le portait au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major. Il n'a pas même eu la consolation de le savoir.

Nous ne saurions mieux faire pour terminer cette notice que de transcrire ici la lettre suivante, que M. le docteur Quesnoy, médecin-inspecteur des armées, adressa au frère du docteur Guiard lorsqu'il connut la catastrophe :

« Monsieur,

« Hier, en lisant dans les journaux le terrible récit du massacre de la mission Flatters, j'ai été très-douloureusement impressionné en pensant à votre malheureux frère, dont j'admirais le zèle, le courage et le dévouement. J'éprouvais pour son noble cœur et sa virile énergie une très-vive sympathie. Chacun, dans notre corps,

portera son deuil, car ses actes comme sa fin sont de ceux qui honorent une corporation.»

Nous ne doutons pas que ces paroles émues ne trouvent de l'écho dans le cœur de tous les médecins de France.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Denucé, chirurgien du lycée de Bordeaux, est nommé médecin en chef dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Mabit, décédé.

— M. le docteur Armaingaud, chirurgien-adjoint au lycée de Bordeaux, est nommé médecin ordinaire dudit lycée.

— M. le docteur Demous, chirurgien-adjoint du lycée de Bordeaux, est nommé chirurgien ordinaire dudit lycée, en remplacement de M. Denucé appelé à d'autres fonctions.

— *Corps de santé militaire.* — Sont détachés dans les établissements militaires thermaux suivants :

Bourbonne-les-Bains. — MM. Dauvé, médecin principal de première classe; Papillon, médecin principal de deuxième classe; Rochet, médecin-major de première classe; Mabboux, médecin-major de deuxième classe; Thouvenin et Garnier, médecins aides-majors de première classe; Goureau et Durand, médecins aides-majors de deuxième classe; Judicis, pharmacien aide-major de première classe.

Vichy. — MM. Delcominète, médecin principal de première classe; Dupeyron, médecin principal de deuxième classe; Halbron, médecin-major de première classe ; Delatour, médecin aide-major de première classe; Pitois et Henry, médecins aides-majors de deuxième classe ; Paradis, pharmacien-major de première classe ; Péré, pharmacien aide-major de première classe.

Bourbon-l'Archambault. — MM. Jacob, médecin-major de première classe ; Daum, médecin aide-major de deuxième classe.

Barèges. — MM. Guillemin, médecin principal de deuxième classe; Arnaud, médecin-major de première classe ; Nicol, médecin-major de deuxième classe; Ferrié, médecin aide-major de première classe ; Soulé et Arnal, médecins aides-majors de deuxième classe ; Trapet, pharmacien-major de deuxième classe.

Guagno. — M. Guérin, médecin-major de première classe.

— MM. Hémard et Chapuy, médecins principaux de première classe, et M. Aronssohn, médecin-major de première classe, viennent de prendre leur retraite.

M. Bourras, médecin aide-major de deuxième classe, a donné la démission de son grade.

— Par décret en date du 5 avril 1881, ont été nommés : 1° Vétérinaire principal de première classe : M. Paté. — 2° Vétérinaire principal de deuxième classe : M. Barthes.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 3 novembre 1881, devant ladite école.

Le concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, qui devait s'ouvrir devant ladite école le 1er avril 1881, est reporté au 7 novembre prochain.

— Le cours de physique de la Faculté de médecine de Paris est suspendu à dater du samedi 9 avril, par suite du départ de M. le docteur Gariel, agrégé, pour le congrès d'Alger.

Étude critique et clinique de la délivrance par expression, par M. le docteur Charles RIOL. In-8° de 93 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11023.

N° 43. — MARDI 12 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. MARDI 12 AVRIL 1881. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Abcès pleural péricostal. — II. Tumeur fongueuse sanguine du coude. — III. Fracture de jambe, pénétration des fragments, ostéomyélite, amputation.

I. Nous avons depuis longtemps déjà, dans notre service, au lit n° 23 de la salle Notre-Dame, une femme qui, jusque-là d'une assez bonne santé, fut atteinte en 1875 d'une pleuro-pneumonie du côté gauche, suivie d'une semi-paralysie des membres inférieurs qui guérit assez rapidement. Ceci nous est raconté par la malade elle-même.

En 1878, elle entra à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Jaccoud, pour, dit-elle également, une pleurésie diaphragmatique, dont elle prétend avoir été parfaitement guérie. Mais nous savons, par l'un des élèves mêmes de notre confrère, qu'une ponction fut pratiquée dans la région postérieure du thorax et qu'elle donna issue à une quantité assez considérable de liquide. Elle guérit, la chose est possible, mais avec une incurvation assez prononcée du tronc du côté gauche due à l'adhérence des deux feuillets pleuraux.

Enfin, au mois de décembre dernier, elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont, pour une nouvelle pleurésie, toujours du même côté gauche. Elle y était depuis trois semaines, lorsqu'on s'aperçut tout à coup d'un gonflement du sein gauche, accompagné d'une rougeur à la partie inférieure. C'est dans ces conditions qu'elle a été changée de salle et que, passant du service de médecine dans celui de chirurgie, elle m'est arrivée pour un soi-disant abcès du sein.

Ce n'était pas un phlegmon de la mamelle, mais bien un abcès sous-mammaire qui soulevait le sein, le débordant à la partie inférieure. J'y pratiquai une incision qui donna issue à une certaine quantité de pus phlegmoneux. La plaie ne se cicatrisa qu'en partie, laissant de petits trajets fistuleux qui persistèrent. Cette femme, qui avait une assez violente dyspnée, fut prise bientôt d'accès de suffocation qui allèrent en croissant, nous donnant des craintes d'un commencement d'affection tuberculeuse aiguë à marche rapide.

Mais il n'en était heureusement rien, et, deux mois plus tard, les phénomènes se calmaient peu à peu; les fistules seules persistèrent. La malade non-seulement reprenait forces et vie, mais elle engraissait, elle acquérait même certain embonpoint. Elle n'avait plus qu'un abcès pleural, limité, sous-costal, comme nous avons pu nous en assurer avec un stylet, faisant également saillie en avant, de telle sorte que la côte se trouvait comme placée entre deux foyers, l'un antérieur, l'autre postérieur.

La cavité ne se fermant pas, mais continuant à suppurer, je me décide aujourd'hui, sur les instances de la malade, à l'opérer. Je ne crois pas que la côte soit cariée, mais elle doit se trouver au milieu d'un abcès péricostal.

Je vais donc, au moyen du thermocautère, mettre la côte à découvert, en longeant le sein que j'en détacherai le plus possible. Si la côte est malade, j'en pratiquerai la résection; si elle est saine, comme je le suppose bien plutôt, je viderai la cavité et me contenterai de placer un drain. Cependant, dans le cas où je considérerais, d'après les dimensions de la poche de l'abcès, comme improbable de pouvoir en obtenir la cicatrisation, je pratiquerais également la résection d'après le procédé de Maisonneuve, qui a été appliqué en Allemagne dans ces derniers temps, avec un plein succès.

— L'opération a pu avoir lieu sans aucune résection, la côte étant parfaitement saine, et le foyer n'ayant pas l'étendue que l'on redoutait.

II. La seconde malade que je vais opérer est une jeune fille à laquelle j'ai déjà fait subir une première opération, le 2 mars dernier, pour une tumeur de la région postérieure de l'articulation du coude. Cette tumeur avait été diagnostiquée, par tous ceux qui l'avaient examinée et par moi-même, un abcès froid. Mais, tous, nous nous sommes trompés. Je fis une incision au moyen du thermocautère, traversant les tissus jusqu'à ce que je fusse arrivé sur une tumeur qui vint nous inonder de sang au point d'éteindre l'instrument. C'était une tumeur fongueuse sanguine développée au milieu des muscles. J'eus recours immédiatement au perchlorure de fer pour oblitérer les vaisseaux du triceps. J'eus d'abord un très-bon résultat; les parties molles se rapprochèrent, la cicatrisation se fit sans aucun accident. Enfin la malade sortit, nous paraissant guérie.

Mais elle ne l'était qu'en apparence, et, il y a trois semaines, elle est rentrée dans nos salles; sa tumeur avait reparu, elle augmentait tous les jours. Si l'on appliquait une compression circulaire sur le bras au-dessus de la tumeur, celle-ci très rapidement voyait son volume se tripler, elle devenait fluctuante, elle était de nouveau remplie de sang.

Si, au contraire, tous liens détachés, on faisait lever le bras en l'air à la malade, la tumeur s'affaissait et restait avec ses caractères *torpides*, — c'est le terme propre, — indolence et fluctuation nulle. Cependant elle en souffre constamment et ne peut que difficilement se servir de son bras.

Nous allons chez elle employer le procédé opératoire suivant : application de la bande d'Esmarch depuis les doigts jusqu'à l'épaule, puis découvrir le point où nous devons opérer, en écartant un ou deux tours de la bande, de façon à disséquer la tumeur sans être gêné par le sang, et à l'enlever en totalité sans avoir aucune hémorrhagie, et de façon aussi à pouvoir en faire l'étude histologique.

III. Enfin, avant de terminer, j'ai une pièce intéressante à vous montrer ; elle provient du malade que j'ai amputé de la jambe mardi, pour des lésions que nous nous sommes efforcés de guérir pendant deux mois avant d'en arriver à cette opération.

Il avait eu une fracture en V du tibia, dont le fragment supérieur avait pénétré en arrière et comme un coin dans le fragment inférieur, et y avait fait une fissure profonde. De là une nécrose de l'extrémité inférieure, une ostéomyélite du tibia, une collection purulente dans l'articulation tibio-tarsienne, dont le pus remontait entre le tibia et le péroné, formant un premier foyer. Quant à la fracture du péroné, bien que parfaitement certaine, il n'avait pas été possible de la sonder avec les doigts. Mais la direction de la pièce a montré que cet os contenait également une certaine quantité de pus comme le tibia, bien que les deux foyers fussent indépendants l'un de l'autre.

C'est après avoir lutté pendant plus de deux mois pour tâcher de conserver au malade son membre entier, que nous avons dû, devant les désordres que je viens de vous résumer et qui allaient sans cesse croissant, nous décider à faire l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

Aussitôt après l'opération, nous avons appliqué le pansement de Lister, et, jusqu'à ce jour, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Syphilide tertiaire maligne.

Le malade dont je vais vous parler est un jeune garçon, généralement bien portant, en dehors des phénomènes particuliers qui constituent l'affection dont il est atteint depuis neuf ans, et qui sont représentés pas des croûtes et par des cicatrices. Ces dernières sont le résultat d'éruptions semblables à celle que vous pouvez constater actuellement sur toute l'épaule, et qui se continuent depuis 1871, se portant successivement sur telle ou telle partie du corps.

Ces éruptions sont caractérisées surtout par des croûtes arrondies, épaisses, rudes, sèches, d'une coloration jaune-verdâtre qui recouvrent des ulcérations également arrondies et suppurant fort peu ; ulcérations spéciales, en cupule, à bords non décollés mais adhérents, taillés à pic, à fond grisâtre, ulcérations enfin qui semblent comme faites à l'emporte-pièce. Les croûtes et les ulcérations sont entourées d'un large cercle rouge-brun foncé, coloration à laquelle Swediaur a donné, à cause de sa ressemblance, le nom de « maigre de jambon fumé ». Telle est la lésion que cet homme porte sur l'épaule gauche, occupant une certaine étendue notamment dans la région postérieure.

De plus, sur d'autres points de la surface du corps, à l'épaule du côté opposé, sur le ventre au niveau de la fosse iliaque droite, aux jambes, etc., nous trouvons des cicatrices provenant d'éruptions semblables actuellement guéries. Ces cicatrices sont inégales, réticulées, comme celles que laisseraient, après leur guérison, des brûlures superficielles dans lesquelles la surface du derme aurait été seule atteinte. Les cicatrices les plus anciennes sont blanches, les cicatrices récemment formées sont rouges.

La maladie qui nous occupe en ce moment est donc une affection de la peau caractérisée par une coloration spéciale, par des ulcérations et des croûtes. Elle est circonscrite, limitée sur ses confins par des zones arrondies, bien tranchées, formées pour ainsi dire par des segments de cercles qui se seraient réunis.

Si maintenant nous cherchons à faire le diagnostic de cette dermatose, nous commencerons, en face d'ulcérations profondes, spontanées, c'est-à-dire qui ne sont pas le résultat d'un traumatisme, nous commencerons, dis-je, par éliminer les affections superficielles de la peau, herpétiques et parasitaires. Il ne nous reste plus alors parmi les maladies profondes que : 1° le cancer ou le cancroïde de la peau ; 2° les ulcérations scrofuleuses, le lupus ; 3° les éruptions syphilitiques tertiaires.

L'âge du malade, l'aspect même de l'ulcération qui n'a pas de bords élevés, à reliefs saillants ni indurés, l'absence enfin des caractères spéciaux du cancroïde, nous font rejeter l'idée de cette affection.

Les ulcérations scrofuleuses sont plus difficiles à distinguer ; cependant leur étendue, leur forme irrégulière, la suppuration abondante à laquelle elles donnent lieu, un pus séreux et liquide, l'aspect de leurs bords qui sont décollés de telle sorte que l'ulcération est en réalité plus étendue en surface qu'elle ne le paraît, enfin, les croûtes molles, d'un blanc-grisâtre, ou d'une coloration noire si le pus est mêlé de sang, l'inégalité des cicatrices très-rétrécies et leur coloration plus violacée moins foncée, en un mot ces différents caractères ne permettent pas de confondre les lésions scrofuleuses avec celles que nous observons sur notre malade. Chez celui-ci quelques caractères seulement rapprocheraient ces ulcérations de celles de la scrofule : ce sont les quelques rares croûtes qui présentent la coloration gris-blanc dont je viens de vous parler ; mais, à côté de celle-ci, nous avons les croûtes verdâtres et dures et surtout l'aspect des bords adhérents de l'ulcération.

Nous arrivons donc ainsi par exclusion aux affections syphilitiques tertiaires. En effet c'est bien à des accidents de cette nature que nous avons affaire; l'histoire de la maladie ne peut que nous confirmer dans notre diagnostic, et nous retrouvons bien là les caractères objectifs des affections syphilitiques : ulcérations taillées à pic à bords adhérents, arrondies, à fond gris, à croûtes sèches, assez volumineuses, verdâtres et s'imbriquant comme des écailles d'huîtres, enfin ulcérations profondes qui laissent après elles des cicatrices indélébiles circonscrites et appartiennent exclusivement à la période tertiaire de la syphilis.

Quant à l'histoire de sa maladie, il nous raconte qu'il eut, au mois d'août 1870, un chancre sur la verge ; il était soldat à Sedan. Fait prisonnier et envoyé en Allemagne, il y fut traité par la liqueur de Van Swieten. Son chancre guérit au bout d'un temps assez long. Mais, un an plus tard, les premières manifestations de l'éruption syphilitique, à laquelle il est en proie depuis ce jour, apparurent d'abord

sur l'épaule droite, puis successivement sur les jambes, sur le ventre, où elles ont laissé les cicatrices que vous apercevez, enfin sur l'épaule gauche où elles siègent actuellement.

En 1875, il eut des ulcérations dans la gorge qui marchèrent avec une rapidité telle qu'en quinze ou vingt jours la luette était complètement détruite; elles furent traitées par la cautérisation et par une médication interne.

La maladie a donc atteint à la fois, comme vous le voyez, la peau et les muqueuses. Sa marche, qui a pour caractères de s'étendre constamment de proche en proche, pour ainsi dire en rampant, guérissant en certains points pour évoluer plus loin, a fait donner à l'éruption qui la constitue le nom de syphilide tertiaire serpigineuse.

Mais, dans l'apparition et le développement des accidents, nous trouvons quelque chose d'anomal; en effet ils ont débuté chez lui une année seulement après son chancre primitif, tandis que ordinairement les phénomènes tertiaires n'apparaissent qu'à une époque beaucoup plus reculée, trois, dix ou même vingt ans après les accidents primitifs, et, entre ces deux périodes, surviennent les affections secondaires. Ces dernières ont-elles existé chez lui? Nous ne saurions le dire, les renseignements nous font absolument défaut; en tous cas, les éruptions tertiaires sont venues très-rapidement et depuis lors ont toujours persisté.

Nous sommes donc en présence, chez cet homme, d'une syphilis maligne caractérisée non-seulement par son intensité et sa gravité, mais encore par l'intervention probable des périodes et l'apparition rapide des accidents tertiaires, à une époque où nous ne devions rencontrer encore que les phénomènes secondaires.

Des travaux spéciaux, parmi lesquels je citerai plusieurs thèses très-bien faites, ont démontré que cette malignité de la syphilis se montrait de préférence chez les sujets prédisposés par une détérioration de l'organisme, soit chez les scrofuleux, soit chez les alcooliques comme on en voit un certain nombre à l'hôpital Saint-Louis, soit enfin chez les individus en proie à la misère physiologique, telle que mauvaise nourriture, alimentation insuffisante, fatigues, excès, état moral, etc.

C'est à cette dernière cause que nous devons attribuer ici la malignité. Notre malade n'est point scrofuleux, il est plus âgé même qu'il ne le paraît, il n'est nullement alcoolique, il ne paraît pas misérable, il vit d'une existence raisonnable dans sa famille. Aussi, pour retrouver cette misère physiologique, devons-nous remonter à l'époque du début de la maladie, aux circonstances dans lesquelles elle a commencé à évoluer, c'est-à-dire au moment où, emmené comme prisonnier en Prusse, il fut maltraité, surmené, mal alimenté, en un mot placé dans les plus mauvaises conditions hygiéniques auxquelles s'ajoutait encore l'influence morale de sa captivité. Telles sont les causes qui expliquent facilement la malignité de sa maladie.

Quant au pronostic, si je ne suis pas inquiet quant à présent pour sa vie, je le suis cependant sur la curabilité de sa syphilis, en raison de sa persistance depuis dix ans, et je crains pour l'avenir quelque affection viscérale. Je crains que la guérison que nous pourrons obtenir ne soit qu'apparente et de courte durée, que l'affection ne récidive quelques mois plus tard, enfin qu'elle ne le prédispose à des accidents du côté du foie et surtout du cerveau.

Le traitement de la syphilis varie suivant la période de la maladie. Dans la première, on a recours aux antiphlogistiques et aux résolutifs pour combattre les accidents locaux inflammatoires. Dans la seconde période, on emploie surtout les préparations mercurielles telles que la liqueur de Van Swieten, les pilules de Sédillot, celles de proto-iodure de mercure, etc. Dans la troisième période, on associera l'iodure de potassium au mercure, médication mixte nécessaire. J'ai vu l'an dernier l'emploi seul de l'iodure de potassium, même à la dose de 8 grammes, absolument insuffisant. Il est donc indispensable de lui adjoindre le mercure. Le sirop de Gibert, qui contient du bi-iodure de mercure et de l'iodure de potassium, est une bonne préparation; mais, dans les cas assez fréquents où elle répugne au malade, je lui substitue la solution suivante :

Eau distillée.	300 grammes.
Iodure de potassium. . .	20 —
Bi-iodure de mercure.. .	10 centigr.

solution dont on prend deux cuillerées à bouche par jour; chacune d'elle contient environ 1 gramme d'iodure de potassium et 5 milligrammes de bi-iodure de mercure, tandis que le sirop de Gibert ne contient proportionnellement que 25 centigrammes d'iodure de potassium.

Enfin, pour combattre la malignité de l'affection, je joins à cette médication un traitement reconstituant énergique : le quinquina, les amers, l'huile de foie de morue, une bonne hygiène; comme alimentation, de la viande, du vin, du café; un logement sain, ensoleillé, bien aéré, etc. Ce n'est que par l'association d'une médication spécifique et d'un traitement reconstituant que l'on peut espérer parvenir à un bon résultat.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. de Saint-Germain.

Du torticolis.

I

Lorsque l'on vient à examiner un squelette humain et que l'attention se porte vers son extrémité supérieure, on remarque immédiatement que la tête se trouve dans un équilibre instable. En effet, si celle-ci était livrée à elle-même, elle tomberait immédiatement en avant, entraînée par le poids de la face et de l'encéphale, dont la plus grande partie prédomine en avant de la colonne vertébrale. Mais la tête est retenue en arrière et latéralement par un ligament et par des muscles.

Le premier est le ligament cervical postérieur, beaucoup moins volumineux et moins important chez l'homme que chez les animaux, le cheval principalement.

Quant aux muscles qui agissent, ce sont tout d'abord : le peaucier, le trapèze, le sterno-cléido-mastoïdien et le splénius. Ces muscles, lorsqu'ils sont contractés toniquement ou raccourcis, rompent l'équilibre de la tête, et c'est dans leur contracture et dans leur brièveté, leur raccourcissement, que réside tout entière la théorie du torticolis.

Quelle est donc l'action de chacun de ces muscles? Le peaucier a une certaine influence, bien qu'il soit beaucoup moins développé dans l'espèce humaine que chez les animaux. Lorsqu'il agit, par exemple, d'un seul côté, il infléchit la tête à droite ou à gauche sur le tronc, et produit la rotation du côté opposé. Il en est de même de la portion cervicale du trapèze et de la portion sternale du sterno-cléido-

mastoïdien, qui produisent l'inclinaison et la rotation de la tête. Le splénius, au contraire, produit l'inclinaison seule sans rotation.

Le torticolis, dont l'origine se trouve dans une contracture musculaire, peut être acquis ou congénital. Ce dernier est rare. Certains auteurs, pour l'expliquer, ont parlé d'influences diverses. Ainsi, Strossmayer a invoqué l'application du forceps, mais cette explication ne saurait être plausible, car, dans l'accouchement par l'intervention des fers, le muscle sterno-cléido-mastoïdien n'est jamais en cause, qu'on les applique d'arrière en avant ou latéralement. On a aussi cherché à l'expliquer par la rupture congénitale du muscle sterno-mastoïdien. Mais comment celle-ci se produirait-elle? On l'ignore absolument, car les expériences instituées à ce sujet n'ont pas réussi. Mais ce que l'on a cru remarquer, c'est que tous les enfants qui se trouvaient dans ces conditions de rupture musculaire étaient nés dans une présentation par le siège ou par les pieds, de telle sorte que des médecins inexpérimentés dans l'art des accouchements, qui se trouvaient dans ces conditions, tiraient si bien qu'ils produisaient la rupture du muscle. Mais, comme dans cet accident bizarre il n'existe pas de torticolis et que l'on peut mouvoir la tête de l'enfant dans tous les sens, l'influence invoquée par Strossmayer n'a aucune valeur.

On a aussi parlé des contractions utérines comme d'une cause très-puissante; cela peut certainement arriver, mais je ne crois pas beaucoup qu'elles puissent déterminer à la longue le raccourcissement du muscle sterno-mastoïdien.

Quant au torticolis acquis, les causes les plus fréquentes sont une inflammation soit *à frigore* comme le rhumatisme du muscle sterno-mastoïdien, soit dans le cas de quelque phlegmon du cou. Mais ce n'est pas là le véritable torticolis, ce n'est qu'un torticolis par influence de voisinage.

On a voulu aussi faire intervenir la syphilis comme l'une des causes du torticolis chronique, mais tant d'enfants atteints de torticolis ont été reconnus indemnes de toute syphilis que cette cause ne saurait non plus être valable.

Les autopsies de sujets atteints de torticolis sont des plus rares. Cependant Bouvier a eu l'occasion d'en faire quelques-unes, et il a constamment remarqué que le faisceau sternal du muscle cléido-sterno-mastoïdien était plus court, plus dense, plus serré, et que, lorsqu'on venait à le couper, il donnait lieu à ce phénomène auquel on a donné le nom de cri de l'étain. Il a vu que cette disposition fibreuse n'était pas exclusivement propre au muscle, mais qu'elle s'étendait encore à la gaîne, et que celle-ci participait à la rétraction musculaire, tant et si bien que Duval disait que, si l'on venait à couper le tendon du muscle, il fallait le forcer dans le sens de la section, ce qu'il appela le coup du malin. L'on entendait alors un craquement particulier.

Les muscles circonvoisins étaient également rétractés secondairement; ainsi le splénius, ainsi la partie cervicale du trapèze et le peaucier.

Le torticolis amène aussi une sorte d'asymétrie de la face par atrophie du côté correspondant à la lésion musculaire; la joue est moins saillante, le nez est plus petit, la face en un mot est plus grêle du côté malade. Il y a là un défaut de nutrition que Broca voulait étendre jusqu'au cerveau, faisant de ces enfants des êtres moins intelligents. Je ne vais pas aussi loin et je considère cette proposition comme exagérée. Mais il y a certainement une influence de nutrition, due à la compression de la carotide qui n'a plus son débit normal, malgré ses anastomoses. C'est là, je crois, la seule théorie qui puisse expliquer l'atrophie constante de la moitié de la face.

Dans le torticolis aigu par rétraction musculaire dû à un refroidissement, le cou est de travers, peu douloureux, tendu et sans engorgement ganglionnaire, et, la maladie étant de nature rhumatismale, il suffit de quelques embrocations chaudes pour la faire disparaître en trois ou quatre jours.

Il en est à peu près de même pour le torticolis qui survient à la suite d'une inflammation locale, de quelque ganglion enflammé et suppuré, et qui guérit aussitôt que la cause qui l'a produit a cessé d'agir, c'est-à-dire dès que l'abcès a été ouvert.

Si maintenant nous passons au torticolis chronique, nous devons vous faire remarquer que, neuf fois sur dix, et sans qu'il soit possible d'en donner la raison, la tête est infléchie à droite. Cette inflexion est accompagnée de la rotation de la tête vers l'épaule droite et du menton à gauche. Ce double mouvement est tel quelquefois que la tête est, pour ainsi dire, adhérente à l'épaule, et qu'il est impossible de passer le doigt entre elle et l'oreille sans que le malade éprouve de vives douleurs.

Si l'on examine les deux muscles sterno-mastoïdiens, on remarquera du côté droit une saillie du tendon de la portion sternale sous forme de corde; derrière elle, un creux assez profond limité en arrière par la portion cléidienne du muscle, tendue quelquefois, elle aussi, en nappe. Mais cette dernière n'est pas constante, aussi peut-on dire que la contracture de la portion sternale du muscle est la règle, tandis que celle de la portion cléidienne est l'exception.

On observe encore la saillie de la septième vertèbre cervicale, saillie à concavité droite qui est sans influence sur le rachis. Elle n'amène, en effet, jamais de sclérose à moins d'un torticolis de sept ou huit ans, et cette inclinaison disparaît par la section du tendon musculaire. M. Guérin a cité un cas où le torticolis était tel qu'il avait amené un déplacement osseux considérable, caractérisé par l'ascension de la clavicule et du scapulum.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, les muscles contracturés dans ce torticolis sont : dans le cas d'inclinaison à droite avec rotation à gauche, le muscle sterno-mastoïdien et la portion cervicale du trapèze; dans le cas d'inclinaison sans rotation, le muscle splénius seul.

On a parlé de torticolis intermittent, c'est absolument faux. Quant au torticolis de la dentition, il est le fait de quelques contractures convulsives passagères qui tiennent à un état général, et ce n'est pas un véritable torticolis. J'en dirai tout autant du torticolis de la méningite tuberculeuse, et je passe au torticolis osseux.

Le torticolis osseux, qu'on a encore appelé la carie sous-occipitale, l'arthralgie sous-occipitale, le spondylarthrocace, et mieux le mal de Pott sous-occipital, a pu être étudié comme anatomie pathologique, les autopsies étant malheureusement assez fréquentes. Il est caractérisé par des lésions de deux ordres : 1° une synovite fréquente ou arthrite cervicale, dans laquelle les tissus mous sont susceptibles d'altérations fongueuses, prenant l'aspect du frai de grenouille; il se forme un abcès, la lésion atteint les tissus osseux, amène la nécrose et la carie vertébrale.

2° Le mal de Pott, dans lequel on voit le tubercule évoluer dans les masses latérales de l'atlas, et la destruction du ligament transverse.

Je vous citerai à ce sujet un fait dont j'ai été témoin, à

l'époque où j'étais interne dans le service de Maisonneuve. On avait amené une jeune fille de dix-sept ou dix-huit ans, atteinte d'un mal de Pott sous-occipital. Maisonneuve, après l'avoir examinée, diagnostiquant une arthrite, anesthésie à peine la malade, et offre de redresser la tête par un mouvement brusque. Au même instant la jeune fille tombait morte par l'effondrement de la colonne vertébrale et l'écrasement de la moelle. Cet accident, survenu à la suite de manœuvres intempestives, peut aussi se produire spontanément; aussi doit-on défendre aux malades atteints de cette affection toute gymnastique, tous mouvements violents.

Un jour, on avait amené à Beaujon, dans le service de Richard, un jeune homme de dix-huit ans plongé dans un coma profond, le cou renversé; et les individus qui l'accompagnaient n'avaient pu donner aucun renseignement sur ses antécédents. Richard, croyant sentir en avant dans le pharynx une saillie de l'atlas, et, proéminant en arrière, l'apophyse épineuse de l'axis, diagnostiqua une luxation de la tête sur la colonne vertébrale. L'individu ayant succombé le second ou le troisième jour, l'autopsie fut faite avec le plus grand soin, mais elle n'avait fourni aucune indication, les rapports des os entre eux étant parfaitement normaux, lorsque l'on découvrit par hasard une énorme plaie de la tête, qui était restée méconnue grâce à la chevelure véritablement absalonienne de l'individu, plaie résultant d'un traumatisme auquel le malade avait succombé.

Il est donc bon d'être prévenu du fait pour ne pas s'illusionner sur la sensation d'un déplacement de l'atlas dans l'occipital.

Le mal de Pott sous-occipital guérit quelquefois comme le mal de Pott dorsal ou lombaire. C'est ainsi que Bouvier en a vu se guérir par juxtaposition : c'est-à-dire que, l'abcès s'étant ouvert, l'extrémité inférieure de la vertèbre supérieure est venue se plaquer sur la vertèbre inférieure ; il s'est produit ensuite des stalactites osseuses qui ont aidé à la consolidation des pièces. Cet effort de la nature nous montre combien l'immobilisation est nécessaire pour faciliter le travail de la consolidation dans la droite ligne.

Le diagnostic du torticolis osseux ou mal de Pott sous-occipital est facile. L'existence de douleurs très-vives, nocturnes et comme fulgurantes, continues mais parfois avec quelques rémittences, et telles que le malade ne peut pour ainsi dire faire aucun mouvement de peur du moindre ébranlement de la tête, ces douleurs, dis-je, permettront de le distinguer du torticolis par rétraction musculaire où les douleurs sont à peu près nulles. De plus vous ne rencontrez jamais ici ni corde musculaire du cléido-mastoïdien, ni rotation de la tête, ou, si celle-ci existe, elle se fait en arrière de même que l'inclinaison.

Dès le début de la maladie les lésions nerveuses sont des vertiges, des étourdissements, des fourmillements dans les jambes et dans les pieds, de l'engourdissement du cou et des membres supérieurs et souvent de la paraplégie.

Enfin, pour terminer, je dirai que le meilleur moyen de diagnostiquer le torticolis, c'est le chloroforme. En effet, dès que le malade est anesthésié, si l'on a affaire à un torticolis musculaire rhumatismal ou par inflammation, on redresse facilement la tête; si le torticolis est par rétraction, la tête ne peut être redressée.

Si le cou ne se redresse pas, et que d'autre part il n'existe pas de brides tendineuses ni aponévrotiques, alors vous êtes en présence d'un mal de Pott sous-occipital, et, dès que vous sentez quelque résistance, vous ne devez pas chercher à forcer le redressement de la tête.

Enfin il est des cas où le cou, redressé, retombe immédiatement; c'est le torticolis paralytique, qui a été nié à tort, car il existe incontestablement.

Le chloroforme est donc le meilleur procédé de diagnostic des différents torticolis entre eux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 avril 1881. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Parasites. — M. Mégnin présente un parasite cestoïde qu'il a trouvé très-abondamment dans les perches de Seine, chez lesquelles il a pu suivre son complet développement. C'est le *Tricuspidaria nodulosa* ou *Triænophorus nodulosus* de Rudolphi, ainsi nommé parce qu'au lieu des ventouses qui caractérisent les tænias il porte aux mêmes endroits des griffes tricuspides ou tridentées destinées au même usage. Ce parasite, très-commun en Allemagne, dans les Pays-Bas et en Angleterre où on le trouve fréquemment chez les brochets, les truites, les perches, les ombres, etc., n'avait pas encore été vu en France. Il se développe d'abord sous forme d'un cysticerque particulier dans le foie ou sous le péritoine de ces poissons; il prend ensuite la forme strobilaire sans quitter son kyste et passe ensuite dans les intestins, où il se noue et devient ovigère.

C'est un exemple de plus d'un tæniadé suivant toutes ses phases de développement dans le même animal, sans émigrer; ce qui n'empêche pas que, si son hôte est dévoré par plus puissant que lui, le parasite continuera son développement dans ce nouveau domicile, — puisqu'on l'y trouve fréquemment, — et encore plus rapidement que dans l'ancien, car la dent de son nouvel hôte lui a épargné tout le chemin qu'il aurait eu à faire à travers le foie de son premier nourricier dans lequel il vivait comme cysticerque.

C'est ce même triænophore, égaré dans le péritoine des truites où on le rencontre quelquefois privé de ses crochets, soit qu'il ne les ait pas encore acquis, soit qu'il les ait perdus, qui a été pris par les anciens helminthologistes pour une espèce particulière de ligule sous le nom de *Ligula nodosa*, et c'est cette prétendue *Ligula nodosa*, retrouvée par Bertolus, qui a été regardée par lui comme la larve du *Bothriocephalus latus* de l'homme, que celui-ci contracterait en mangeant les poissons porteurs de cette fameuse ligule. Le néant de cette hypothèse, qui n'était du reste appuyée sur aucune expérience ou observation directe, a été démontré par Diesing, lequel a établi la véritable individualité de la *Ligula nodosa* en montrant qu'elle n'était qu'un triænophore incomplet, et par Karl Vogt, qui a cherché inutilement ce parasite dans les truites du lac Léman.

Action physiologique du café et du sucre sur l'estomac. — M. Leven, en son nom et au nom de M. Sémerie, fait la communication suivante :

Le café ne produit aucune action digestive sur l'estomac; il ne l'accélère pas, il tend plutôt à la ralentir.

Ce n'est pas là l'opinion de Johnson et de Baglivi, qui disaient que le café noir est un excellent digestif, ni celle de Trousseau et de Pidoux, qui pensaient de même. Cependant il n'est pas douteux qu'il produit un effet utile chez bon nombre d'individus ; quelques-uns reconnaissent toutefois qu'il ralentit la digestion, et Réveillé-Parise le conseillait surtout aux gens obèses.

J'ai communiqué, il y a bon nombre d'années, à la Société de biologie des expériences sur la caféine par lesquelles je démontrais que cette substance excite fortement les centres nerveux, le système musculaire, accélère les battements du cœur au début, puis les ralentit en augmentant la pression vasculaire, produit des contractures des membres chez la grenouille, le cochon d'Inde, le lapin et est même toxique très-rapidement.

Quand on donne à un chien 30 grammes de café étendu dans 150 grammes d'eau avec un repas de 200 grammes de viande et qu'on le tue après cinq heures et demie, on constate que l'estomac est pâle, décoloré à la surface interne, que la muqueuse est anémiée, que les vaisseaux de la membrane externe de l'estomac sont contractés.

Tout l'organe présente un degré marqué d'anémie un temps assez long après la mort, une demi-heure environ; les artères donnent un jet abondant de sang, la vessie est pleine de 350 grammes d'urine; ceci est en rapport avec l'excitation du cœur, des centres nerveux, du système vaso-moteur.

Et l'on trouve dans l'estomac 145 grammes de viande réduite en fibrilles, une quantité plus grande que quand on fait faire le repas avec la viande seule.

Le café, déterminant l'anémie de la muqueuse, gênant la congestion plus qu'elle ne la favorise, s'oppose plutôt à la sécrétion du suc gastrique qu'elle ne la facilite.

D'où vient donc ce bien-être qu'expriment beaucoup de gens habitués à prendre le café après le repas? C'est que le repas produit chez ceux qui ont la digestion lente la lourdeur des facultés intellectuelles, l'embarras de la pensée.

Le café, stimulant les centres nerveux, dissipe promptement ces effets et chasse les malaises qui se produisent du côté de la tête.

Ce qui est certain, c'est que le café, le thé, pris en excès, sont une cause fréquente de dyspepsie, c'est-à-dire de congestion de la muqueuse; nos expériences le font comprendre facilement.

En renouvelant périodiquement cet état anémique de l'estomac, on finit par provoquer un état congestif permanent qui n'est autre chose que la dyspepsie.

On ne peut dire du sucre ce que je viens de démontrer pour le café. Il possède une mauvaise réputation auprès de médecins qui le proscrivent bien à tort dans la dyspepsie ou dans la dilatation de l'estomac. En même temps qu'il est un excellent aliment, il est un parfait digestif. Les médecins le proscrivent parce que ceux qui font de la chimie à propos de dyspepsie ont trouvé qu'il se décompose en CO^2 et alcool. J'en ai fait prendre 120 grammes par jour à un médecin qui souffrait depuis plusieurs années d'une énorme dilatation de l'estomac et n'osait depuis longtemps en faire usage. Cet aliment lui était devenu très-agréable et faisait partie de son régime quotidien.

Nous donnons à un chien, avec 200 grammes de viande, 80 grammes de sucre de canne.

Il est sacrifié après six heures, et on ne trouve plus qu'une vingtaine de grammes de fibrilles; après le même temps, on en trouve d'habitude encore 90 à 100 grammes. La muqueuse est plus fortement congestionnée qu'avec la viande seule; le foie pèse 810 grammes, et son poids est notablement augmenté.

Le sucre excite donc la muqueuse stomacale et hâte la digestion.

Le café a une action locale et générale; il agit localement par son tannin en diminuant le calibre des vaisseaux; il agit sur l'économie en général en excitant les centres nerveux et les muscles; il ralentit la digestion, il n'est agréable que parce qu'il calme les phénomènes de lourdeur intellectuelle qui suivent le repas.

Son action mauvaise peut être corrigée par le sucre qui peut contrebalancer sa mauvaise impression sur l'estomac.

Il en faut conclure qu'au point de vue du goût et à celui de la digestion, nous avons raison de sucrer le café, et ceux qui le prennent sans sucre se trompent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 avril 1881, M. Planchon, docteur ès sciences, docteur en médecine, pharmacien de première classe, est nommé professeur de botanique et d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La Faculté de médecine de Paris a donné comme sujet du prix Corvisart, pour le concours de 1881 : « les Pleurésies ».

— A l'occasion des fêtes de Pâques, la Faculté de médecine de Paris sera fermée du dimanche 17 avril au dimanche 24 du même mois, ainsi que le vendredi 15 avril; elle sera ouverte pour les examens seulement le samedi 16.

— La Faculté de médecine de Nancy a présenté : 1° pour la chaire de médecine opératoire, en première ligne, M. Chrétien; en deuxième ligne, M. Weiss; 2° pour la chaire de pathologie externe, en première ligne, M. Heydenreich; en deuxième ligne, M. Weiss.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central sera ouvert le jeudi 19 mai 1881, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 16 avril 1881 et sera clos définitivement le lundi 2 mai à trois heures.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien en chef dans les hôpitaux et hospices de Marseille sera ouvert le lundi 30 mai 1881, à une heure précise, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Le registre d'inscription des candidats, ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, sera clos le lundi 16 mai, à six heures du soir.

— Hier a eu lieu, à la mairie du cinquième arrondissement de Paris, l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance. M. Blondeau a été élu par 31 suffrages sur 35 votants.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves de quatrième année, c'est-à-dire ayant de treize à seize inscriptions, sont invités à se faire inscrire immédiatement à l'École pratique (ancien collège Rollin), dans le cabinet de M. Gombaut, rue Lhomond, 48, pour prendre part aux exercices pratiques d'anatomie pathologique qui sont obligatoires pour les élèves de ladite année. Ils auront à présenter en s'inscrivant: 1° la carte qui leur a été délivrée au secrétariat de la Faculté; 2° la quittance attestant qu'ils ont payé le droit des travaux pratiques.

Avec l'autorisation du doyen, les étudiants qui ont seize inscriptions pourront également être admis à prendre part aux exercices pratiques d'anatomie pathologique, à la condition d'avoir acquitté les droits fixés par les règlements.

— M. le professeur Hardy recommencera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité le mardi 26 avril 1881, à dix heures du matin, et les continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

— L'ouverture du cours d'anatomie pathologique de M. le professeur Charcot, suppléé par M. le docteur Dieulafoy, agrégé, est reportée au mercredi 27 avril. Les leçons auront lieu à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

— M. le professeur Hébert fera, du mercredi 13 au dimanche 17 avril, une excursion géologique aux environs de Beauvais. Étude des terrains tertiaires inférieurs, crétacés et jurassiques supérieurs. Rendez-vous à la gare du Nord, mercredi soir à quatre heures trois quarts précises. Prière de se faire inscrire au laboratoire de géologie de la Sorbonne, de huit à onze heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Abcès froids et tuberculose osseuse, par le docteur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau. 1 beau volume in-8° avec figures et 12 planches en chromolithographie. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cᵉ.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et

chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. La deuxième partie du tome XXV de la première série, la deuxième partie du tome XIV de la deuxième série, la deuxième partie du tome VIII et la première partie du tome IX de la troisième série, la deuxième partie du tome VI de la quatrième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie et G. Masson.

Leçons sur les maladies mentales, par B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition. Premier fascicule : I. La médecine mentale à travers les siècles ; II. De la folie en général ; III et IV. Des illusions et des hallucinations ; V. Des conceptions délirantes et des impulsions irrésistibles ; VI. De l'état physique des aliénés ; VII. Des lésions anatomiques de la folie ; VIII. Des formes du délire. 1 volume in-8° de 240 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Ce.

Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctifs, fibreux, séreux et osseux, anatomie et physiologie, par M. le docteur Testut, ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 258 pages, avec 4 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Poils et ongles, leurs organes producteurs, par M. le docteur S. Arloing, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, chef des travaux du laboratoire de médecine expérimentale à la Faculté de médecine de Lyon, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-8° de 202 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius), thèse du concours pour l'agrégation, par M. le docteur G. Bouilly, chirurgien des hôpitaux. 1 vol in-8° de 182 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie, par M. Gabriel Pouchet, préparateur de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8° de 109 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux expressifs, mémoire lu à l'Académie de médecine dans sa séance du 8 juin 1880 par M. J. Rambosson, lauréat de l'Institut. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11057.

N° 44. — JEUDI 14 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 14 AVRIL 1881. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

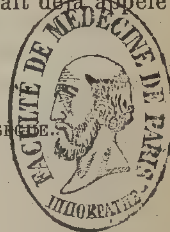
La discussion sur la vaccination et la revaccination obligatoires a continué sans avancer beaucoup. M. Depaul, répondant à M. Fauvel, a reproduit, en les développant, les principaux motifs de son opposition aux conclusions du rapport et a accentué davantage encore cette opposition en la formulant en propositions formelles.

M. Trélat, qui s'était fait inscrire, mais que le Congrès a appelé à Alger, a prié M. Béclard de lire en son nom les observations qu'il se proposait de présenter à ses collègues.

M. Trélat partage l'avis de la commission ; mais, comme elle, il ne se dissimule pas les difficultés d'application des revaccinations obligatoires. Pour faire disparaître la contradiction que n'a pu éviter la commission, il propose une sorte de moyen terme, consistant à en appeler à l'exécution des lois constitutives des municipalités, qui, entre autres attributions, imposent à ces municipalités d'assurer la salubrité, de prévenir et d'arrêter les épidémies et les maladies contagieuses. C'est à la mise en vigueur de ces prescriptions légales, tombées à peu près partout en désuétude, que M. Trélat a emprunté la formule d'un amendement qu'il propose de substituer à la dernière conclusion du rapport de la commission.

Tout n'est pas dit encore. Ainsi que l'a fait remarquer M. Larrey, les Chambres entrant en vacances, l'avis de l'Académie est moins urgent ; elle a donc tout le loisir de le mûrir et de le méditer avant de l'émettre définitivement. Nous avons ainsi la perspective d'une séance au moins, peut-être de deux séances, consacrées à la discussion de ce rapport.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Le vote de l'Académie a dérangé quelque peu, comme l'avait déjà fait la délibération en comité secret, les combinaisons de la section. M. Péan, que, par des motifs que nous ne nous chargeons pas d'expliquer, elle n'avait pas jugé à propos, malgré ses titres universellement connus, de porter sur la liste de présentation, y a été adjoint, à une grande majorité, par l'Académie. Au scrutin, la majorité a été acquise au candidat porté au deuxième rang, M. Cusco. — Double échec au compte de la section. Ce n'est pas la première fois que pareille chose lui arrive. Sans avoir à remonter plus haut qu'à l'une des dernières élections, si nous avons bonne mémoire, le vote de l'Académie en avait déjà appelé de son jugement.



HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAS[...]E.

Affections dysentériformes.

L'entérite dysentériforme est une maladie qui débute comme une véritable dysentérie, par une hémorrhagie intestinale plus ou moins considérable, de peu de durée, à laquelle succèdent des évacuations muqueuses plus ou moins abondantes.

C'est une maladie de l'S iliaque, qui se concentre dans un foyer sans s'étendre à d'autres points; c'est une maladie limitée dans l'espace.

La dysentérie vraie envoie de temps en temps des prolongements vers le cæcum, et quelquefois même jusqu'au pylore de l'intestin grêle. Il en résulte alors une maladie principale focale, à foyer limité, et une lésion accessoire. C'est comme un individu qui a un bouton dans le nez et qui l'écorche sans cesse ; une certaine inflammation se produit, il survient un coryza inflammatoire, et, les accidents se propageant, de l'érysipèle.

Dans l'entérite dysentériforme, lorsque le côlon transverse participe comme affection accessoire à la maladie, survient le phénomène colique. Celle-ci, aiguë, violente, dure un certain temps, puis s'éteint peu à peu et est remplacée par une sensation douloureuse, confuse, intermittente. Comme la migraine qui vieillit, tout ce qui était saillant au début peu à peu devient flou.

D'autre part la maladie peut ne devenir focale que secondairement, et finit par se concentrer. Alors il existe, avant qu'elle se localise, un certain état indécis de l'économie, et l'on observe des signes différents de ce qu'ils seront dans la suite. C'est la maladie prodromique qui se caractérise par des malaises, un « mal en train », de la fatigue ; l'individu dort mal, il éprouve une sensation de chaleur, il mange sans appétit. Il y a alors une affection intestinale vague, flou, qui précédera la localisation du mal. Sans vouloir faire un mauvais jeu de mots, je dirai que le mal intestinal tourne autour du pot, c'est-à-dire, autour du gros intestin. L'individu a comme une sensation d'angoisse, du ballonnement, des tiraillements du ventre.

Avant donc que la maladie à foyer se soit condensée,

concentrée, il existe un état prémonitoire. Quand la maladie est faite et qu'elle envoie des reconnaissances dans les régions voisines, elle n'est pas permanente, mais de temps en temps elle paraît et disparaît. Enfin les résultats principaux de ces excursions peuvent amener des modifications sécrétoires dysentériques qui n'ont pas leur siège fixe dans l'S iliaque, mais qui peuvent s'installer provisoirement dans le côlon transverse.

De même donc qu'il y a une affection dysentérique qui peut remonter dans le côlon, de même il existe une dysentérie qui n'a pas été décrite, dysentérie de deuxième ou de troisième ordre, une pauvre petite dysentérie démocratique, qui peut se localiser dans le côlon transverse sans étaler la splendeur aristocratique de la précédente. Caractérisée par l'inutilité de la constipation ou de la diarrhée, elle peut exister sans l'une ni l'autre, sans lésion anatomique connue, elle est caractérisée aussi par des produits muqueux qui sont tous rejetés dans l'intestin.

On l'a appelée entérite pseudo-membraneuse ou diarrhée pseudo-membraneuse, expression qui ne vaut absolument rien, car s'il est une série d'organes qui se refusent à la diphthérie, ce sont bien ceux qui constituent le tube digestif dans toute sa longueur. C'est ainsi que les diphthéries de l'œsophage sont du *racontar*, tandis que, les organes respiratoires, c'est pour eux que la fausse membrane est faite. C'est ainsi que vous ne verrez jamais de diphthérie à l'anus, même chez les femmes qui en présenteront à la vulve. Vous n'en verrez pas davantage sur les gencives, qui font partie du tube digestif et non des voies respiratoires.

La maladie que je vous décris ne saurait donc s'appeler en quoi que ce soit une affection diphthéritique, c'est une affection dysentériforme.

Elle commence par des troubles digestifs, la perte de l'appétit, quelquefois de la diarrhée, quelquefois de la constipation, des coliques angoissantes, qui ne sont pas localisées, qui se promènent, et se font sentir deux, trois ou quatre fois par jour. Puis, la maladie vieillissant, les coliques deviennent plus sourdes, presque permanentes, laissant peu d'intervalle entre elles; la marche les augmente ou les ramène. Le malade est fatigué, il est « mal en train », selon l'expression accoutumée; il n'a pas de fièvre et ne sait à quoi les attribuer.

Souffrant ainsi continuellement pendant quinze jours ou un mois, de guerre lasse il croit devoir diminuer son alimentation; il maigrit, il s'inquiète, il finit par manger de moins en moins et se condamne à une véritable inanition. Enfin il se décide à appeler un médecin inexpérimenté (ce qui se voit quelquefois). Celui-ci se contente de l'interroger plus ou moins minutieusement, mais ne regarde pas l'abdomen de son malade.

— Alors, lui dit-il, vous avez la diarrhée ?

— Mais je suis obligé d'aller quelquefois trois ou quatre fois dans la journée.

— Est-ce douloureux ?

— Oui, j'ai comme une bête qui me ronge. Ça va, ça vient.

— Puisque vous avez de la diarrhée, nous allons vous l'arrêter.

Et le médecin d'ordonner bismuth, chaux, craie, magnésie, etc.; traitement qui ne réussit nullement. C'est alors qu'un second confrère, plus expérimenté que le précédent (ce qui arrive aussi parfois), regarde le ventre du monsieur, à moins que ce ne soit de la femme, et voit un côlon tuméfié, distendu, bosselé, formant des ampoules douloureuses. Il demande à voir les excréments, ce qu'il faut toujours regarder; il remarque qu'ils sont rendus en petite quantité, mais il aperçoit aussi des matières muqueuses, dysentériques. Il apprend que la maladie ne dure pas, qu'il n'y a pas de ténesme, que cela va et vient. Alors, songeant à ces mucosités et aux douleurs du gros intestin, le médecin reconnaît là une affection dysentériforme particulière du gros intestin, du côlon transverse. Les évacuations alvines sont alors surveillées. On constate que le point douloureux n'est pas d'une mobilité absolue, mais qu'il est fixé dans une partie du côlon, d'où les douleurs rayonnent et vont en s'éteignant.

Les selles sont mixtes, variables; de temps en temps le malade rend des paquets de mucus intestinal, et rien d'autre; il a donc alors une constipation véritable, puisqu'il ne rend pas de matières fécales.

D'autres fois, les mucosités sont liées à des matières dures. On dit alors : C'est la constipation qui a donné lieu à la sécrétion muqueuse. Non, et, comme ces mucosités sont permanentes, il y a autre chose, puisqu'elles existent un jour sans matières fécales, le lendemain avec des matières liquides.

Ces évacuations, si différentes du jour au lendemain, se répètent et s'accompagnent quelquefois de diarrhée par catarrhe intestinal. Ce sont alors des alternatives de constipation et de diarrhée, puis plus rien, et la maladie semble arrêtée. Mais quelques jours plus tard les mêmes accidents reviennent, le malade est de plus en plus mal en train, et par action réflexe il souffre de l'estomac.

Alors l'affection s'établit, et l'individu devient un homme intestinal, comme il y a des hommes cérébraux, et tout ce qui leur arrive se porte sur l'intestin. Leur vie est alors absolument empoisonnée.

La maladie peut guérir, mais elle dure le plus souvent pendant plusieurs années. Elle peut aussi se trouver suspendue dans son cours pendant deux ou trois mois. Pourquoi ? nous l'ignorons. Enfin, c'est après avoir passé par une série d'intermittences qu'elle finit le plus souvent par devenir chronique.

Le traitement est des plus difficiles, et la plus grande incertitude règne sur ses résultats. La partie de l'intestin malade est trop loin de l'anus pour que les lavements aient quelque efficacité certaine, et cependant la médication topique serait la meilleure, et tout ce qu'on pourrait envoyer par là à l'organe malade n'arrive pas à son adresse.

Si l'on veut traiter par des laxatifs anodins, à répétition, on a chance d'arriver à quelque chose, mais chance seulement. D'autres conseillent une médication à bascule, c'est-à-dire par les astringents et par les laxatifs, les premiers pour forcer l'intestin à se reposer, les autres pour combattre la constipation. C'est une médication purement spirituelle, mais qui ne réussit pas mieux.

Le régime ? cela ne fait pas grand'chose. C'est la théorie du malade qui dit : « Lorsque je prends telle ou telle chose, je sens bien ce que cela me fait ». Mais nul n'est plus crédule que le médecin vis-à-vis de son malade lorsqu'il s'agit du régime.

En résumé, quelle que soit la médication, dès que la maladie est arrivée à durer un mois, elle se prolonge indéfiniment, et devient une humiliation pour le médecin, une tristesse et un chagrin perpétuel pour le malade.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN.

Du torticolis (1).

II

Après vous avoir exposé, dans une précédente séance, le mécanisme du torticolis, son origine et les lésions auxquelles il donne lieu, j'arrive aujourd'hui à l'étude du traitement chirurgical.

La première règle que je poserai, avant toutes choses, avant de vous décrire les différents procédés auxquels on a eu recours, est que l'on ne doit jamais opérer le torticolis sans chloroformisation préalable.

Deux fois il m'est arrivé, dans le cours de ma carrière chirurgicale, après avoir constaté une contracture musculaire bien nette, après avoir noté un raccourcissement qui n'était qu'apparent, d'être sur le point d'opérer mon malade, lorsque, tout à coup, sous l'influence du chloroforme, je vis le cou se redresser, le raccourcissement disparaître, et la contracture, qui seule était la cause des accidents et de la déformation, cesser absolument. Le chloroforme doit donc être toujours un élément de diagnostic, que vous ne devez jamais mettre de côté.

Quant à l'opération, elle doit toujours être pratiquée le plus tôt possible, afin d'éviter les accidents que le torticolis de date ancienne peut entraîner avec lui, tels que déviation de la tête, inclinaison de la colonne vertébrale, atrophie et asymétrie de la face, voire même peut-être, comme l'a prétendu Broca, un certain degré d'atrophie cérébrale du même côté.

Au dix-septième et au dix-huitième siècle, on opérait à ciel ouvert; ce procédé, reconnu des plus mauvais, est complètement abandonné depuis longtemps.

La première condition pour la réussite de la méthode opératoire est de bien placer la tête du malade, faute de quoi l'on risque d'opérer dans une vallée au lieu de le faire au sommet d'une colline, et d'être obligé de hacher les tendons musculaires en s'y reprenant à plusieurs fois, au lieu de pratiquer une seule section. Le malade doit être placé sur le dos, et la tête disposée de façon à produire une tension exagérée du muscle rétracté, qui doit former une véritable corde sous la peau.

Deux méthodes étaient autrefois en présence : l'une, la plus ancienne, qui consistait à faire un pli à la peau et à la ponctionner pour ainsi dire en faisant passer le bistouri entre elle et le tendon, puis, retirant l'instrument, à le remplacer par un bistouri boutonné sur le tranchant duquel le tendon du muscle sterno-mastoïdien se coupait de lui-même. Telle était la méthode classique dont le plus grand inconvénient était de ne pas pouvoir toujours passer le bistouri boutonné par la voie, et d'exiger par suite, quelquefois, la création d'une seconde voie.

La seconde méthode était celle de Duval, plus hardie et plus brillante, dans laquelle on pinçait entre le pouce et l'index de la main gauche le tendon exagérément tendu, puis, passant au-dessous de lui l'instrument, on en sectionnait les fibres par un mouvement de dedans en dehors. Par ce procédé, les parties profondes se trouvant en contact avec le dos du ténotome étaient forcément protégées, tandis que l'on a reproché à la méthode classique d'exposer le chirurgien à blesser les vaisseaux profonds de la région cervicale.

Cependant, dans la méthode de Duval, il est arrivé quelquefois, en tendant trop brusquement le cou, de traverser la peau et de faire d'une plaie sous-cutanée une plaie à ciel ouvert.

Quant à moi, j'ai adopté le procédé mixte que voici : je ne fais pas de pli à la peau, je regarde avec attention mon tendon parfaitement tendu et j'y introduis directement mon bistouri, de telle sorte que le muscle serve de gaine à l'instrument et lui fasse sa voie; puis je glisse mon ténotome mousse entre la peau et le tendon pour décoller le tissu cellulaire, et, retournant la lame vers le tendon, j'en pratique la section.

Ici je rencontre deux opinions : l'une soutenue par Bouvier et Richter, et que je partage complètement, qui prétend avec raison qu'il suffit de couper seulement le tendon sternal du muscle, l'autre préconisée par Malgaigne et Bonnet (de Lyon), qui veut que l'on coupe les portions sternale et cléidienne, opération laborieuse qui est une véritable myotomie, et qui n'est réellement nécessaire que lorsque les moyens adjuvants, appareils et massage, n'ont pas réussi.

Il est certain que, si, l'opération terminée, on abandonne le malade à lui-même, la position vicieuse se reproduit; aussi doit-on maintenir écartés l'un de l'autre les deux bouts du tendon sectionné. Pour obtenir ce résultat, la plupart des appareils étant assez dispendieux, Nélaton avait eu l'idée de faire porter la tête du côté opposé et de la maintenir dans cette position au moyen d'un serre-tête et de rubans de fil, en faisant également virer le menton. Mais, si l'on avait affaire à un enfant peu raisonnable, comme c'est le cas le plus ordinaire, le bonnet était vite arraché et la déviation pathologique se reproduisait promptement. Chez les jeunes filles, j'ai eu recours à un moyen qui n'est applicable que chez elles et non chez les garçons; je divise en deux mèches les cheveux du côté de la tête que je veux incliner vers l'épaule, une mèche antérieure et une mèche postérieure, et je les noue solidement sous l'aisselle pour que l'enfant ne puisse déplacer l'inclinaison forcée de la tête sans produire une traction douloureuse sur ses cheveux. Ce moyen de contention de la tête est bon; mais, d'une part, il n'est pas applicable aux garçons, et, de l'autre, il n'est pas toujours accepté volontiers dans les familles. Aussi a-t-il été nécessaire de trouver d'autres moyens, dont je vous parlerai tout à l'heure.

Neuf fois sur dix le sterno-mastoïdien est seul en cause dans le torticolis; une fois seulement à peine d'autres muscles, comme je vous l'ai dit dans ma première leçon, participent à sa rétraction; mais, comme ils sont larges et volumineux, et qu'ils cèdent facilement après la section du sterno-mastoïdien, il n'est pas nécessaire de les couper à leur tour.

Les accidents qui peuvent survenir consécutivement à la ténotomie sont : 1° l'hémorrhagie; mais elle est exceptionnelle, et je ne sache pas qu'elle puisse être grave, à moins que l'opérateur ne se trompe de région, ce qui n'est pas supposable. Je n'en connais aucun fait; 2° un spasme nerveux considérable, une sorte d'état demi-convulsif, une toux opiniâtre due à la blessure du nerf diaphragmatique. On en a cité deux cas qui semblent se rapporter à des sujets primitivement hystériques.

Après le traitement chirurgical, je dois vous dire quelques mots du traitement mécanique du torticolis. La première

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 avril 1881.

question est celle-ci : Peut-on s'abstenir de toute opération? A ceci le chloroforme vous répondra : si, sous son influence, le cou se redresse complètement, nulle opération n'est à pratiquer; il vous suffira d'appliquer un appareil capable de lutter contre la rétraction musculaire.

Le plus ancien de tous, c'est le collier de crin ; c'est aussi le plus simple, véritable carcan analogue au col que la mode de 1830 imposa à nos pères. Il soutient simplement la mâchoire sans imprimer aucune inclinaison droite ou gauche; mais il est facile d'y ajouter un coussin d'un côté ou de l'autre, selon la position que l'on veut donner à la tête. Ce collier n'est qu'un agent de contention qui ne réussit guère que dans les cas de torticolis compliqués d'arthrite cervicale. On en a fabriqué d'autres en cuir que l'on a moulés sur le cou des enfants, et, au moyen d'un ajustage et de plaques latérales, on élevait ou on déprimait telle ou telle région, selon l'inclinaison et la rotation que l'on voulait obtenir.

A ces appareils ont succédé ce que l'on a appelé des minerves. Elles sont de beaucoup préférables, et consistent dans trois parties : 1° une partie pelvienne qui prend son point d'appui sur le bassin; 2° une partie thoracique qui s'appuie contre l'omoplate, et 3° une partie cervicale. On emploie cet appareil, que le sujet ait été opéré ou non, et, le cou redressé, on le boucle dans une sorte d'étau sans qu'il puisse se mouvoir. Les minerves sont droites et inflexibles, aussi exigent-elles que le cou soit toujours redressé préalablement à leur application; de là un inconvénient assez sérieux dans les cas où le cou ne peut être placé dans une position droite. C'est pour ce motif que je les ai fait modifier, de façon à avoir un appareil à triple effet, c'est-à-dire qui prend le cou dans la position vicieuse qu'il occupe, et le redresse peu à peu chaque jour en lui imprimant trois mouvements : 1° d'inclinaison à droite ou à gauche; 2° d'extension s'il existe une flexion vicieuse; 3° de rotation en faisant tourner la tête sur son axe. J'y ai joint une petite calotte en gutta-percha, moulée sur la tête de l'enfant, afin que celle-ci ne puisse glisser et fuir dans l'appareil.

Quant aux appareils plâtrés, dans les quelques cas où j'avais voulu les employer, je m'en suis toujours fort mal trouvé; je les ai vus donner lieu à la formation d'eschares, malgré le coton et la ouate dont je m'étais servi pour protéger les tissus.

En terminant, je vous dirai que le traitement du mal de Pott sous-occipital ou torticolis vertébral est celui de l'arthrite cervicale. Nulle opération de ténotomie, les muscles étant seulement contracturés et non pas rétractés; mais application de pointes de feu qui enraient à la fois la douleur et la paralysie. C'est dans ces cas également que les colliers à plaques bilatérales sont heureusement usités.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre du ministre des travaux publics, qui consulte l'Académie sur les précautions à prendre pour les ouvriers qui travaillent dans des terrains marécageux.

LECTURE

M. J. LEFORT lit une note relative à un cas d'empoisonnement produit par de la strychnine donnée pour de la santonine. Afin de prévenir autant que possible à l'avenir de semblables erreurs provenant de la ressemblance des deux corps et de la similitude de désinence de ces deux noms, M. Lefort propose que la santonine soit désignée désormais sous le nom d'acide santonique.

M. ROUSSEL (de Genève) lit un travail sur un herniotracteur. (Sera publié.)

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Broca. La liste de présentation de la section porte, en première ligne, M. Gaujot; en deuxième ligne, M. Cusco; en troisième ligne, M. Lannelongue; en quatrième ligne, M. Le Dentu; en cinquième ligne, M. Terrier; en sixième ligne, M. Périer. M. Péan a été adjoint à la liste par l'Académie.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39, le scrutin donne le résultat suivant :

MM. Cusco	45	voix.
Gaujot	13	—
Péan	10	—
Lannelongue	6	—
Terrier	1	—
Bulletin blanc	1	

En conséquence, M. Cusco, ayant réuni la majorité, est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRES

La parole est à M. Trélat.

M. TRÉLAT, étant absent, a confié à M. Béclard le soin de lire à sa place une argumentation dont voici les termes principaux :

M. Trélat ne dira rien de la vaccination, au sujet de laquelle il partage les idées exprimées dans le rapport de M. Blot et de nouveau défendues dans la dernière séance avec tant de compétence et de talent par M. Fauvel.

C'est sur la revaccination qu'il a appelé un moment l'attention de l'Académie. La revaccination est sûrement tout aussi efficace, tout aussi nécessaire, que la vaccination. Mais, en édictant une loi obligatoire pour la revaccination, on se trouve dans cette situation contradictoire de reconnaître la haute utilité d'une mesure dont on ne sait comment formuler l'obligation.

Si l'on pouvait toujours et en tous lieux vacciner et revacciner d'office tous les individus qui habitent une localité où existent des varioleux, on diminuerait dans une forte proportion les cas de contagion. Mais comment y arriver? M. Trélat croit que ce résultat ne serait ni impossible ni difficile à atteindre. Les lois constitutives des pouvoirs municipaux (de 1789 et 1790) et sur l'organisation de la préfecture de police de Paris et des municipalités, établissent que les corps municipaux, les maires, le préfet de police à Paris, ont pour fonctions, entre autres, d'assurer la sécurité, la salubrité, de prévenir, d'arrêter les épidémies, les épizooties et les maladies contagieuses. Or, dans nos villages et dans l'immense majorité de nos villes, ces pratiques salutaires sont oubliées ou négligées. Pourquoi ne chercherait-on pas à les remettre en vigueur? Inviter, insister, faciliter, sont sans doute des termes persuasifs; mais ils ne sont pas synonymes de prescrire et obliger.

J'ai demandé à mes collègues du conseil de salubrité s'il n'y aurait pas avantage à prescrire la vaccination et la revaccination de tout individu placé au contact d'un foyer varioleux; ils m'ont tous répondu d'une voix unanime que cette mesure serait avantageuse.

C'est cette pensée commune que j'ai cru devoir exprimer à l'Académie, c'est elle que je voudrais voir figurer dans les conclusions qui vont être soumises au vote. Il m'a paru que le but complet pourrait être atteint en faisant subir une modification à la dernière conclusion du rapport. Je propose de rédiger cette conclusion de la manière suivante :

Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par les pouvoirs municipaux, partout où les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation.

M. DEPAUL rappelle qu'en 1868 un médecin de Montpellier, le docteur Monteils, tenta, comme on le fait aujourd'hui, de faire adopter par la Chambre législative un projet de loi tendant à rendre la vaccination obligatoire. Tous les arguments qu'on met en avant en ce moment pour en montrer l'utilité étaient longuement développés. Le projet fut repoussé, et les considérations sur lesquelles fut fondé le rejet de la proposition étaient justement du même ordre que celles qu'il oppose au projet actuel.

Avant de rentrer de nouveau dans la discussion, M. Depaul présente une observation générale. Il ne saurait refuser à l'Académie, comme l'a fait M. Fauvel, le droit et la compétence de tout examiner dans cette question. M. Fauvel ne veut pas que les médecins donnent leur avis sur la sanction qui doit assurer l'efficacité de la loi. Il n'admet pas davantage qu'ils éclairent l'autorité sur les difficultés et les empêchements qui se présenteront. Mais qui donc pourrait mieux que cette assemblée connaître ce qu'il y a de défectueux dans l'organisation actuelle et proposer les mesures les plus utiles pour y remédier?

M. Depaul part de là pour démontrer que tout se réduit à ceci : retrancher de la loi tout ce qui est inutile, ce qui n'empêchera pas, au contraire, de donner à la vaccination et à la revaccination tout le développement qu'il serait si utile d'obtenir. Ce n'est pas en se bornant à exprimer un vœu que l'on arrivera à ce but, mais en rédigeant et en faisant voter une loi qui organise sur de nouvelles bases la pratique de la vaccination en France, loi qui comporterait la nécessité pour le Gouvernement de faire voter les fonds nécessaires pour assurer son fonctionnement.

Après ces considérations générales, M. Depaul entre dans le fond du débat, discutant de point en point toutes les propositions de M. Fauvel et s'efforçant de refuser les critiques qu'il lui a adressées. Arrivé au terme de cette discussion, il la résume en ces termes :

Je n'ai pas voté et je ne voterai pas les conclusions de la commission, en m'appuyant sur les considérations suivantes :

1° Je repousse l'obligation parce qu'elle est inutile, et que, dès lors, je ne vois pas un motif suffisant pour porter atteinte à l'autorité du père de famille, qui, en ce qui touche la santé de ses enfants, doit être le juge souverain ;

2° Je la repousse parce que, dans les pays où elle a été introduite dans la loi, il n'a pas été possible de l'appliquer d'une manière un peu générale et qu'on ne s'en occupe plus;

3° Je la repousse parce que je ne puis pas admettre qu'on force un père de famille qui a des scrupules à laisser vacciner son enfant quand on ne peut pas lui donner l'assurance absolue que l'agent prophylactique ne sera pas en même temps le conducteur d'une autre maladie très-sérieuse ;

4° Je la repousse parce que, sans violenter personne, on peut donner à la vaccination et à la revaccination tout l'essor désirable (les réfractaires en France étant en très-minime proportion);

5° Je la repousse parce que, en réorganisant comme on doit le faire le service des vaccinations sur tout le territoire de la République, on fera disparaître tout ce qu'il y a de défectueux dans l'état actuel;

6° Enfin, je la repousse parce que, avec une loi ren[illegible] la réorganisation complète de la vaccination, vous aure[illegible] nécess[illegible] indispensable ; et, en vous servant des facilités que [illegible] don[illegible] l'obligation pour tous du service militaire, de l'instruction primaire, et le droit que vous avez administrativement d'exiger la production d'un certificat de vaccine dans les diverses écoles, administrations, etc., etc., vous arriverez à généraliser, autant que faire se peut, l'une des plus utiles méthodes prophylactiques des temps modernes.

M. LARREY informe l'Académie que, la Chambre des députés venant d'entrer en vacances, l'Académie a devant elle le temps nécessaire pour discuter avec maturité le rapport de sa commission.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 avril 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATIONS

Traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. — **M. CONSTANTIN PAUL** communique l'observation d'un jeune enfant qui portait quatre tumeurs érectiles volumineuses occupant le quart de la surface crânienne et chez lequel il a obtenu une guérison sensiblement complète par la vaccination. Voici comment il procède : il répand sur la surface de la tumeur une certaine quantité de virus vaccinal et fait ensuite des scarifications. On est bien sûr, de cette façon, que le vaccin a pénétré dans la tumeur. Ce procédé exige une grande quantité de vaccin; aussi est-ce à du vaccin pris sur la génisse qu'il faut avoir recours.

M. LABOULBÈNE, dans sa thèse pour le doctorat sur le traitement des nævi, des tumeurs érectiles, préconisait la vaccination et recommandait ce procédé consistant à faire, pour ainsi dire, un tas de vaccin et à piquer la lancette à ce niveau.

Traitement du cancroïde par la pâte arsenicale. — **M. LABOULBÈNE** avait récemment dans son service une femme hémiplégique qui était atteinte d'un cancroïde sur le nez. Ce cancroïde présentait le volume d'une noix. Selon le procédé de M. Manec, après en avoir fait l'abrasion, M. Laboulbène applique sur la tumeur la pâte arsenicale ou pâte de Rousselot, dans une étendue égale à celle d'une pièce de 1 franc en argent. Après quelques jours d'une inflammation assez vive, tout le tissu malade était frappé, et il se fit autour une inflammation éliminatrice. Cette femme est aujourd'hui absolument guérie. M. Laboulbène insiste sur cette propriété toute particulière de la pâte arsenicale, de détruire toutes les parties malades sans même en atteindre les limites. C'est là une action vraiment remarquable des arsenicaux d'aller chercher le mal où il se trouve et de n'attaquer que lui.

M. DUMONTPALLIER se demande si le chlorure de zinc n'a pas la même action. Il cite l'exemple d'un cancroïde enlevé une première fois avec le bistouri, récidivant après quelques semaines, étant alors traité par une application de chlorure de zinc et ayant parfaitement guéri. La guérison, en effet, se maintient depuis cinq ans.

M. LABOULBÈNE pense que la pâte de Canquoin, quand elle dépasse les limites du mal, réussit également très-bien. Mais elle n'a pas cette action élective de la pâte arsenicale.

Traitement de l'éclampsie par la saignée et le chloral. — **M. GUYOT.** Un enfant de onze ans et demi, au vingt-deuxième jour d'une scarlatine compliquée d'albuminurie, est pris d'attaques d'éclampsie. Il était dans le coma et près de succomber quand M. Guyot lui fit une saignée de 300 grammes et lui fit donner deux lavements de chloral. Cet enfant a très-rapidement guéri. M. Lépine a publié récemment une observation dans laquelle il s'agit d'un enfant atteint d'attaques d'éclampsie qui a guéri après un seul lavement d'eau simple.

M. DUMONTPALLIER. Nous sommes tous d'accord sur ce fait que les saignées répétées, le chloral et aussi les inhalations de chloroforme peuvent être utiles dans l'éclampsie. On peut se demander s'il ne s'agit pas là de phénomènes réflexes. On pourrait ainsi expliquer comment un simple lavement, dans ces cas, peut amener la sédation, une simple excitation périphérique pouvant être considérée comme un modificateur des centres nerveux.

M. HERVIEUX. Il faut distinguer l'éclampsie albuminurique et l'éclampsie non albuminurique. Il n'est pas admissible qu'un lavement d'eau simple puisse faire cesser l'éclampsie albuminurique. Quant à l'éclampsie non compliquée d'albuminurie, elle peut être facilement arrêtée par une simple excitation portée sur l'intestin. Une demi-cuillerée à café d'huile de ricin arrête très-bien les convulsions chez les très-jeunes enfants.

M. MAURICE RAYNAUD, à l'occasion des convulsions des jeunes enfants, appelle l'attention sur ce fait que la fissure à l'anus exerce

une très-réelle influence sur la production de ces convulsions. Ce fait est peu connu et non signalé dans les auteurs. En présence de convulsions chez de jeunes enfans, il faut donc examiner l'anus.

M. HERVIEUX. Une douleur, quelle qu'en soit la cause, amène des convulsions chez les jeunes enfants. M. Hervieux cite l'exemple d'un enfant nouveau-né qui fut pris de convulsions sans cause appréciable. On finit par s'apercevoir qu'une épingle du bonnet lui piquait la tête. Les convulsions sont, pour les enfants, une manière d'exprimer leurs sensations douloureuses.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1880.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	5	15	2	22
2e	17	28	2	47
3e	21	46	9	76
4e	43	53	18	114
5e	38	48	14	100
6e	29	25	13	67
7e	11	25	8	44
8e	4	11	1	16
9e	19	26	6	51
10e	42	48	10	100
11e	67	112	20	199
12e	28	36	7	71
13e	37	39	15	91
14e	35	46	15	96
15e	42	53	15	110
16e	5	7	1	13
17e	51	72	22	145
18e	61	63	17	141
19e	45	35	16	96
20e	51	95	25	171
	651	883	236	1770

La moyenne des visites par nuit est de 19 66/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 20 50/100.

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	128
Croup	52
Coqueluche	6
Corps étranger de l'œsophage	1
Corps étranger de l'oreille	1
Otite	1
B. — Asthme	56
Affections du cœur	62
Bronchites aiguës et chroniques	100
Pleuro-pneumonie	87
Congestion pulmonaire	18
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	112
Cholérine	11
Dysentérie	2
Athrepsie	3
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	76
Hernie étranglée	19
Rétention d'urine	29
Chute du rectum	1
Orchite	3
D. — Métrite. Métro-péritonite	49
Métrorrhagie	32
Fausse couche	42
Accouchement. Délivrance	154
Corps étranger du vagin	1
E. — Affections cérébrales. Paralysies	85
Convulsions. Éclampsie	61
Névralgie	61
Névroses	67
Épilepsie	24
Aliénation mentale	7
Alcoolisme, delirium tremens	16
Tétanos	1
F. — Rhumatisme	21
Affections éruptives	50
Érysipèle de la face	6
Fièvre intermittente	13

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

Fièvre typhoïde	47
Hémorrhagies de causes internes et externes	70
G. — Plaies, contusions	64
Fractures, luxations, entorses	41
Brûlures	7
Congélation	1
Empoisonnements	14
Asphyxie par le charbon	11
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin	53
Total	1770

Visites du premier trimestre de 1880	1,847
Visites du premier trimestre de 1881	1,770
Différence en moins	77

Les hommes entrent dans la proportion de 37 p. 100;
Les femmes — — 50 —
Les enfants — — 13 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les docteurs en médecine du treizième arrondissement de Paris sont prévenus que, le jeudi 14 avril 1881, il sera procédé à l'élection des candidats qui devront figurer sur la liste de présentation pour l'emploi devenu vacant de médecin inspecteur des écoles et des salles d'asile communales de cet arrondissement.

— Une médaille d'argent de deuxième classe vient d'être accordée à M. le docteur Berruyer, conseiller d'arrondissement, médecin du corps des sapeurs pompiers et du service municipal de police de Nantes, pour s'être distingué, le 28 février 1881, en arrêtant un cheval emporté attelé à un camion.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Jollivet, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Crépy-en-Valois, à l'âge de quarante-deux ans.

— Une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire, dans les bibliothèques universitaires ou dans les bibliothèques des Facultés des départements, s'ouvrira, le 11 juillet prochain, dans une des salles de la bibliothèque de l'Arsenal. Les registres destinés à l'inscription des candidats seront ouverts au secrétariat des diverses académies le 25 avril; ils seront irrévocablement clos le 4 juin, à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Houzé de l'Aulnois, professeur de clinique externe, est autorisé, à se faire suppléer, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-1881, par M. Paquet, professeur de médecine opératoire à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Leclerc est délégué provisoirement dans l'emploi d'aide d'anatomie, en remplacement de M. Imbert, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Muséum.* — M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie, est autorisé à se faire remplacer pour une partie de son cours, pendant la présente année scolaire 1880-81, par M. Hamy, aide-naturaliste.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Duhaupas (Albert), né à Arras le 2 mars 1860, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Brassart, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Lemercier est délégué temporairement dans les fonctions de bibliothécaire.

— M. le docteur Ch. Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum, commencera son cours le mardi 26 avril 1881, à quatre heures et demie du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Les leçons publiques auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et les leçons pratiques, le jeudi, se feront au laboratoire. Le professeur continuera cette année l'étude des mouvements chez les êtres vivants.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, par H.-S. Taylor, professeur de médecine légale et de chimie à Guy's hopital, traduit sur la dixième édition anglaise, avec préface par le docteur Henri Coutagne, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, médecin expert près des tribunaux de Lyon. 1 vol. gr. in-8° de 936-viii pages. — Prix : 15 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Manuel d'hygiène publique et industrielle, ou résumé pratique des attributions des membres des conseils d'hygiène, par Edmond Dupuy, pharmacien de première classe, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par Garnier. Seizième année, 1880. 1 vol. in-12 de 605-xxvii pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

La Bourboule actuelle, par le docteur A. Nicolas, médecin consultant à la Bourboule. In-12. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude de la myosite, par le docteur F. Guermonprez. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Recherches sur la pepsine, par A. Petit, licencié ès sciences physiques, président de la Société de pharmacie de Paris. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Revue de zoologie médicale, avec des notes, par le docteur Fr. Guermonprez. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Quelques réflexions sur l'hypnotisme et le magnétisme, par le docteur L. A... In-18 de 36 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11071.

N° 45. — SAMEDI 16 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 16 AVRIL 1881. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Session d'Alger.

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu jeudi 14 avril 1881, sous la présidence de M. le professeur Chauveau (de Lyon). Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours d'ouverture de M. Chauveau, entièrement consacré à l'étude des ferments et des virus.

Après quelques mots d'introduction; l'orateur aborde ainsi la question scientifique :

I

Qu'est-ce qu'un virus?

C'est un ferment.

Il n'y a guère plus de vingt ans, cette réponse faisait sourire. Dans un livre sur la contagion, publié en 1853, on lit, en effet, ceci : « M. Dumas, qui s'y connaît, regarde encore l'acte de la fermentation comme *étrange et obscur*. Elle donne lieu, d'après lui, à *des phénomènes dont la connaissance est à peine pressentie aujourd'hui*. Une affirmation aussi compétente ne doit-elle pas décourager ces tentatives qui prétendent éclairer le mode contagieux par le mode fermentatif? Supposez, pour un moment, que les deux faits soient du ressort de l'ordre physique, que peut-on gagner à éclairer l'un par l'autre, puisqu'il y a mystère des deux parts? *Obscurum per obscurius!* (Anglada.)

C'est un vitaliste de l'école de Montpellier qui parlait ainsi. Son langage ne serait désavoué par aucun adepte de n'importe quelle autre école, car il exprime excellemment l'état de la science au moment où furent écrites les lignes que je viens de citer. Oui, il est parfaitement exact qu'il y a vingt-cinq ans, nous ne savions presque rien sur le mécanisme intime des fermentations.

Le plus important de ces phénomènes et aussi le moins voilé, la fermentation alcoolique, avait été l'objet d'un grand nombre de travaux. De ce phénomène, on connaissait la plupart des conditions, les actes préparatoires, les produits essentiels, les agents même. Mais le rôle de ces agents était complètement méconnu. Cependant il avait été entrevu, indiqué même avec un grand bonheur d'expression par Cagniard-Latour, quand cet auteur représentait les cellules de levure comme des plantes « susceptibles de se reproduire par bourgeonnement, et n'agissant probablement sur le sucre *que par quelque effet de leur végétation* ». C'est précisément l'opinion inverse qui régnait alors presque sans partage. Faisant revivre, en les complétant, les idées oubliées de Willis et de Stahl, Liebig avait réussi à faire généralement accepter la théorie dite « du mouvement communiqué », théorie où la fermentation est représentée comme le résultat de l'entraînement des molécules de la matière fermentescible, dans le mouvement de décomposition qui se passe à côté d'elle, au sein de matières animales ou végétales azotées en voie de putréfaction.

Pas plus que la théorie de l'action de contact, soutenue par Berzélius, celle de Liebig ne se montrait, quand on allait au fond des choses, adéquate aux faits qu'il s'agissait d'expliquer. Malgré la vogue dont elle a joui, elle fut d'une stérilité rare, car elle ne fit faire aucune découverte dans le mystérieux champ d'étude des fermentations.

C'est en 1857 que commence l'ère des grands progrès. Elle s'ouvre par le *Mémoire sur la fermentation appelée lactique*, communiqué par M. Pasteur à l'Académie des sciences dans la séance du 30 novembre. L'auteur avoue franchement qu'il va au-delà du fait dans ses conclusions. Il n'hésite pas cependant à les formuler avec une superbe confiance, que l'éclatant succès de ses recherches ultérieures a pleinement justifié : « Quiconque, dit-il, jugera avec impartialité le résultat de ce travail et ceux que je publierai prochainement, reconnaîtra avec moi que la fermentation s'y montre corrélative de la vie, de l'organisation de globules, non de la mort ou de la putréfaction de ces globules, pas plus qu'elle n'y apparaît comme un phénomène de contact, où la transformation du sucre s'accomplirait en présence du ferment sans lui rien donner, sans lui rien prendre. »

Toutes les découvertes qui ont fait une suite glorieuse à cette nette affirmation de la théorie physiologique de la fermentation ont été accomplies en France. Elles font le plus grand honneur à notre pays. Il m'appartient d'ajouter qu'elles illustrent la physiologie contemporaine et nous donnent le droit, à nous physiologistes, de nous parer du nom de Pasteur, qui a signé la plupart de ces brillantes découvertes. L'école chimique française qui, parmi ses illustres maîtres, compte encore les Chevreul et les Dumas, à côté des Berthelot, des Sainte-Claire Deville, des Wurtz, etc., est assez riche pour permettre à la physiologie de lui faire cet emprunt.

L'œuvre de Pasteur pourrait, en effet, prendre le titre de *Physiologie des ferments*, — des ferments vrais ou figurés, bien entendu : ceux dont M. Dumas a dit qu'à l'exemple de la levure de bière, qui en est le type, « ils se perpétuent et se renouvellent quand le liquide où s'opère la fermentation leur offre l'aliment dont ils ont besoin », tandis que « les autres, qui ont pour type la diastase, se détruisent toujours quand ils exercent leur action ».

On n'a qu'à prendre, dans cette œuvre de Pasteur, l'étude de la levure de bière, pour voir s'éclairer des plus vives lumières le mécanisme intime de la fermentation, par la détermination des fonctions physiologiques de ce microbe.

Comme tous les êtres organisés, la levure a besoin d'aliments et d'oxygène pour vivre, se développer, se multiplier.

En fait d'aliments, ce végétal microscopique est aussi exigeant qu'une plante ou un animal supérieur; il faut que ces aliments lui fournissent les substances hydrocarbonées, azotées et minérales nécessaires à la constitution de toute matière vivante. Une mémorable expérience de Pasteur a montré qu'à l'instar de toute autre plante, la levure de bière peut emprunter les aliments qui lui sont nécessaires à un milieu purement minéral, et faire, avec les éléments qu'il puise dans ce milieu, la synthèse de ses principes immédiats et de ses tissus. Cette expérience a donné à la théorie du mouvement communiqué son premier et son plus rude coup. Aussi Liebig a-t-il cherché, mais vainement, à contester l'exactitude des résultats obtenus par Pasteur. De par cette expérience, il est prouvé que les matières azotées des moûts sucrés, qui étaient considérées comme le ferment lui-même, ne sont que des aliments du vrai ferment. On peut les remplacer par un sel d'ammoniaque auquel la levure prend l'azote dont elle a besoin pour se développer et se multiplier. Quant aux matières hydrocarbonées, c'est au sucre qu'elles sont empruntées. Toute la matière fermentescible ne se décompose pas, en effet, en alcool et en acide carbonique : une partie de ses matériaux se retrouvent dans les produits secondaires de la fermentation, l'acide succinique et la glycérine; une autre portion dans la levure nouvellement formée.

Les conséquences de cette expérience ont été considérables. Elle a inauguré une méthode de recherches, qui ont produit les plus brillants résultats, en donnant à la théorie physiologique des fermentations une base inébranlable.

Dans l'étude de l'influence de l'oxygène, l'induction tient une grande place. Mais l'auteur enchaîne le raisonnement aux faits avec une si séduisante sagacité que nous allons volontiers avec lui là où il veut nous entraîner.

Par les combustions qu'il provoque au sein des êtres organisés, l'oxygène est la source de toute l'énergie dépensée dans les actes physiologiques. Ce gaz est donc aussi nécessaire que les aliments eux-mêmes à la nutrition et à la multiplication de la levure. Jamais, en effet, l'activité de ces deux phénomènes n'est plus grande qu'au contact de l'oxygène libre. Mais, chose remarquable, les cellules de levure ne décomposent alors qu'une petite quantité de sucre en alcool et en acide carbonique. Leur pouvoir, comme ferment, est réduit au minimum. Pasteur pense même qu'on pourrait arriver à l'éteindre tout à fait. Mais que cette levure, pleine de vigueur, soit plongée dans un moût privé d'oxygène, la vie cellulaire, qui continuera avec activité, entraînera la rapide décomposition du sucre. La levure peut-elle donc alors se passer d'oxygène? Non. Tant qu'elle n'a pas épuisé l'énergie impulsive acquise en vivant au contact de l'air, elle a le pouvoir de prendre au sucre l'oxygène nécessaire à la production de la chaleur dont la transformation est appelée à faire les frais de la nutrition et de la multiplication des cellules. C'est justement par cet emprunt à la substance fermentescible que la levure en détruit l'équilibre de composition et force les éléments constitutifs de cette substance à se rassembler en un nouveau groupement.

Voilà comment Pasteur arrive à sa fameuse formule : *La fermentation, c'est la vie sans air.*

Il est bien difficile de ne pas accepter cette formule, en apparence paradoxale, quand on suit l'auteur dans la série des expériences par lesquelles il démontre que c'est l'expression d'un fait très-général. Semez, en effet, les spores de certaines mucorinées, du *mucor racemosus* surtout, à la surface d'un moût sucré; elles y formeront une abondante et vigoureuse végétation, en absorbant l'oxygène de l'air. Immergez dans le liquide le mycélium ainsi formé, il continuera à vivre et à se développer à l'abri de l'air. Mais alors ce mycélium deviendra ferment; il décomposera le sucre en alcool et acide carbonique, en agissant comme les cellules de levure, dont il tendra, du reste, à prendre la forme et l'organisation. Mettez dans une atmosphère privée d'oxygène des organes végétaux pleins de tissus sucrés, comme des fruits mûrs, à épicarpe parfaitement intact, et la vie cellulaire, en se continuant sous l'enveloppe à l'abri de l'air, provoquera immédiatement la formation d'alcool et d'acide carbonique : fait expérimental important produit déjà sous une autre forme par MM. Lechartier et Bellamy, dans des recherches entreprises pour compléter l'étude de Bérard, sur les modifications que les fruits apportent à la composition de l'atmosphère limitée dans laquelle on les conserve.

Le même intérêt et la même signification s'attachent à tous les autres travaux de Pasteur sur la fermentation alcoolique, particulièrement à ses belles études sur l'origine des levures viniques. L'une de ces études, la plus importante, avait été provoquée par l'écrit posthume de Claude Bernard. Elle survit à la cause qui l'a fait naître, l'émotion passagère soulevée dans le monde scientifique par la publication de cet écrit. Ne regrettons pas de fugitives dissensions, qui nous ont valu une œuvre durable, réfutation digne de la grande mémoire de notre grand physiologiste.

Il n'est pas une des autres recherches de Pasteur qui n'apporte le même appui à la théorie physiologique de la fermentation. Qu'on le suive dans son étude de la fermentation acétique, et on le verra mettre encore, avec la plus grande précision, le doigt sur le vrai mécanisme du phénomène. Rien de plus intéressant que cette étude, où tout est neuf. Elle substitue aux fausses explications qui régnaient dans la science et dominaient les procédés de la fabrication du vinaigre, une démonstration si fructueuse de la vraie théorie de l'acétification, que cette démonstration entraîne à sa suite les plus heureuses applications industrielles. C'est encore un ferment figuré qui préside à la transformation de l'alcool en acide acétique. Mais cette fois, le microbe actif, le *mycoderma aceti*, être essentiellement aérobie, accomplit sa fonction de ferment en agissant sur l'oxygène de l'air, qu'il fixe sur l'alcool.

D'autres ferments, au contraire, ne peuvent supporter sans périr immédiatement le contact direct de l'oxygène libre. Le vibrion butyrique est le type de ces ferments anaérobies. Aucune des études de Pasteur n'intéresse peut-être la physiologie générale plus que cette démonstration de l'existence de schizomycètes pour lesquels l'air est un poison. Les levures alcooliques, qui agissent surtout comme ferment quand elles sont à l'abri de l'air, ne peuvent pas néanmoins se passer d'oxygène libre, au moins pour revivifier leur pouvoir de prolifération. Avec les vrais ferments anaérobies, la vie s'entretient absolument sans air. Tout l'oxygène dont ils ont besoin est emprunté aux substances fermentescibles.

La sélection par cultures méthodiques et successives a joué un grand rôle dans la détermination et la spécification des différents ferments. Pasteur en a tiré le meilleur parti, et, après lui, ses élèves et ses imitateurs. C'est à l'emploi de cette méthode que nous devons encore la connaissance des ferments lactique, gallique, nitrique, de ceux qui président à la transformation ammoniacale de l'urine, à la putréfaction des matières albuminoïdes, à la décomposition de la cellulose, etc.

Grâce à l'étude physiologique qui a été si soigneusement faite de tous ces ferments, le retour de la matière organisée à l'état inorganique n'a plus de mystères pour nous. Il n'y a pas à douter que les agents de la mort définitive ne soient des êtres vivants, des microbes. Nous connaissons aussi l'origine des germes de ces agents. Presque toutes les eaux en renferment. Les seules qui en soient dépourvues sont, d'après la démonstration de Burdon-Sanderson, celles qu'on prend à la source, au moment même où elles sortent du terrain à travers lequel elles se sont filtrées. L'air atmosphérique, suivant les régions, en contient plus ou moins, ou même en est totalement privé. Enfin les germes de ferments ne manquent jamais dans le corps même des animaux destinés, quand la vie en sera absente, à leur servir de pâture.

C'est l'ignorance de l'existence des germes répandus dans le monde extérieur qui avait permis de croire aux générations et aux fermentations spontanées. Ceux de l'air atmosphérique étaient les plus discutés, malgré les démonstrations bien connues de Schwann, de Schultze, de Schrœder et de von Dusch. Pasteur a réussi à défier toute négation, en filtrant l'air sur du coton, comme

l'avaient fait ces derniers, et en prouvant qu'une parcelle de ce coton, projetée dans une infusion stérilisée, y provoque le développement d'une multitude de microbes-ferments, qui ont bientôt déterminé l'altération du liquide. L'air, en lui-même, est absolument impropre à produire cette altération. Il n'a besoin, ni d'être chauffé, ni d'être lavé, ni d'être filtré, pour acquérir cette qualité négative. Pasteur est, en effet, arrivé à démontrer que les moins stables des humeurs, l'urine et le sang frais, se conservent indéfiniment dans des ballons ouverts, pourvu que la communication avec l'air extérieur ait lieu par un long col sinueux dont l'ouverture regarde en bas. Ce dispositif suffit à empêcher les particules solides de l'air d'arriver au contact des substances putrescibles. L'atmosphère des ballons reste toujours optiquement pure, pour employer l'expression de Tyndall. Or, plus de germes atmosphériques, plus de fermentation.

Pasteur prouve de même que, si le vin, la bière, le vinaigre, s'altèrent dans les vases où on les emmagasine, c'est que ces précieux produits des fermentations industrielles sont souvent contaminés par les germes d'autres ferments empruntés à l'air, à l'eau ou aux récipients. Chacune des maladies de ces liqueurs est causée par un ferment particulier. Qu'on tue ces germes parasites, ou qu'on les empêche de se développer, ou bien enfin qu'on en prévienne l'introduction au sein du liquide, et le vin, la bière, le vinaigre ne pourront plus s'altérer.

L'ensemble de ces études est un des beaux monuments de la science contemporaine. Ont-elles dit leur dernier mot? Non. Ont-elles pénétré jusqu'au fond du mécanisme mystérieux des actions chimiques qui, dans les fermentations, accompagnent les actes physiologiques de la vie des microbes-ferments? Non; mais, en établissant d'une manière irréfutable que ces microbes sont les agents nécessaires des phénomènes de fermentation vraie, ces études ont réalisé un immense progrès, qui comptera dans l'histoire des sciences.

II

Il faut remonter aux plus anciennes études sur les fermentations pour trouver les premières tentatives d'explication de la virulence par un processus analogue. On a songé, en effet, de bonne heure aux points de ressemblance qui rapprochent l'action des virus de celle des ferments : ceux-ci provoquant la décomposition de matières dont le poids est incomparablement supérieur au leur; ceux-là entraînant, par leur insaisissable présence, les troubles les plus profonds de l'économie animale. La conception du virus-ferment est donc loin d'être une idée moderne. Mais on chercherait en vain, avant l'époque contemporaine, la moindre trace d'une preuve expérimentale de l'existence des ferments infectieux. Aussi ne devons-nous à nos précurseurs aucune acquisition sérieuse sur la théorie zymotique de la virulence. Au reste, ils n'auraient pu aller bien loin dans leurs démonstrations, ignorants, comme ils l'étaient, de la vraie nature des ferments.

La théorie parasitaire, très-ancienne aussi, se prêtait mieux que la théorie zymotique à la découverte de faits positifs et à la réalisation de véritables progrès. Par un certain côté, en effet, les deux théories se tiennent étroitement, puisque les ferments vrais sont des organismes, et qu'en se développant sur les animaux supérieurs, ils jouent nécessairement le rôle de parasites. Seulement les virus-ferments accomplissent une fonction infectante dont l'activité est hors de toute proportion avec leur masse, tandis que les parasites ne sont nuisibles que par leur nombre ou par l'importance des organes sur lesquels ils exercent leur action destructive. Cette différence n'aurait pas empêché néanmoins de découvrir quelques-uns des virus-ferments, si les recherches avaient été bien conduites. Mais il n'en est résulté que la découverte de parasites proprement dits, comme l'acare de la gale, trouvé par Raspail. Ce sont là des agents qu'il est nécessaire de tenir soigneusement à l'écart de notre champ d'études, si nous voulons éviter toute confusion. Lorsque le parasite, fût-il un microbe aussi petit que la psorospermie de la pébrine du ver à soie, ne jouit pas d'une activité délétère spéciale, ce n'est pas un virus : nous n'avons rien à faire avec un tel agent.

C'est en l'année 1850 qu'on rencontre, dans les annales de la science, la première acquisition nette et précise sur la nature des agents virulents. Rayer et Davaine signalent alors la bactéridie du sang de rate. Après eux, en 1855 et 1857, Pollender et Braüell la trouvent aussi dans le sang des sujets charbonneux, sans en reconnaître le rôle et l'importance. En 1860, Delafond l'étudie le premier avec assez de sagacité pour en soupçonner la véritable nature et la propriété infectieuse. Mais ce sont les études ultérieures de Davaine, en 1863, qui font faire les plus grands progrès à la détermination du vrai rôle de la bactéridie. Si la démonstration expérimentale n'est pas encore à l'abri de toute objection, il n'y a plus à douter néanmoins que le développement de cette bactéridie ne soit la cause et non le résultat de l'affection charbonneuse. Pour mon compte, je n'ai pas hésité, dès 1868, non-seulement à accepter sans réserve les conclusions de Davaine, mais à les étendre à toutes les maladies septiques ou septicoïdes, comme les infections putrides provoquées pour la première fois par Coze et Feltz avec l'inoculation d'une très-petite quantité de matière infectante, comme les septicémies chirurgicales, la pyohémie, la gangrène, les typhus, etc. Je prédis même alors la généralisation rapide de l'application des travaux de Pasteur sur la fermentation putride, dans cette partie du domaine pathologique. Plus tard, en 1873, mes expériences sur la gangrène tentent la première détermination du ferment qui est l'agent de ce processus. Il est prouvé, par ces expériences, que l'isolement et la mortification d'un organe, privé, sous la peau intacte, de toute relation vasculaire avec le reste du corps, n'entraînent jamais la gangrène, si une opération préalable n'a fait pénétrer dans le sang une matière putride spécifique. Une série d'autres faits démontrent que, dans cette matière, il n'y a d'actif que les ferments figurés, auxquels le liquide sert seulement de véhicule.

Jusqu'à quel point les conclusions des premières études sur le sang de rate étaient-elles applicables aux maladies plus habituellement considérées comme maladies virulentes proprement dites? C'est pour le savoir que j'ai entrepris, en 1867, mes expériences sur la détermination de l'état physique de l'agent infectieux, dans les humeurs de la vaccine, de la variole humaine, de la clavelée du mouton, de la morve. Il m'est bien permis d'exprimer un sentiment de légitime satisfaction, en rappelant que ces expériences ont donné à la science le premier renseignement direct sur la nature des éléments virulents, et que, jusqu'à présent du moins, elles sont restées, pour les virus qui en ont fait les frais, la seule preuve rigoureuse de l'état corpusculaire de ces agents morbides.

Les humeurs virulentes sont formées d'un véhicule liquide plus ou moins séreux dans lequel nagent des parties figurées, comme des hématies, des globules blancs, des globulins, des granulations protoplasmiques, des micrococcus, quelquefois d'autres bactériens ou vibrioniens. Sur quelles substances est fixée l'activité infectieuse de ces humeurs? Le virus est-il une diastase soluble dissoute dans le sérum, ou un ferment figuré constitué par l'un quelconque des éléments solides flottant au milieu de cette sérosité? Voilà la question que mes expériences ont nettement résolue.

Avec le virus vaccin, on utilise la propriété qu'il possède de donner naissance à une lésion typique très-circonscrite, dans chaque point de la peau où le virus est inoculé à la pointe de la lancette. Qu'advient-il de la production de cette lésion typique, la pustule vaccinale, quand on pratique l'inoculation avec une humeur de plus en plus diluée par un liquide indifférent? Ce qui arrive alors, c'est l'avortement d'un nombre d'autant plus grand de piqûres que la dilution de l'humeur vaccinale a été poussée plus loin. Mais celles qui sont fécondes engendrent des pustules aussi caractéristiques que les inoculations faites avec le vaccin pur. L'activité virulente se manifeste donc, non pas avec les caractères d'une propriété uniformément répandue dans le sein de l'humeur et attachée à toutes les molécules, mais comme l'attribut exclusif de quelques-unes de ces molécules, dispersées çà et là et d'autant

plus éloignées les unes des autres que la dilution est plus étendue. On voit que l'expérience se prononce en faveur de l'état corpusculaire du virus.

Par un très-sûr procédé de diffusion, on peut faire passer dans l'eau pure les substances solubles des diverses humeurs virulentes; si l'on essaie alors l'activité de ces substances, isolées ainsi de tout élément corpusculaire, on constate qu'elles sont tout à fait inertes. Voilà la démonstration directe de leur inactivité.

Une série de lavages soigneusement conduits peuvent débarrasser complètement les humeurs virulentes, le pus morveux, par exemple, de toutes les matières solubles qui enveloppent ou imprègnent les éléments corpusculaires. Inoculée dans cet état, la partie solide du pus fait naître la morve aussi bien que le pus entier. La démonstration est maintenant complète : c'est bien parmi les éléments corpusculaires qu'il faut chercher le virus; il n'y a plus à douter que ce ne soit un ferment figuré.

En prouvant par d'autres expériences que les humeurs, privées de tout élément solide autre que les plus fines granulations, ont encore toute leur activité, j'ai démontré du même coup que le virus-ferment se trouve nécessairement au nombre de ces granulations ou micrococcus.

Quels sont, parmi ces infiniment petits, ceux auxquels est départi le rôle de ferment virulent? C'est ce que je n'ai pas démêlé. Mais je ne suis jamais resté un seul instant dans l'incertitude au sujet de la spécificité de ces éléments. L'aptitude virulente n'appartient pas à toutes les granulations qui fourmillent, en plus ou moins grande quantité, au sein des humeurs. Entre les liquides extraits de diverses lésions, ou même entre ceux qui sont fournis par divers points d'une même lésion, on constate des différences d'activité. Ces différences permettent de conjecturer que le rôle de virus-ferment n'incombe qu'à certains éléments granuliformes, parmi ceux qui naissent sous l'influence des inflammations spécifiques des processus virulents.

Tels ont été les résultats positifs de mes études. Aujourd'hui encore je n'ai rien à retrancher, rien à ajouter, à la démonstration qu'elles ont donnée de la nature corpusculaire des virus de la vaccine, de la variole, de la clavelée, de la morve.

Claude Bernard me faisait l'honneur d'apprécier ces études. Peut-être a-t-il eu le tort d'attacher une égale importance aux conclusions précédentes, exacte interprétation des faits expérimentaux, et aux inductions par lesquelles j'ai cherché à établir que l'activité spécifique des agents virulents n'implique pas nécessairement leur individualité spécifique. J'ai dit, en effet, qu'au lieu de constituer des êtres indépendants, doués d'une vie propre, que je n'hésitais pas à attribuer aux ferments des maladies septicoïdes, les virus vrais pouvaient bien être le produit du protoplasma des cellules irritées par le contact de la matière infectante. Mais cette dernière vue n'établissait qu'une distinction essentiellement provisoire entre deux catégories d'agents de même ordre, que j'ai déclaré très-explicitement être appelés, par le progrès des études ultérieures, à se confondre dans une seule et même famille. Néanmoins, en voyant plus tard, dans l'écrit posthume de Claude Bernard sur la fermentation alcoolique, comme notre grand physiologiste s'est laissé entraîné à douer *la matière protoplasmique* ou *la force plasmatique* des jus de raisin du pouvoir de procéder à la génération de la levure, j'ai songé à nos conversations sur les agents virulents et je me suis demandé si je n'avais pas, à mon insu, contribué à engager dans cette voie le savant illustre qui voulait bien m'écouter. Heureusement, c'est une prétention que je ne saurais avoir : si une influence s'était exercée dans cette circonstance, ce serait plutôt celle du maître sur l'élève.

Que manque-t-il aux démonstrations que je viens de rappeler, pour autoriser l'attribution de l'individualité spécifique à ces virus corpusculaires? La preuve qu'ils sont aptes à vivre et à se multiplier en dehors de l'organisme, autrement qu'on peut les cultiver artificiellement, *in vitro*, par les méthodes de sélection introduites par Pasteur dans l'étude des ferments ordinaires. Je ne sache pas que personne y ait encore réussi. Un moment, on put espérer que Pasteur avait déterminé ainsi le virus de la rage; mais il nous apprend lui-même qu'il n'avait cultivé qu'un agent septique nouveau. Tout récemment M. Toussaint, l'un de mes élèves estimés et aimés, a annoncé qu'il a reproduit le virus de la clavelée dans une série de cultures successives. Mais je ne suis pas encore convaincu que les produits de cette culture soient bien réellement les agents de la variole ovine.

Si le progrès, sous cette forme, se fait attendre un peu du côté des maladies virulentes proprement dites, il marche à pas de géant du côté des maladies septicoïdes. Delafond avait avancé hardiment, dès 1860, que les baguettes charbonneuses sont des plantes cryptogamiques susceptibles, dans des conditions favorables à leur végétation, de se transformer en mycélium et de produire des spores. C'est Koch qui en donne le premier la démonstration, seize ans plus tard. Il fait cette intéressante découverte en cultivant le *bacillus anthracis* dans le sérum ou dans l'humeur aqueuse. Les conditions de succès de cette culture, les phases qu'elle parcourt, la multiplication indéfinie du bacillus par une suite d'opérations successives, la conservation de la virulence dans les produits qui en résultent, tous ces faits importants sont vus et décrits par Koch avec une grande netteté.

Koch faisait ses expériences sous le microscope dans une petite chambre à air. Pasteur reprit, avec ses élèves, cette culture de la bactéridie charbonneuse, dans des récipients où la végétation de la plante virulente peut s'accomplir en toute liberté. Cette culture en grand, imitée de celles que Pasteur avait faites autrefois avec la levure de bière, le ferment butyrique, etc., a été poussée par lui à un grand degré de perfection. Elle fournit aux investigateurs un des plus sûrs et des plus élégants moyens de détermination et d'observation des agents de la virulence.

Le nombre des agents spécifiques qui ont été déjà rigoureusement déterminés par cette méthode des cultures *in vitro* n'est pas encore bien notable. On cite, avec la bactéridie charbonneuse, le microbe du rouget ou pneumo-entéritis du porc, découvert par Klein; celui du choléra des poules, dont la détermination, heureusement commencée par Toussaint, a été si bien achevée par Pasteur. Ajoutons deux autres conquêtes de ce dernier, le vibrion de la pyohémie et l'agent de la septicémie ou plutôt d'une des maladies infectieuses, peut-être assez nombreuses, qu'on peut considérer comme des septicémies. La liste enfin est sur le point de s'enrichir du *bacillus malariæ* de Klebs et Tommasi-Crudelli.

Mais les services que la méthode est en train de rendre à l'étude des conditions de vie, de reproduction, d'activité, de conservation des ferments virulents sont déjà immenses. Dans l'économie animale, il est difficile de suivre les virus, de les soumettre aux influences capables d'en montrer nettement les fonctions et les caractères physiologiques. Dans les récipients où se font les cultures, on est aussi absolument maître de ces virus que des levures et autres ferments ordinaires. On peut les éprouver par toutes sortes de traitements, trouver ainsi les aliments qui conviennent le mieux à ces agents de la virulence et les substances dont ils ne peuvent s'accommoder, la meilleure atmosphère respirable et les gaz qui tuent, la température la plus favorable au développement et celle qui empêche toute multiplication. Quel moyen plus commode que la culture, pour s'assurer à la fois de la force de résistance des virus et de la puissance de l'homme sur ces microbes pernicieux, pour connaître les influences qui les favorisent, les ennemis qui exercent à leur égard la concurrence vitale, les substances qui les empoisonnent, en un mot toutes les conditions susceptibles d'exalter, de détruire ou de modifier leur activité?

Nous allons voir tout à l'heure l'énorme intérêt pratique qui s'attache à ces recherches inaugurées et poursuivies par Pasteur. Mais rattachons-les d'abord à la conclusion que nous poursuivons, sur la détermination générale de la nature des virus, en faisant remarquer que le résultat des cultures virulentes justifie pleinement ceux qui prétendent formuler la définition du virus par celle du ferment figuré.

(A suivre.)

NOTE A PROPOS DU TORTICOLIS.

En accueillant les communications fournies par les différents enseignements cliniques des hôpitaux, la rédaction du journal ne prend en aucune façon la responsabilité des doctrines ou des méthodes qui y sont exposées ou préconisées.

Cependant il est des circonstances où le silence du journal pourrait être interprété comme une sorte d'adhésion à ce qui paraît sous son couvert. Il se trouve alors dans la nécessité de faire des réserves qui le dégagent entièrement de certaines idées ou de certains procédés auxquels ils ne saurait s'associer. Tel est le cas des deux articles sur le torticolis insérés dans les deux derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux*.

Ainsi, il nous a été démontré par les données les plus certaines, et par le témoignage compétent de l'un d'entre nous, M. le docteur Brochin, l'un des chefs de clinique du service spécial de M. J. Guérin, à l'hôpital des Enfants, de 1839 à 1844 :

1° Que c'est à ce chirurgien qu'est due la théorie du véritable torticolis par rétraction musculaire, c'est-à-dire du seul auquel appartient cette dénomination et qui soit tributaire de la chirurgie orthopédique;

2° Qu'à M. J. Guérin appartient la détermination des formes et variétés du torticolis en rapport avec l'action spéciale des différents muscles du cou atteints de rétraction et de contracture;

3° Que cette théorie n'est qu'une dépendance et un cas particulier de la grande théorie du même auteur déjà exposée dans le rapport de l'Académie des sciences (1835) et appliquée aux monstres et à toutes les difformités congénitales;

4° Que M. J. Guérin a fait connaître, à la même époque, contrairement à M. Bouvier, l'existence inaperçue jusqu'alors d'une inclinaison latérale de la colonne cervicale du côté opposé à l'inclinaison de la tête;

5° Que M. le docteur J. Guérin a le premier signalé et décrit, comme conséquence de ce fait nouveau, le fait de la déformation et de la réduction spéciales de la demi-face, du demi-crâne et autres parties accessoires; yeux, joue, mâchoire, et correspondant à l'inclinaison de la tête et aux muscles rétractés;

6° Que M. Guérin a, le premier, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences (1838), fait connaître la méthode opératoire appliquée à cette difformité (section sous-cutanée des muscles rétractés), méthode qui n'est elle-même qu'une application particulière de la méthode sous-cutanée générale du même auteur;

7° Qu'enfin le même chirurgien a indiqué, dans ses différents mémoires sur le torticolis, les différents procédés opératoires sus et sous-musculaires, procédés rappelés et décrits postérieurement dans la grande médecine opératoire de Bourgery et Jacob.

Ces différents énoncés, dont nous avons reçu la justification la plus complète, nous ont paru devoir être consignés ici à titre de réserves, soit comme complément ou restitution des idées émises, soit comme rappel des pratiques exposées, dans les deux articles *Torticolis* insérés dans nos deux derniers numéros.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Amputation de Lisfranc. — M. TILLAUX appelle l'attention sur plusieurs points relatifs à l'anatomie de l'articulation tarso-métatarsienne. Les ligaments interosseux sont décrits d'une façon différente par les auteurs. Il y a un ligament interosseux interne, que Lisfranc appelle la clef de l'articulation, qui part de la face externe du premier cunéiforme, qui va se fixer à la partie supérieure du second métatarsien et envoie un autre faisceau lequel va s'attacher au niveau de la tête du premier métatarsien. Il y a un ligament interosseux externe qui part de la face externe du troisième cunéiforme et se bifurque pour aller s'insérer sur les points correspondants des métatarsiens. Ces deux ligaments séparent l'articulation en trois parties distinctes. Il y a une synoviale spéciale pour le cinquième métatarsien. Mais, détail capital et sur lequel insiste M. Tillaux, il résulte de la disposition respective du scaphoïde et des trois premiers cunéiformes que la synoviale scaphoïdo-cunéenne communique constamment avec celle des deuxième et troisième cunéiformes. Il résulte de cette disposition qu'une inflammation occupant l'articulation de Lisfranc se propage fatalement aux deux cunéiformes. Il faut donc éviter de pratiquer l'amputation de Lisfranc dans les cas pathologiques et réserver cette opération pour les lésions traumatiques.

M. DESPRÈS condamne d'une façon absolue l'amputation de Lisfranc.

M. MAURICE PERRIN n'admet pas non plus les amputations pathologiques de l'avant-pied. Il y a presque toujours des récidives dans ces cas. Mais l'amputation traumatique donne de bons résultats. Les blessés qui subissent cette opération guérissent très-bien et très-vite. Mais il y a des précautions à prendre pour éviter la déviation du pied en dehors.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit qu'il ne faut pas aujourd'hui attacher tant d'importance à la disposition des synoviales au point de vue de la propagation possible de l'inflammation, puisque l'on obtient des plaies qui ne suppurent pas. Dans les cas pathologiques, c'est bien plutôt du système osseux lui-même que des synoviales qu'il faut tenir compte au point de vue des récidives ou de la propagation de la carie.

M. FARABEUF regrette de voir M. Lucas tenir aussi peu de compte de la disposition anatomique des synoviales au point de vue des lésions inflammatoires. Quelque souveraine que puisse être la méthode Listérienne, au point de vue de l'antiseptie, il n'est pas moins important, pour le chirurgien, de tenir grand compte des données anatomiques telles que celle sur laquelle M. Tillaux vient d'appeler l'attention.

Traitement des kystes hématiques du corps thyroïde par l'électrolyse. — M. BERGER, au nom de M. Onimus et en son propre nom, fait une communication sur ce sujet.

Une dame portait depuis un an et demi, au niveau du corps thyroïde, une tumeur qui, dans ces derniers mois, avait rapidement augmenté de volume. Une première ponction, faite à Strasbourg, fut presque aussitôt suivie de récidive. La tumeur acquit rapidement le volume d'une pomme; elle était mobile, incolore, fluctuante, et donnait lieu déjà à des troubles du côté des voies respiratoires. M. Onimus proposa de la traiter par l'électrolyse. Le 20 janvier, MM. Berger et Onimus firent l'opération suivante: ponction, qui donna issue à 150 grammes environ d'un liquide chocolat; injection phéniquée par la canule, puis injection d'une solution d'iodure de potassium au dixième; introduction, dans la cavité kystique ainsi remplie de cette solution, d'une tige métallique mise en communication alternativement avec le pôle positif et le pôle négatif d'une pile de vingt-quatre à trente-six éléments, tandis que l'autre pôle était appliqué sur la périphérie. Il y eut une petite hémorrhagie; en peu de temps la cavité se remplit de nouveau et la tumeur reprit son volume primitif. Le lendemain de l'opération, il y

avait eu un accès de fièvre intermittente qui n'était qu'un de ces rappels de diathèse signalés par M. Verneuil. Il y a trois mois, M. Berger avait quitté cette malade, persuadé qu'il avait eu un insuccès complet. Il y a quatre semaines, il a pu constater que, du volume d'une pomme, la tumeur était réduite à celui d'une noix, et elle continue depuis ce temps à décroître dans des proportions considérables.

M. BOINET cite plusieurs cas dans lesquels il a obtenu d'excellents résultats de la ponction suivie de l'injection iodée. C'est une erreur de croire que l'injection iodée est toujours suivie d'une vive inflammation; dans les cas auxquels il fait allusion, M. Boinet n'a pas eu d'inflammation, ni de suppuration.

M. DELENS ne se rend pas bien compte de l'action curative de l'électrolyse dans le cas de M. Berger. Le traitement a été complexe; il n'y a eu qu'une seule séance; généralement l'action de l'électrolyse est très-lente, et il faut y revenir plus souvent.

M. DESPRÈS. Il y a des kystes séreux à parois minces qui guérissent avec une simple ponction, et il y en a à parois anfractueuses, à contenu sirupeux, gluant, et pour lesquels le traitement est des plus difficiles; dans ces cas, en effet, l'injection iodée ne réussit pas mieux que le reste.

M. LE DENTU est d'accord avec M. Després sur ce fait qu'il y a des kystes bénins et qu'il y en a d'autres pour lesquels le traitement est très-difficile. On ne sait pas toujours à quelle variété on a affaire; on fait une ponction, du sang s'écoule, et parfois on a les plus grandes difficultés pour arrêter l'hémorrhagie. La thérapeutique doit donc varier selon les cas: dans les kystes séreux, l'injection iodée donne d'excellents résultats; dans les kystes sanguins, on a souvent une inflammation gangreneuse qui peut aller jusqu'à l'élimination de la poche. Reste à savoir ce que donne l'électrolyse.

M. BERGER n'est pas opposé aux injections iodées, mais il croit que dans certains kystes sanguins l'électrolyse détermine des coagulations et amène la formation d'un caillot autour du pôle positif.

Extraction à l'aide d'un aimant d'un morceau d'acier fixé dans la rétine. — M. GALEZOWSKI. On sait que la présence d'un corps étranger dans l'œil peut déterminer une irido-choroïdite qui nécessite l'ablation de l'œil pour prévenir les accidents sympathiques dans l'autre œil. M. Galezowski a eu à traiter un ouvrier mécanicien, âgé de quarante et un ans, qui avait reçu un éclat d'acier dans l'œil. Après avoir traversé la cornée, l'iris et le cristallin, le corps étranger est allé se fixer sur la rétine, à peu de distance au-dessus et au dehors de la papille, comme ont pu le constater à l'ophthalmoscope MM. Galezowski, Yvert, Parent et Despagnet. L'acuité visuelle était sensiblement diminuée, et, malgré le traitement antiphlogistique, l'inflammation et la souffrance augmentaient tous les jours. M. Galezowski se décida alors à pratiquer l'extraction de la paille de fer à l'aide d'une sonde aimantée, construite par M. Collin à cet effet. Après avoir attiré l'œil vers l'angle interne, il pratiqua une incision de 5 millimètres, à 2 centimètres de la cornée et un peu au-dessus du diamètre horizontal, dans l'espace situé entre le muscle droit externe et droit supérieur. Après avoir introduit à travers cette plaie d'abord la sonde aimantée, puis une pince, sans résultat, il introduit une seconde fois la sonde aimantée, qui a entraîné au dehors une petite paillette d'acier grande de 2 millimètres. La plaie sclératicale a été réunie à l'aide d'un point de suture. Quelques jours ont suffi pour amener la cicatrisation et la disparition de toute inflammation. M. Galezowski présente l'opéré, dont l'œil gauche ne diffère en aucune façon de l'œil sain; il compte les doigts à deux pas, lit le caractère nº 12, et la papille peut être vue facilement avec l'ophthalmoscope, quoique à travers quelques flocons du corps vitré.

Il y a déjà de très-longues années qu'on s'est servi d'un aimant pour extraire les corps étrangers métalliques de l'intérieur de l'œil; mais, depuis la découverte de l'ophthalmoscope, on peut dire que le vrai auteur de cette méthode opératoire est M. William M'Kown, qui, en 1876, a pratiqué cette opération quatre fois, et une fois avec un plein succès. En Amérique, elle a été également exécutée plusieurs fois, et c'est pour la première fois qu'elle est employée en France, et avec un résultat aussi heureux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, — épreuve clinique, — s'est terminée mercredi soir. Ont été admis à subir la seconde épreuve les vingt-quatre candidats suivants. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Balzer, Barié, Barth, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Clozel de Boyer, Cuffer, Danlos, Decaisne, Dejérine, Gingeot, Gombault, Hirtz (Edgar), Jean, Lorey, Moizard, Oulmont, Renault, Robin, Roques et Tapret.

— M. Artaud (François-Joseph-Charles), directeur du service de santé de la marine à Toulon, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et par application de la mesure sur la limite d'âge.

— La démission de son grade, offerte par M. Narbonne (Eugène-Léon), médecin de deuxième classe de la marine, a été acceptée.

— Un concours pour la place de médecin-professeur de la marine (ligne médicale) s'ouvrira à Rochefort le 20 juin prochain.

— Un concours pour une place de médecin-adjoint près les hospices civils de Rouen s'ouvrira dans cette ville le jeudi 7 juillet 1881. — Le registre d'inscription, ouvert à la direction, enclave de l'Hospice général, sera clos le 23 juin. Pour les conditions du concours, s'adresser à l'administration des hospices de Rouen.

— Un concours public pour un emploi de nouvelle création de médecin adjoint à l'hôpital civil de Mustapha (Alger) sera ouvert le lundi 18 juillet 1881. Seront admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de vingt-cinq ans révolus et pourvus d'un diplôme ayant au moins trois ans de date. Cette date sera réduite à un an pour les candidats qui justifieront qu'après avoir été reçus au concours, ils ont exercé pendant trois ans les fonctions d'interne dans un des hôpitaux de France ou d'Algérie. Ceux qui, ayant justifié de ces conditions, auront en outre obtenu la médaille d'or de l'internat, ainsi que les titulaires du prix Poisson d'Alger, seront autorisés à concourir quelle que soit la date de leur diplôme.

Les candidats devront se faire inscrire, avant le dimanche 17 juillet prochain, au secrétariat de la commission administrative à l'hôpital, et déposer les titres requis. Les fonctions de médecin-adjoint ne sont pas rétribuées; toutefois, lorsqu'il suppléera par ordre le médecin titulaire, il touchera la moitié des appointements de celui-ci dont le traitement annuel est de 1500 francs. Les places de titulaire qui deviendront vacantes par décès, démission ou révocation, appartiennent de droit aux adjoints, suivant l'ordre d'ancienneté ou du numéro obtenu au concours.

Un concours pour la nomination à une place de chirurgien-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha (Alger), emploi de nouvelle création, s'ouvrira le lundi 25 juillet 1881. Les candidats devront se faire inscrire avant le 24 juillet 1881. Les conditions du concours sont les mêmes que pour la nomination à une place de médecin adjoint au même hôpital.

— M. le professeur Ball, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 24 avril 1881, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure.

— M. le professeur Ed. Bureau commencera, au Muséum, le cours de botanique (classification et familles naturelles), le mardi 26 avril 1881, à midi et demi, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à l'hôpital Necker, par J.-C. Félix GUYON, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker. In-8° de xx-1000 pages, avec 46 figures. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des rétrécissements du canal de l'urèthre, par le docteur SMET. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, par le docteur J. SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur le diabète sucré chez les enfants, par le docteur LEROUX. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Clinique d'accouchements, leçons faites à l'hôpital des Cliniques, par le docteur G. CHANTREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., recueillies et publiées par le docteur LORDEREAU. In-8°, avec 4 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11071.

N° 46. — MARDI 19 ET JEUDI 21 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. MARDI 19 ET JEUDI 21 AVRIL 1881. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une note de M. le docteur Apostoli, sur une nouvelle application de l'électricité aux accouchements, dont on trouvera un résumé dans le compte-rendu, et la suite de la discussion sur la vaccination obligatoire ont fait tous les frais de cette séance.

A mesure que cette discussion avance, l'obligation paraît perdre de plus en plus de terrain. M. Hardy, tout en proclamant bien haut le désir de voir se propager par tous les moyens possibles l'usage de la vaccine, se déclare quelque peu effrayé de ce précédent que l'on voudrait établir à une sorte de médecine officielle, de médecine d'État. Il n'y aurait pas de raison, après qu'on aurait voté l'obligation de la vaccine, pour qu'on ne proposât pas plus tard telle autre disposition coercitive à propos de telle ou telle autre maladie contagieuse. Si c'est uniquement pour obtenir du gouvernement les fonds nécessaires à la propagation de la vaccine qu'on met cette arme entre ses mains, c'est lui faire gratuitement injure ; M. Hardy a meilleure opinion des hommes qui nous gouvernent et ne doute pas qu'ils ne s'empressent d'accorder les sommes qu'on leur demandera, sans qu'on ait à recourir à un pareil détour. Il ne veut pas de ce que l'on pourrait appeler le despotisme de la lancette.

M. Hervieux, qui a pris la parole après M. Hardy, semble pénétrer davantage dans les vues de la commission : il est pour l'obligation, il le dit du moins, et il va même plus loin, il ne comprend pas qu'on conteste à l'État le droit de l'imposer ; mais il s'en écarte, en réalité, plus qu'il ne paraît le croire lui-même, car que devient l'obligation sans la pénalité qui en est la sanction ? Ce n'est plus qu'une obligation platonique. Or c'est là ce que propose M. Hervieux. N'est-ce pas jouer un peu sur les mots ?

Mardi prochain, M. Blot répondra aux divers argumentateurs et résumera la discussion.

M. Larrey exposera ensuite les réserves qu'il a annoncées.

L'Académie aura très-probablement à voter dans cette même séance.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Session d'Alger (1).

III

L'adoption de cette définition entraîne un certain nombre d'intéressantes conséquences. Il en est une dont la discussion ne peut être évitée ici : c'est la nécessité d'adapter la conception du virus-microbe aux lois de l'hérédité biologique.

Nous savons que l'hérédité, ce grand et puissant facteur des familles et des peuples, est elle-même le résultat de deux facteurs, le père, la mère, dont la part respective d'influence a été, est et continuera à être très-vivement discutée. L'homme, qui a presque toujours tenu la plume dans ces discussions, a eu naturellement une grande tendance à faire au père la part du lion. Dans ses accès de franchise, il convient cependant volontiers que l'enfant tient de la mère autant que du père, que le jeune emprunte à l'une aussi bien qu'à l'autre le principe de ses vices ou de ses vertus, de sa faiblesse ou de sa vigueur, ses aptitudes de toute sorte, en un mot l'ensemble de ses prédispositions héréditaires, sans en excepter celles qui ont un caractère morbide et qui aboutissent à l'évolution des dyscrasies et des diverses dégénérescences physiques ou intellectuelles.

Mais l'enfant n'hérite pas que d'aptitudes et de prédispositions ; il prend à ses parents leurs maladies mêmes. Quand on envisage l'hérédité à ce dernier point de vue, il n'y a plus égalité d'influence entre ces deux facteurs. Le rôle de la femme devient tout à fait prépondérant. C'est une conséquence nécessaire de l'intime solidarité qui existe entre la mère et l'enfant pendant la gestation, de l'étroite union résultant de cette vie commune, prolongée encore par l'allaitement après la naissance.

Dans cette période de fusion des deux existences, les maladies virulentes contractées par la mère se communiquent aisément à l'enfant. Les exemples ne manquent pas. Il y en a qui démontrent qu'à défaut de la maladie, ce sont les conditions de l'immunité qui sont ainsi transmises. Le plus probant des exemples de cette dernière catégorie est certainement ce fait, que je suis venu constater ici l'année dernière, à savoir, que l'agent charbonneux en se développant, même imparfaitement, dans les vaisseaux de la mère, sans pénétrer aucunement dans ceux du fœtus, peut néanmoins rendre celui-ci tout à fait réfractaire au charbon. Il n'est nullement téméraire d'affirmer que cette influence de la mère est un fait général. Parmi les maladies non encore étudiées à ce point de vue, il en est sans doute qui ne se communiquent pas, même sous forme bénigne, de la mère au produit. Mais, en se développant sur la première, elles jouissent probablement de la précieuse faculté de donner au second l'immunité contre les chances de contagion aux-

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 avril 1881.

quelles l'enfant et l'homme fait se trouveront plus tard exposés. Il me semble que le jour n'est pas éloigné où la démonstration de ce mode d'inoculation préventive sera péremptoirement établi, pour les plus communes et pour les plus graves des maladies infectieuses, comme la scarlatine, la rougeole et les différents typhus, y compris la terrible dothiénentérie.

De tous les faits connus, dans ce domaine spécial, aucun n'est contraire à la théorie microbiotique de la virulence. Tous s'adaptent avec la plus grande facilité à l'idée de l'indépendance, de la vie individuelle de l'agent virulent, à la conception du virus-être jouissant de son existence propre. L'enfant, pendant la gestation, n'est en effet qu'un organe de la mère. L'osmose placentaire permet la communauté du plasma sanguin; et les minces parois qui séparent les deux sangs ne sont pas un obstacle invincible au passage de ces infiniment petits qui constituent les éléments essentiels de la virulence.

Mais si, du rôle de la mère, nous passons à celui du père dans la transmission héréditaire des maladies virulentes, il n'y a plus d'adaptation possible de la théorie microbiotique. Le mode de participation du père à la génération du nouvel être est incompatible avec cette théorie : réception héréditaire d'un virus par la voie paternelle et individualité de ce virus ; ce sont là des termes absolument contradictoires. Ou bien les virus sont des agents doués d'une vie indépendante, et alors le père est incapable de communiquer directement une maladie virulente au germe qui va se développer dans le sein de la mère. Ou bien la possibilité de cette communication est un fait acquis à la science, et dans ce cas la théorie microbiotique est une erreur.

En principe, on peut bien présenter ce dilemme sous la forme générale et absolue que je viens de lui donner. Mais on échappe nécessairement à cette brutale alternative, quand on tient compte, comme il convient, des résultats sûrement et définitivement conquis. En réalité, la contradiction ne peut porter que sur un nombre fort restreint de maladies. C'est à elles seulement que s'adresse notre dilemme. Nous savons, à n'en pas douter, que l'ensemble des virus se comporte comme des microbes à vie indépendante. Si donc nous étions appelés à constater qu'une maladie réputée virulente peut être transmise héréditairement à l'enfant par le père, nous aurions à suspecter la nature vraiment virulente de cette maladie; ou bien, si cette mise en suspicion n'était pas possible, nous serions autorisés à considérer le virus susceptible d'être ainsi communiqué par le père comme faisant classe à part.

Les chances sont, jusqu'à présent, en faveur de la négation de l'influence directe du père, dans la transmission héréditaire des maladies virulentes. Les faits d'apparence contradictoire s'expliqueraient par la contamination préalable de la mère. Si cette solution triomphe, elle aura eu raison de la principale pierre d'achoppement qui fait obstacle à la généralisation de la théorie microbiotique des virus. Si, contre toute prévision, c'est l'autre solution qui l'emporte, nous aurons à maintenir, à côté des contagiums animés, le cadre spécial où j'avais provisoirement rassemblé les maladies dont l'agent, quoique aussi de nature corpusculaire, se montre encore rebelle aux tentatives de culture artificielle en dehors de l'organisme.

Quand même le triomphe complet de la théorie microbiotique des virus se ferait attendre, il n'en resterait pas moins démontré que, dans le domaine de l'hérédité morbide, l'influence du père est incomparablement moindre que celle de la mère. Cette solution est bien définitivement acquise. L'homme se hâtera d'en triompher, n'en doutons pas. Sa passivité lui tourne à avantage : il en tirera vanité et se glorifiera, comme d'un précieux privilège, de son impuissance à contaminer directement sa race. Ne le laissons pas s'endormir dans ce sentiment d'orgueilleuse supériorité. Jouirait-il sans conteste de cet avantage, qu'on pourrait toujours lui demander de qui la mère tient le poison qu'elle verse parfois dans le sang de son enfant? Que l'homme ne se vante donc pas de son effacement. S'il n'a qu'une influence directe restreinte sur le rejeton qui doit perpétuer sa famille, il ne doit pas oublier qu'il peut faire beaucoup de mal à son enfant en en faisant à la mère.

C'est à celle-ci à exalter l'importance de son rôle dans la perpétuation des familles, à s'enorgueillir de l'influence considérable qu'elle exerce sur l'enfant, cet espoir de la race et de la nation. « Tu partages mon sang et ma vie, peut-elle dire à l'être qu'elle porte dans son sein. Je te donne ma vigueur et ma beauté, les qualités qui ornent mon cœur et mon intelligence. Tu as de plus à attendre de moi la santé, si ton père veut bien respecter la mienne. Des maladies qui s'abattront sur moi, tu tireras parfois un principe de résistance aux effets de la contagion, à laquelle tu seras exposé plus tard quand tu jouiras de ta vie propre. Pour t'assurer cette préservation, je pourrai même courir au-devant du mal et rechercher volontairement l'inoculation infectieuse qui te procurera, par mon intermédiaire, le précieux bénéfice de cette immunité. Pourquoi, se sachant en possession de cette grande puissance, les mères ne voudraient-elles pas l'exercer? La science nous aidera dans cette tâche, en en ôtant tout péril. Mais, dût celle-ci ajouter aux charges et aux dangers de la maternité, l'héroïsme des mères ne reculerait pas devant ce nouveau service à rendre à leurs enfants. »

La science physiologique livre ces considérations à la société. Que celle-ci, maintenant éclairée sur la grande influence du procréateur féminin, sache lui demander les générations fortes et vigoureuses, dont la possession est pour elle d'un intérêt si pressant et si vivace.

IV

On a toujours attribué beaucoup d'importance aux bénéfices que la pratique médicale peut tirer des conquêtes de la science pure. Aussi l'attention publique s'est-elle attachée tout de suite aux études contemporaines sur la virulence, et leur a-t-elle demandé des ressources nouvelles pour traiter les maladies infectieuses, en empêcher la contagion, ou mettre les individus en état d'y résister.

Sur le terrain de la thérapeutique, on peut dire que, jusqu'à présent, les tentatives d'application des découvertes récentes ont été absolument stériles. Ces tentatives se bornent, du reste, à quelques essais de traitement du sang de rate par la pratique de l'échauffement. Mais l'avenir nous réserve sans doute d'heureuses surprises.

De bien meilleurs résultats ont été obtenus dans le domaine de la prophylaxie. En prouvant, par ses curieuses expériences, la conservation des germes virulents du sang de rate, à l'intérieur ou à la surface du sol où l'on a enfoui des cadavres d'animaux charbonneux, Pasteur a rendu un service des plus signalés. Il a donné ainsi un solide point d'appui à l'opinion des vétérinaires instruits qui, à l'exemple de C. Baillet, ont soutenu que la réapparition de la maladie dans les pâturages, après une longue éclipse, ne peut avoir d'autre origine que les agents virulents fournis par des malades, plusieurs mois ou même plusieurs années auparavant. Quand une cause de contagion est si bien démontrée, il est facile de la faire disparaître. Un autre exemple, beaucoup plus saisissant, est fourni par l'introduction en chirurgie de la bienfaisante méthode antiseptique de Lister. Cette méthode est un dérivé direct de la démonstration de l'exactitude de la théorie panspermique. On n'a plus à prouver l'immense bénéfice qu'on retire de la soustraction des plaies à l'action des ferments infectieux répandus dans l'atmosphère et dans les eaux, ou attachés aux instruments, appareils et objets de pansement.

Mais ce n'est pas là encore que se trouve le grand avantage pratique des progrès faits récemment par la théorie de la virulence. Les belles applications de ces progrès de la science physiologique porteront surtout sur l'immunité conférée par les inoculations préventives. Appuyée sur le principe de la non-récidive, bien constatée pour un certain nombre de maladies virulentes, la pratique des inoculations préventives est en train de prendre un si bel essor et de conquérir une si grande place dans les études de physiologie pathologique, qu'il y a service à rendre, à montrer exactement le point où la question est arrivée.

Le principal, presque l'unique problème à résoudre, c'est de

rendre ces inoculations préventives sûrement et constamment bénignes.

Pour cela, cinq moyens sont à notre disposition :

Agir avec des virus, non pas de même espèce, mais de même famille et naturellement bénins ;

Communiquer aux virus malins une atténuation spécifique et permanente, c'est-à-dire indéfiniment transmissible ; ou bien, obtenir simplement l'affaiblissement individuel du virus ;

Demander la diminution d'activité des virus au petit nombre des microbes infectieux mis en rapport avec l'organisme ;

S'adresser, pour obtenir cette diminution d'activité, à un mode particulier d'introduction des agents infectieux ;

Enfin, combiner plusieurs de ces procédés pour arriver plus sûrement au résultat.

Le premier moyen a son type et son exemple presque unique dans l'emploi du virus-vaccin pour préserver des effets fâcheux du virus variolique. Peut-être arrivera-t-on un jour à démontrer que le premier n'est qu'une forme atténuée du second. Mais, pour le moment, les expériences, par lesquelles j'ai démontré que l'étroite parenté qui relie ces deux virus n'implique pas leur identité spécifique, conservent toute leur signification et doivent continuer à recevoir l'interprétation que j'en ai donnée.

Nous possédons un second exemple de cette influence réciproque de deux virus de même famille, dans les expériences qui ont fait voir à Pasteur que l'inoculation du virus atténué du choléra des poules les préserve également du charbon. Mais cet exemple n'aura toute sa valeur qu'après de nouvelles expériences. Il sera nécessaire d'établir que l'influence préservatrice du choléra des poules, à l'égard du charbon bactéridien, se manifeste non-seulement sur les gallinacés, sujets quasi réfractaires au charbon, mais encore sur les animaux très-aptes au développement des deux maladies, comme le lapin et le cochon d'Inde.

L'atténuation spécifique et permanente d'un virus malin est établie par les belles observations et expériences qui, dans ces derniers temps, ont amené Pasteur à la transformation du virus mortel du choléra des poules en un agent anodin, transmissible avec ses qualités de bénignité. C'est le premier fait d'atténuation virulente artificielle ou expérimentale qui existe dans la science. J'ai démontré, en effet, qu'il ne fallait pas croire à la transformation du virus variolique malin en virus vaccinal bénin, par la culture du premier dans l'organisme des animaux de l'espèce bovine. Cette prétendue transformation est un leurre. Si donc, par ses procédés de culture et de conservation, *in vitro*, dans un milieu oxygéné, Pasteur parvient à donner aux virus malins une bénignité qui soit à l'abri de tout retour offensif de la malignité atavique, il aura été le véritable créateur d'une méthode qui est appelée à rendre les plus grands services à la science et à l'humanité.

Tout fait prévoir que le premier succès de Pasteur avec le choléra des poules, et celui, plus brillant encore, qu'il vient d'obtenir avec le sang de rate, ouvrent une ère nouvelle de découvertes fécondes en résultats pratiques.

Au lieu de poursuivre l'atténuation permanente et transmissible des virus malins, on peut les inoculer tels quels, après avoir instantanément endormi leur nuisible activité par un traitement convenable. L'atténuation alors ne porte pas sur l'espèce : elle est purement individuelle. C'est ce qu'a fait Toussaint avec le sang de rate, dans d'importantes expériences, dont Pasteur a donné l'exacte interprétation.

Dans les trois cas précédents, que la bénignité soit naturelle au virus, ou conquise par lui, il est très-facile de s'expliquer le mode d'action des agents infectants. En somme, avec ces procédés, on reproduit exactement ce qui se passe dans les inoculations avec le virus malin. Il n'y a qu'une différence : le processus pathologique qui crée les conditions de l'immunité peut, grâce à l'affaiblissement de l'agent morbifère, accomplir toutes ses phases sans atteindre les sources de la vie. La théorie des procédés, que je vais indiquer maintenant, paraît moins simple et plus difficile.

Contrairement aux idées généralement admises, la réduction du nombre des agents virulents employés pour pratiquer les inoculations est capable d'exercer une grande influence sur les résultats de ces inoculations. Quelques indications existent déjà sur ce sujet dans mes travaux sur la vaccine ; mais le fait qui m'a le plus frappé et qui m'a engagé à faire des recherches dans cette nouvelle direction, c'est le résultat de mes inoculations charbonneuses sur les moutons d'Algérie, avec de petites ou de grandes quantités de virus. Celles-ci triomphent parfois de la résistance naturelle des moutons algériens contre le charbon. Celles-là ne sont pas suivies d'accidents graves, et exercent une action préventive très-nette, à l'égard des inoculations ultérieures, faites avec de grandes quantités de virus. La non-récidive du sang de rate était ainsi démontrée pour la première fois, d'une manière saisissante.

Or il n'y a pas de raison de penser que ce qui se passe dans l'organisme de sujets doués d'une très-faible réceptivité, pour un virus, ne puisse se reproduire sur les sujets dont la réceptivité est grande. Théoriquement, il doit suffire de réduire considérablement le nombre des agents infectieux, en le mettant en rapport inverse avec l'aptitude des sujets, pour obtenir des effets bénins, pour rendre même les agents virulents tout à fait inactifs. En pratique, il est peut-être impossible d'y réussir avec nombre de virus. Mais il y a lieu d'être satisfait du profit que j'ai déjà tiré de l'application du principe.

J'ai obtenu, en effet, des résultats pratiquement utilisables, dans mes expériences sur la maladie infectieuse, connue sous le nom impropre de charbon symptomatique, qu'Arloing et Cornevin ont eu le grand mérite de distinguer du vrai charbon, en montrant qu'elle a pour agent une bactéridie mobile, et non pas la bactéridie immobile de Davaine.

Le mode d'introduction des agents virulents exerce aussi une grande influence sur leur activité. Un très-bel exemple en est donné par mes expériences sur le virus vaccin. Chez les animaux de l'espèce bovine, la simple piqûre d'une pointe de lancette trempée dans l'humeur vaccinale suffit à communiquer la vaccine, avec son accident local, les phénomènes généraux qui l'accompagnent, et enfin l'immunité consécutive. Injectées dans une veine, une ou plusieurs gouttes de la même humeur vaccinale restent absolument inactives, à moins qu'il n'y ait eu inoculation accidentelle du tissu conjonctif périvasculaire ; dans ce cas, survient une tumeur locale, dont le travail évolutif crée l'immunité, tout aussi bien que le développement du bouton vaccinal.

Des résultats analogues sont obtenus sur le cheval, mais avec une différence fort remarquable, montrant que l'aptitude vaccinogène est plus développée dans cette espèce animale. Les injections intravasculaires font naître parfois des exanthèmes vaccinaux plus ou moins abondants, tout à fait semblables aux éruptions naturelles. Plus souvent, ces injections semblent absolument inactives, comme chez les animaux de l'espèce bovine ; inactives en ce sens, qu'elles ne déterminent pas d'éruption ; mais elles n'en créent pas moins une solide immunité, ce qui n'arrive jamais sur ces derniers sujets, où les revaccinations, après l'injection veineuse, réussissent toujours.

Ayant appliqué ces données à l'inoculation du virus de la péripneumonie bovine, j'ai constaté des faits de même nature. L'immunité, qui est obtenue par les inoculations sous-cutanées, l'est également par les injections intraveineuses. Mais, tandis que l'inoculation d'une très-petite quantité de virus dans le tissu conjonctif fait naître une tumeur locale et peut engendrer les accidents gangreneux les plus graves, une quantité plus considérable de matière infectante, injectée dans une veine, ne donne pas autre chose que la fièvre. Il n'est pas sûr qu'avec l'un ou l'autre procédé, on ait jamais communiqué la maladie vraie, c'est-à-dire l'inflammation typique du poumon et de la plèvre. On y réussit fort bien, au contraire, par la communauté de la respiration, entre un sujet malade et un animal sain.

L'application des principes qui découlent de mes expériences sur la vaccine vient encore d'être faite sur un terrain nouveau, celui du charbon bactérien, dans les expériences exécutées à mon laboratoire par MM. Arloing et Cornevin. Injecté dans le tissu conjonctif sous-cutané ou intramusculaire, le virus reproduit faci-

lement la maladie mortelle, pour peu qu'il soit abondant. Il est très-rare que son introduction dans les veines, si la quantité de virus n'est pas considérable, engendre cette maladie ; mais cette injection intraveineuse donne toujours naissance à l'immunité.

Voilà donc, formée de la combinaison de deux procédés, une nouvelle méthode d'inoculations préventives bénignes. C'est une féconde application pratique d'expériences, qui visaient d'abord un autre but : l'acquisition de documents propres à mettre en évidence le mode d'action des virus sur l'économie animale, et à donner ainsi la clef de l'immunité acquise. La lumière n'est pas encore complètement faite sur cette question fondamentale. Il semble même que la théorie du virus-ferment, mise en présence du fait brut de la non-récidive, se heurte à une irritante contradiction. Pourquoi ces parasites spéciaux trouvent-ils tant d'obstacles à leur multiplication, dans le terrain qui a servi une première fois à leur développement, quand cette condition se montre si complètement indifférente à la repullulation de tous les autres parasites, quand on voit les sols, épuisés par une culture, reprendre vite dans le repos toute leur fécondité ? Laissons les faits s'accumuler encore, continuons à étudier les virus, d'un côté, dans leur milieu naturel, de l'autre, par les cultures en vases clos ; et bientôt, du rapprochement des résultats obtenus, jaillira la lumière qui éclairera le couronnement de la théorie microbiotique de la virulence.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

Présentation de l'épaule, version.

La femme qui est au n° 2 est accouchée à terme la nuit dernière d'un enfant qui s'est présenté par l'épaule, et cette présentation a nécessité une petite manœuvre, c'est-à-dire la version.

Cette femme est âgée de trente ans ; elle en était à son sixième enfant, un gros et beau garçon qui pesait à la naissance 3 kilogr. 690 grammes.

Entrée à l'hôpital à deux heures du matin, la dilatation était complète à cinq heures et les membranes étaient rompues une demi-heure plus tard. La présentation par l'épaule gauche ayant été reconnue, la sage-femme a terminé l'accouchement tout de suite sans m'attendre, comme l'ordre en est donné en pareil cas, et en faisant elle-même la version. La présentation de l'épaule était en céphalo-iliaque gauche de l'épaule gauche ou première position de l'épaule gauche, c'est-à-dire, la tête tournée vers la fosse iliaque gauche et l'épaule gauche au centre du bassin.

Si vous me demandez comment on a reconnu cette position, je vous dirai que, lorsque la rupture des membranes a été accomplie, le bras s'est défléchi, la main s'est présentée hors de la vulve ou a été sentie dans le vagin, le pouce tourné à gauche, la face palmaire en haut et en avant vers la symphyse du pubis.

Le pouce tourné à gauche indique la main gauche, tandis que le pouce tourné à droite indique la main droite. Cette position de la main permet donc déjà de présumer l'épaule qui se présente.

Chez la femme du n° 3, dont les dimensions du bassin ($0^m,075$) ont nécessité ces jours derniers l'opération de la céphalotripsie, on avait cru, jusqu'au moment où j'arrivai, à une présentation de l'épaule. Mais, après avoir touché la femme, je reconnus que nous avions affaire à une présentation de la tête. C'est qu'il arrive quelquefois que la main peut précéder la tête ; si donc l'on se contentait de ce seul renseignement de la présence de la main, on serait parfois induit en erreur. Pour l'éviter, il ne faut donc pas se borner à sentir la main, il faut suivre celle-ci et remonter le long de l'avant-bras et du bras ; si l'on a affaire à une présentation de l'épaule, on est forcé d'arriver par cette petite manœuvre jusqu'à la racine du bras. Mais si, comme dans le cas présent, comme chez la femme du n° 3, l'on sent une tumeur offrant tous les caractères de la tête de l'enfant, on reconnaît bien vite l'erreur que l'on allait commettre en croyant à une présentation de l'épaule, au lieu d'une présentation du sommet.

Ici, au n° 2, c'était bien l'épaule gauche, et, lorsque les membranes ont été rompues, que le liquide a été écoulé en grande partie, que les parois utérines se sont rapprochées de l'enfant, la dilatation étant complète, il était utile de ne pas attendre davantage la rétraction de l'utérus pour faire la version. Si même la position de l'enfant avait été reconnue avant la rupture des membranes, la version eût été plus facile encore.

On est quelquefois fort embarrassé pour la faire, surtout lorsque les membranes sont rompues depuis dix ou douze heures déjà, et que de nombreuses tentatives, maladroitement et infructueusement pratiquées, n'ont servi qu'à irriter la matrice. C'est souvent même dans cet état que les femmes nous arrivent, et, dans ces cas-là, on est assez fréquemment obligé de renoncer à la version immédiate. En effet l'utérus est alors tellement rétracté qu'il faudrait écarter avec force ses parois, risquer de les déchirer et de tuer la femme. Il faut donc attendre la cessation des contractions, soit par le repos, soit par le sommeil de la malade, en lui administrant des pilules d'extrait thébaïque ou un lavement de dix, douze ou quinze gouttes de laudanum, renouvelé même une seconde fois si un premier ne suffit pas. Enfin, lorsque la femme se réveille, on ordonne un bain prolongé à 27, 28 ou 29 degrés centigrades, c'est-à-dire un peu moins chaud qu'un bain ordinaire. En outre, si la femme est pléthorique, il sera utile de pratiquer une saignée de 2 à 300 grammes.

Souvent ces moyens suffisent, et, trois, quatre ou cinq heures plus tard, l'état de la femme est complètement métamorphosé ; l'utérus n'étant plus alors rétracté, la main pénètre facilement au fond de la matrice pour saisir les pieds de l'enfant et pratiquer la version sans difficulté.

Chez notre femme du n° 2, rien de tout cela ne s'est heureusement présenté ; la version, des plus faciles, a été faite dix minutes après la rupture des membranes, et l'enfant est né dans d'excellentes conditions physiques.

Mais comment doit-on s'y prendre dans un cas semblable à celui-ci pour pratiquer la version ? Lorsqu'il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche ou céphalo-latérale gauche, on introduit la main *gauche* qui s'en va du côté droit du bassin chercher les extrémités pelviennes. Je dis « la main gauche » parce que, si l'on voulait dans ce cas se servir de la main droite, celle-ci se trouverait agir dans la position forcée. La main gauche donc vaut mieux ; cependant, si l'on ne pouvait avec elle arriver jusqu'aux extrémités pelviennes de l'enfant, on changerait de main.

J'oubliais de vous dire que, le plus souvent, pour faire la version on endort préalablement la femme.

On va donc chercher les pieds dans l'intervalle de deux contractions utérines. Le premier temps, c'est l'introduction de la main ; puis l'on arrive sur les membres inférieurs que l'on trouve, les jambes croisées ordinairement fléchies sur les cuisses et celles-ci fléchies sur le bassin. Quelquefois les

jambes seules sont fléchies; d'autres fois elles sont relevées. Quoi qu'il en soit, vous saisissez les deux pieds à pleine main, l'un contre l'autre, sans trop les froisser, puis vous agissez de manière à ramener le dos en avant, en tirant sur les pieds. Lorsque vous ne pouvez pas ramener les pieds en avant, comme cela arrive quelquefois, vous prenez un autre point d'appui, soit dans le pli de l'aine, soit dans le creux du jarret, et vous essayez de retourner l'enfant.

Dans d'autres cas, une jambe est relevée tandis que l'autre est restée fléchie, vous faites alors la version avec un seul pied, sans vous inquiéter de l'autre, en ramenant le dos en avant; vous placez ensuite un lac sur l'autre pied et vous le saisissez à son tour. Vous devez si peu vous en inquiéter que quelques accoucheurs ont conseillé de pratiquer la version en prenant un seul pied alors même que les deux pouvaient être saisis facilement. Mais ceci est une exagération que nous ne saurions admettre.

Il faut donc, je le répète, introduire la main dans la matrice prendre son point d'appui, là où il vous sera le plus facile, sur les extrémités pelviennes, tirer sur ces extrémités, retourner l'enfant, l'engager jusqu'à la vulve et terminer l'accouchement comme lorsqu'il s'agit d'une présentation des extrémités pelviennes.

Chez la femme du n° 2, comme je vous l'ai dit en commençant, la sage-femme n'a éprouvé aucune difficulté pour retourner l'enfant à cause de la rupture récente des membranes datant seulement de quelques minutes, en raison aussi de ce que cette femme avait eu antérieurement déjà cinq enfants, enfin que son bassin était parfaitement développé. Les choses se présentaient donc dans les meilleures conditions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Ernest Besnier à la place vacante par suite du décès de M. Delpech.

M. Yvon adresse un mémoire intitulé : *Sur la composition des hypobromites alcalins employés pour le dosage de l'urée et sur un nouveau mode de préparation des bromures correspondants.*

LECTURE

Nouvelle application de l'électricité aux accouchements. — M. Apostoli lit sous ce titre une note qui se résume dans les termes suivants :

L'histologie et la clinique étant aujourd'hui d'accord pour démontrer que toute métrite ou engorgement utérin a pour facteur initial presque constant un arrêt d'involution de l'utérus, je propose, comme moyen prophylactique de cette affection si commune à la suite de couches, le nouveau moyen thérapeutique suivant que je formule ainsi :

Étant donné une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant à terme ou non, j'applique immédiatement, et séance tenante, à son utérus un courant faradique ou induit engendré par une bobine à fil gros et court et à intensité progressivement croissante; je renouvelle cette opération de huit à dix fois pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme et normal; quinze à vingt fois en moyenne pendant dix à quinze jours, après une fausse couche ou un accouchement laborieux. J'ai pour but d'aider, de hâter et de compléter l'involution utérine, pour abréger la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

L'étude de 32 cas observés depuis deux ans, parmi lesquels 11 fausses couches, 21 accouchements à terme pour lesquels j'ai fait au total 500 électrisations de l'utérus à l'état de gravidité et de puerpéralité, me permet de tirer les conclusions suivantes :

1° La faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive.

2° La faradisation est un calmant et un sédatif constant.

3° La faradisation abrège considérablement la convalescence en accélérant l'involution ou le retrait de l'utérus que l'on ne sent plus au-dessus du pubis, par le palper profond, du sixième au huitième jour en général.

4° La faradisation accélère le retour et l'exercice régulier de toutes les fonctions.

5° La faradisation préserve la femme de toutes les complications utérines qui sont le fait de l'accouchement.

6° La faradisation est le vrai traitement préventif des déviations utérines, suites de couches, comme la rétroflexion ou rétroversion.

7° La faradisation m'a paru diminuer l'écoulement lochial.

8° Étant donné la même dose de faradisation, la contractilité utérine est très-variable et est en raison inverse de son inertie.

9° L'action de la faradisation sur l'utérus, comparée à celle du seigle ergoté, est manifestement plus prompte et plus énergique.

En résumé, je propose l'introduction dans la thérapeutique obstétricale de la faradisation utérine après tout accouchement : 1° parce que c'est une merveilleuse méthode par son application simple, son dosage facile, son action rapide et énergique toujours inoffensive, qu'on peut interrompre et renouveler à volonté; 2° parce que son but immédiat est de restaurer la femme le plus promptement possible, et son but éloigné, de prévenir toute complication utérine ultérieure.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Guéniot et Tarnier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRES

M. Hardy est partisan de la vaccine, proclame bien haut ses bienfaits et désire qu'elle soit propagée par tous les moyens possibles. Mais, tout en rendant justice à l'auteur du rapport de la commission et aux intentions des partisans de la vaccine obligatoire, il hésite à accepter les conclusions de la commission. Voici quelles sont les raisons de son hésitation, il pourrait même dire de son opposition :

Jusqu'ici, dit-il, on a laissé chacun libre de se traiter comme il l'entend; il n'y a pas de thérapeutique officielle. Autrefois il y avait une religion d'État, je ne voudrais pas voir s'établir une médecine d'État. On m'opposera l'intérêt général; mais ceci ne me convient pas. Je verrais là, en effet, un précédent fâcheux. La variole n'est pas seule dangereuse et contagieuse; la rougeole, la scarlatine ne le sont pas moins. Pourquoi alors ne pas prendre contre ces maladies les mêmes mesures préventives? Obligerez-vous donc tout individu qui vient d'en être atteint à rester chez lui plusieurs semaines avant de rentrer dans le domaine public? Prescrirez-vous les bains obligatoires?

La petite vérole a une parente, un homonyme, la syphilis, contre laquelle des médecins autorisés ont tenté d'instituer des mesures préservatrices, par trop énergiques à mon sens, telles, par exemple, que l'hôpital-prison, proposé par un de nos confrères. Un autre, non moins philanthrope, n'a-t-il pas été jusqu'à demander la continence obligatoire pour les célibataires, auxquels les rapports sexuels légaux sont impossibles? Pourquoi ne pas aller jusqu'à demander, dans le même ordre d'idées, la fidélité conjugale obligatoire? Je force la note avec intention. J'ai surtout pour but de démontrer que l'on ne peut pas tout prévoir avec des lois, et qu'il faut surtout s'adresser à la sagesse et à la liberté individuelle beaucoup plus qu'à la loi. On a dit qu'actuellement la vaccine était obligatoire dans les écoles et dans l'armée. C'est une erreur de croire que dans les lycées la vaccine soit obligatoire; on ne vaccine pas les enfants contre le gré de leurs parents. Il est vrai qu'elle est obligatoire dans l'armée; mais le soldat est un être mineur, qui

doit obéir à tous les commandements qui lui sont donnés, à ceux du médecin militaire comme à ceux de son capitaine. On ne doit donc pas conclure de ce qui se passe dans l'armée à ce qui a lieu dans le civil, où chacun doit conserver sa liberté et son indépendance.

J'abandonnerais volontiers mes scrupules et laisserais de côté mes hésitations si la vaccine obligatoire devait rendre réellement les services qu'on en attend. Mais, parmi ceux qui sont opposés à la vaccine, il y a les réfractaires, les intransigeants que vous n'atteindrez jamais et qui préféreront payer l'amende ou voir leur nom ignominieusement affiché à la porte de leur mairie, plutôt que de tendre leur bras au vaccin redouté; puis il y a les négligents ou les indifférents qu'il sera toujours possible de se concilier par d'autres mesures que l'obligation; par exemple, en organisant des services de vaccine, en rémunérant mieux les vaccinateurs, en donnant des primes aux vaccinés ou aux parents qui font vacciner leurs enfants.

La commission, par une contradiction difficile à expliquer, n'a pas osé aller jusqu'à demander la revaccination obligatoire. Or vacciner sans revacciner ne sert à rien, la revaccination, comme mesure préventive, ayant tout autant d'importance que la vaccination elle-même. Enfin l'un des arguments de la commission est le suivant : « La vaccine obligatoire », dit-elle, « est pour nous un moyen d'obtenir du gouvernement des mesures que nous avons jusqu'ici demandées en vain. » J'avoue que j'ai du gouvernement une meilleure opinion que notre commission, peut-être parce que je le connais moins. Suivant moi, si l'Académie répondait à la question qui lui est adressée : Non, il n'est pas nécessaire de recourir à la vaccine obligatoire, mais à la condition que vous votiez les fonds nécessaires pour instituer des services de vaccination et nous fournir les moyens possibles de propager les bienfaits de la vaccine; j'ai assez bonne opinion de ceux qui nous gouvernent pour être persuadés que leur réponse serait favorable, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux moyens de coercition et à ce qu'on ne manquerait pas d'appeler le despotisme de la lancette.

M. HERVIEUX. La réponse à la question : L'État a-t-il le droit de rendre la vaccination obligatoire ? suppose résolue celle de savoir si l'obligation est nécessaire. Je vais plus loin et je dis : Cette nécessité, vous l'admettez en principe. Vous admettez tous, sans exception, la nécessité d'imposer la vaccination à tous les sujets faisant partie des grandes agglomérations, enfants dans les écoles, militaires, employés, etc. L'universalité des médecins est acquise en fait à ce principe tutélaire. Comment concevoir dès lors que l'on puisse contester à l'État le droit de le consacrer par la loi ? Si la vaccination est un devoir social, le droit d'en imposer l'obligation appartient à l'État. Le principe de la liberté du père de famille, pas plus que celui de la liberté individuelle, ne saurait prévaloir contre ces vérités d'ordre supérieur. Si la vaccination est un préservatif de la variole, le père de famille ni le tuteur n'ont pas plus le droit, par l'omission volontaire de cette opération bénigne, de compromettre les existences confiées à leur garde, que de mettre en péril la santé publique.

Tout a été dit sur la puissance prophylactique de la vaccine. Ce que la Chambre nous demande, ce n'est pas notre avis sur ses bienfaits, c'est notre sentiment sur le projet de loi.

Examinant quel but s'est proposé l'auteur du projet en édictant la création d'un bulletin de vaccine devant être présenté tous les dix ans à l'officier de l'état civil, M. Hervieux conteste l'utilité de ce bulletin. Puis, passant aux articles du projet relatifs aux pénalités infligées aux contrevenants, il considère ces dispositions pénales comme inapplicables : 1° en raison de la répulsion et des résistances qu'elles rencontreront dans toutes les familles; 2° en raison des obstacles sérieux qu'opposera à leur application l'inertie presque fatale des autorités judiciaire et administrative.

Au lieu d'édicter les pénalités qui constituent la presque-totalité du projet de loi, n'eût-il pas été préférable d'y introduire des dispositions relatives à la réorganisation du service général des vaccinations en France ?

En conséquence des considérations qui précèdent, M. Hervieux proposerait :

1° De supprimer dans le projet de loi les articles 2, 3, 4 et 5, qui deviendront une source d'embarras pour les autorités administratives et judiciaires et qui créeront les obstacles les plus sérieux à l'application de la loi proposée ;

2° D'introduire dans le projet soumis aux délibérations de la Chambre un article ainsi conçu : « Les conseils d'hygiène et de salubrité dans tous les départements seront armés des pouvoirs nécessaires pour réorganiser le service des vaccinations, choisir parmi les médecins, officiers de santé et sages-femmes les vaccinateurs officiels, créer des instituts nationaux, parcs vaccinogènes, étables; nommer des inspecteurs, fixer les allocations. Un crédit spécial sera ouvert à ces conseils dont les décisions seront soumises à l'approbation d'un comité central supérieur. »

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de la première épreuve du concours pour la nomination à deux places de prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, MM. Brun, Castex, Jarjavay, Ménard, Michaux, Ozenne, Poirier et Routier ont été seuls admis à subir les épreuves définitives.

— Par décision du ministre de l'instruction publique et sur les propositions de la Faculté de médecine de Paris, des récompenses ont été accordées aux docteurs en médecine dont les noms suivent pour leur thèse de doctorat subie pendant l'année scolaire 1879-1880.

1° *Médailles d'argent.* — MM. Brissaud, Henriot, Hermann, Leroux (Charles), Mayor (Albert), Regard, Doléris, Nélaton, Jalaguier et Laffont.

2° *Médailles de bronze.* — MM. Barth, Gomez, Gérard (J.), Blanchard, Gerald-Fritz, Belloir, Brand, Pouchet, Rochemure, Houlier, Longe, Bide, Barthélemy, Marin, Piéchaud et Robin.

3° *Mentions honorables.* — MM. Marchal, Dumouly, Boussy, Demay, Alain, Latasse, Cordon, Hunkiarchadjan, Choquet, Laurent, Nitot, Chevallereau, Robinet, Cavaré, Rondeau, Boudet, Le Maréchal, Lasgoutte, Granjon-Rozet, Joulus (Léon), Ormières, Pellis, Duvernoy, Guyot, Bloch et Chabriet.

— Le legs Trémont, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé, pour l'année scolaire 1880-1881, en parties égales entre MM. Debuzode et Peugniez, étudiants en médecine de la Faculté de Paris.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Guillon (François-Gabriel), ancien chirurgien des armées, dont le nom est surtout connu par de nombreux travaux sur les maladies des voies urinaires. M. le docteur Guillon, décédé dimanche dernier 17 avril 1881, à l'âge de quatre-vingt-huit ans, est le père de notre sympathique confrère le docteur Alfred Guillon.

— Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le jeudi 12 mai 1881.

— L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen vient de mettre au concours les sujets suivants, dont les lauréats seront couronnés en 1883 :

1° Prix Le Sauvage, d'une valeur de 1,500 francs : De la mydriase, de ses caractères, de ses causes et de son traitement;

2° Prix Dun de la Vauterie, d'une valeur de 1,000 francs : De la dégénérescence graisseuse du cœur.

Les concurrents devront avoir envoyé leurs mémoires au président de l'Académie de Caen avant le 31 décembre 1882.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11083.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56-rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

Farine lactée Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vin iodé de Moride (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule.

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

ANALYSE D'AVRIL DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'avril, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à la température de 10° . . .		1.029
	gr.	
Beurre par litre	44.500	
Albumine	8.750	
Caséine	18.350	
Sucre de lait.	57.450	
Sels.	7.450	
Total des matières fixes . .	135.850	135.850
Eau par litre.		893.150

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.127
Chaux	1.909
Magnésie	0.123
Potasse	1.671
Soude	0.649
Acide sulfurique	0.360
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte.	0.611
Total.	7.450

PRIX :

Dans les dépôts.	65 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile.	70 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes au *Dépôt central de la Ferme d'Arcy*, rue de Paradis-Poissonnière, 22, Paris, ou à M. Nicolas, à la Ferme d'Arcy, par Chaumes (Seine-et-Marne).

Capsules et saccharure

À L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr Fournier.

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliq^es hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Solution, vin et sirop Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

Laboureur, 26. rue des Missions, et les ph^ies.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie É. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Guérison des maladies de l'estomac

Par les POUDRES et PASTILLES P. Hugounenq au **Phosphate de Bismuth** et à la **Pepsine**, contre les gastralgies, gastrites, dysentéries, diarrhées rebelles, vomissements des enfants, digestions laborieuses. — Pharm. Hugounenq, Lodève (Hérault). — Dépôt général, Vidau et Cie, anc. ph^ie Planche, rue Scribe, 11, près l'Opéra, Paris, et les bonnes pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

N° 47. — SAMEDI 23 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 23 AVRIL 1881. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Traitement climatérique de la phthisie. — Revue de la Presse. — Société de Chirurgie. — Nécrologie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement climatérique de la phthisie.

Le chômage des cliniques où nous puisons habituellement nos informations nous permet de faire de temps en temps une petite incursion dans l'un des domaines les plus voisins, la pathologie ou la thérapeutique, d'où il n'est pas rare que nous rapportions un tout aussi riche butin. Pendant le court intervalle qui a séparé le passage d'un semestre à l'autre, notre curiosité naturelle, autant que notre désir de satisfaire celle de nos lecteurs, nous a conduit dans l'amphithéâtre des cours de la Faculté ; nous assistions à la dernière leçon du cours de pathologie de M. Jaccoud. Le professeur avait traité pendant une partie de ce cours de la phthisie pulmonaire, de sa curabilité et de son traitement, ce sujet de la préoccupation constante des médecins, qui a donné lieu dans ces derniers temps à tant de discussions et de recherches et que l'on ne saurait trop approfondir tant que le but ne sera pas atteint. La leçon qu'il faisait ce jour-là portait sur le traitement par les climats. La nouveauté et l'originalité de quelques-unes des vues et des propositions émises dans cette leçon, la chaleur de conviction avec laquelle elles étaient soutenues, et l'autorité que donnaient à la parole du maître la vaste enquête à laquelle il s'est livré sur ce sujet et la connaissance personnelle qu'il a acquise des qualités de presque toutes les stations climatériques connues, tout nous inspirait le désir de transmettre à nos lecteurs les impressions et les souvenirs qui nous étaient restés de cette leçon, lorsque, sur le point d'en réaliser l'idée, nous recevions le livre dans lequel toute la série de ces leçons est textuellement reproduite (1).

Le but que s'est proposé M. Jaccoud dans ces leçons a été de convaincre ses auditeurs de la curabilité de la phthisie, de les pénétrer de l'importance d'une thérapeutique active et de l'utilité d'approprier les moyens aux diverses formes de la maladie.

Pour ne pas dépasser les limites qui nous sont imposées, nous procédons par voie de pétition de principe en considérant comme établi le fait de la curabilité, démontré d'ailleurs par des exemples nombreux et authentiques, ainsi que les principes de pathogénie de la phthisie formulés par M. Jaccoud, principes importants en ce qu'ils dominent toute la thérapeutique de cette affection, et qui concordent avec l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, savoir : que la genèse du tubercule est un processus de débilité, et que les irritations accidentelles communes, de quelque genre qu'elles soient, qui atteignent le larynx, les bronches ou les poumons, exercent sur la tuberculose et les lésions phthisiques une influence mauvaise, soit en favorisant l'éclosion des tubercules ou des altérations pneumoniques phthisiogènes chez les sujets non encore atteints, mais prédisposés, soit en provoquant des poussées nouvelles chez les individus déjà affectés.

De l'étude des conditions qui influent sur la curabilité, introduction nécessaire à l'étude du traitement, se déduisent les indications des divers moyens hygiéniques et thérapeutiques, de la prophylaxie et du traitement proprement dit, lequel, très-complexe lui-même, comprend les agents médicamenteux, le régime général et le régime fonctionnel, le traitement thermal et le traitement climatérique. C'est de ce dernier seulement que nous allons dire quelques mots aujourd'hui.

Principe de l'action thérapeutique des climats.

Dans les leçons sur le traitement climatérique de la phthisie, deux idées dominent. La première est une idée de réaction contre l'usage banal où sont la plupart des médecins en France d'envoyer les phthisiques dans des stations à température élevée, sans distinction de nature et de degré de la maladie, usage qui remonte aux données fausses de la doctrine Broussaisienne sur la phthisie, renouvelées depuis en Allemagne, et contre lequel des réserves avaient déjà été faites au nom de l'observation et de l'expérience par J.-H. Bennet, bien qu'il doive sa propre guérison à l'un des *sanatoria* préférés de la *Riviera* française, par MM. Gueneau de Mussy, Lebert, Gillebert d'Hercourt, etc. ; nous en omettons beaucoup d'autres. La deuxième idée a été inspirée à M. Jaccoud par les recherches de Lombard (de Genève) sur les propriétés de l'air des montagnes et surtout par les études de Brehmer, qui, précédé en cela par Graves auquel on devait déjà d'avoir signalé l'utilité de la vie en plein air, d'un climat fortifiant, de l'emploi rationnel de l'hydrothérapie, et l'importance de la gymnastique pulmonaire, a introduit une

(1) *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire*, leçons faites à la Faculté de médecine, par M. Jaccoud. 1 vol. in-8°. Paris, 1881, chez A. Delahaye et E. Lecrosnier.

réforme radicale dans la cure de la phthisie en substituant à l'usage des climats chauds celui des climats d'altitude et des climats de montagne, même pendant l'hiver. M. Jaccoud part de ce double principe, l'action thérapeutique supérieure de certains climats, d'une part, et l'efficacité de ces climats pendant la saison d'hiver, d'autre part, et il y ajoute une nouvelle notion en montrant que l'action éminemment reconstituante des climats d'une certaine altitude n'est que l'un des éléments de leur utilité, la raréfaction de l'air étant un facteur thérapeutique d'une importance au moins égale, sinon supérieure.

Repoussant, nous venons de le dire, la prescription banale et routinière des climats chauds, aussi bien que la théorie inversement exclusive des climats froids, et envisageant la question des climats comme toute autre question thérapeutique, M. Jaccoud a cherché, au lieu d'une règle uniforme, les indications et les contre-indications tant pour les climats chauds que pour les climats opposés. Partant des notions précédemment acquises sur les distinctions primordiales à établir entre la phthisie confirmée et la phthisie imminente, entre ses phases diverses initiales, ses origines, ses formes anatomiques et les indications diverses qui s'en déduisent aussi bien au point de vue du traitement par l'agent climat que du traitement par les autres agents thérapeutiques, M. Jaccoud pense être arrivé à pouvoir établir un parallélisme rationnel entre les groupes pathologiques et les groupes climatériques, capable de servir de règle dans la pratique.

Les solutions multiples et variables du problème, — qui ne saurait comporter une solution générale et uniforme, — sont subordonnées à quatre questions préalables, qu'il importait d'examiner de près, savoir : si le climat, quel qu'il soit, a une action curative sur le tubercule ; s'il existe des climats qui confèrent aux indigènes une immunité soit absolue, soit relative ; quel est, parmi les divers éléments d'un climat, celui qui est le plus directement en rapport avec cette immunité ; enfin quelles sont dans les régions de l'Europe centrale les conditions climatériques qui marchent de pair avec l'altitude d'immunité ?

A ces questions, les réponses sont catégoriques. La réponse est formellement négative pour la première ; elle est affirmative pour la deuxième, formelle pour la troisième (l'élément en rapport avec l'immunité est l'altitude). Pour la quatrième, les principales conditions demandées sont une température froide l'hiver, fraîche l'été, peu de vents, une humidité peu marquée et la pureté de l'air.

Les climats qui réalisent au plus haut degré ces conditions sont les climats de montagne à l'altitude de 1,500 à 1,900 mètres, qui ont une double action, l'une générale, par laquelle ils assurent la restauration constitutionnelle ; l'autre locale, par laquelle ils accroissent au maximum l'activité de la fonction respiratoire, tout en maintenant les poumons à l'abri des stases et des fluxions.

Considérés à ce double point de vue, les climats dans leurs rapports avec le traitement de la phthisie ont été, de la part de M. Jaccoud, l'objet d'une classification nouvelle. Il les distingue en : climats d'altitude ou à basse pression barométrique, comprenant les stations situées entre 1,500 et 1,900 mètres ; climats de plaine, à pression barométrique, comprenant des régions montagneuses ou non, dont l'altitude est inférieure à 400 mètres. Les premiers ont une action régénératrice directe sur l'état constitutionnel et une influence salutaire non moins directe sur le mode fonctionnel et sur la circulation des organes malades. Ils ont, par conséquent, un rôle positif d'agents thérapeutiques destinés à remplir les principales indications causales tirées de la nature de la maladie. Les seconds, dépourvus de toute action directe sur le fonctionnement et sur la circulation des organes respiratoires, n'ayant que peu ou point d'influence régénératrice sur la nutrition et l'état des forces, agissent indirectement, en maintenant le *statu quo* de l'organisme qu'ils protègent contre les accidents intercurrents et en permettant de concilier ce bénéfice avec la vie au grand air ; ils jouent, en un mot, plutôt le rôle d'agents conservateurs que celui d'agents curateurs.

Climats d'altitude.

Avant de formuler les règles d'application de ces deux catégories de climats, M. Jaccoud examine quelle doit être la direction générale du traitement climatérique chez les phthisiques et quelles sont les conditions d'ordres divers que doit remplir une station médicale.

La direction générale du traitement climatérique se réduit à une question d'adaptation individuelle. Le problème est de déterminer au moyen de l'observation et de la connaissance des localités quelle est la résidence la plus convenable pour un malade donné. Du moment que cette adaptation est montrée juste par un commencement d'expérience, s'y tenir aussi longtemps que possible. Cette méthode de la résidence fixe est, à ses yeux, d'une nécessité absolue dans le traitement par les climats d'altitude, c'est-à-dire dans tous les cas de menace de la phthisie, où la prophylaxie seule est en jeu. Telle est la loi formulée par M. Jaccoud et qui est comme une révolution opérée dans la climatothérapie.

Les principales stations d'altitude qui remplissent cette indication sont : Davos, Samadeu, Saint-Moritz, en Suisse ; Görbersdorf, Falkenstein, en Silésie ; Aussee, en Styrie ; ces trois dernières, en raison de leur élévation moindre compensée par une plus basse température, devant être réservées pour les cas qui contre-indiquent les altitudes extrêmes, tout en étant justiciables des climats froids.

La phthisie est-elle déclarée, mais encore à sa période initiale, c'est encore à ces climats du premier groupe que M. Jaccoud conseille de recourir, à moins, toutefois, de contre-indications spéciales. La première de ces contre-indications est la forme pneumonique de la phthisie ; encore l'opportunité d'une cure de printemps et d'été dans ces stations pourra-t-elle se montrer de nouveau, si la chronicité secondaire de cette forme persiste sans interruption depuis quelque temps, et si les foyers pneumoniques éteints et stationnaires ne laissent à leur périphérie aucune trace de fluxion active.

Dans la forme commune de la tuberculose, c'est le mode réactionnel des malades qui devient le critérium. Les altitudes extrêmes conviennent aux individus à réaction torpide ou indifférente ; elles sont contraires aux individus excitables, à réaction vive, quel que soit d'ailleurs l'état local. Elles sont également contre-indiquées dans les cas fébriles d'emblée, ainsi que dans les cas à fièvre tardive, etc.

Climats de plaine.

Le traitement par les altitudes et les climats rigoureux n'ayant pu être appliqué ou devant être abandonné à cause de l'une des contre-indications prévues, c'est ici que s'impose le choix des climats du second groupe.

Ces climats étant purement et passivement conservateurs, et leurs effets, en dehors de toute intervention thérapeutique, ne dépassant pas l'apaisement de l'irritabilité broncho-pulmonaire et la préservation contre les épisodes inflammatoires dans l'appareil de la respiration, résultats qui se concilient avec l'action favorable indirecte sur la restauration constitutionnelle de la vie, la première question à résoudre est celle-ci : quelles sont les conditions climatériques capables d'assurer le maximum possible de ces effets ? — La première est l'uniformité de la température, c'est-à-dire la petitesse des oscillations thermométriques aussi bien pour les périodes diurnes que pour les périodes mensuelles. La deuxième est l'abri des vents fréquents ou violents. La troisième, l'état hygrométrique, quant à son uniformité et à son degré moyen ; enfin les qualités propres de l'air. — Quant aux effets sur la restauration de l'état constitutionnel, il faut rechercher l'action fortifiante et l'influence excitante au minimum.

Les meilleurs climats sont ceux qui répondent à cette dualité thérapeutique ; viennent ensuite des climats moins complets, inégalement appropriés aux deux indications, mais présentant en revanche une adaptation efficace et supérieure pour l'une ou l'autre d'entre elles ; viennent enfin les climats indifférents. Ceux de la première série conviennent à tous les malades ; ceux de la seconde ne conviennent qu'à ceux chez lesquels l'une des indications fondamentales est plus urgente ; enfin ceux de la troisième semblent ne convenir que lorsqu'on ne peut faire mieux.

Dans la première série du deuxième groupe, on trouve Madère et Alger ; dans la seconde série, Méran, Montreux et Lugano, comme types de l'adaptation supérieure pour l'action fortifiante ; Palerme et Catane, types de l'adaptation pour la préservation locale ; dans la troisième, Pise et Pau.

Quant au rapport à établir entre les différents groupes pathologiques et les groupes climatériques dont il vient d'être question, voici la formule de M. Jaccoud. Le groupe de la phthisie pneumonique parvenue à la phase de chronicité compatible avec le déplacement des malades indique les stations de Madère, Alger, Palerme et Pise. Parmi ces quatre stations, celle qui a sa préférence est Madère, quand le choix est possible ; après Madère, c'est Alger (Mustapha).

Pour la phthisie commune, le précepte est d'assurer aux malades, aussi longtemps que cela est possible, les effets salutaires des climats fortifiants. Le groupe des climats de plaine présente trois stations, également séparées par leur moyenne thermique des climats doux d'hiver et des climats rigoureux des altitudes extrêmes, Méran, Montreux et Lugano.

L'application de la méthode aux climats du deuxième groupe présente plus d'une difficulté dans la pratique, particulièrement en ce qui concerne le principe de la résidence fixe, à peu près impossible à suivre ici, la plupart des stations qui en font partie appartenant à la classe des stations dites hivernales. Ces difficultés, M. Jaccoud ne les croit pas insurmontables, et il a cherché à en lever quelques-unes. Pour quelques-unes de ces stations, en effet, il y a la ressource des mutations à courte distance, qui permettent aux malades d'échapper à la thermalité estivale trop élevée, tout en se maintenant en réalité dans la même zone climatérique. Il espère, d'ailleurs, qu'il ne sera pas difficile, dans l'avenir, pour beaucoup d'autres, de combler la lacune qui existe en ce moment à cet égard. Enfin, pour celles, en plus grand nombre, qui ne présentent pas les mêmes ressources pour la saison chaude, il faut renoncer à la résidence prolongée.

A propos de ces mutations nécessaires, M. Jaccoud s'élève de toutes ses forces contre une pratique qui tend à s'établir, et qui consiste à envoyer les malades passer l'hiver dans l'une des stations de plaine et à les diriger pour l'été vers les stations les plus élevées du groupe des climats rigoureux. Cette pratique lui paraît éminemment préjudiciable aux phthisiques, ces deux ordres de station étant non-seulement différentes, mais même antagonistes dans leur action, et par conséquent inconciliables.

On ne nous aura pas suivi jusqu'ici sans avoir remarqué le silence gardé sur les localités de la Riviera méditerranéenne. Ce n'est pas que, dans la pensée de M. Jaccoud, Cannes et Menton dans la Riviera française, San Remo et la Spezia dans la Riviera italienne, ne doivent tenir une place utile dans le groupe des stations de la plaine ; mais cette place n'est, à son avis, que de second ordre, comme leur valeur au point de vue de leurs caractères et de leurs effets faiblement accusés. Il réserve ces stations pour les cas où les malades se refusent à un déplacement plus lointain et vers des climats plus fortement qualifiés. Le moment venu où l'état du patient ne permet plus de songer aux altitudes et aux climats froids et même aux stations intermédiaires, où il n'est plus possible de se préoccuper que de sa préservation locale, est aussi celui où l'on n'a plus à compter qu'avec les stations méridionales.

REVUE DE LA PRESSE

Du haschisch dans les affections utérines. — M. le docteur Michel (de Cavaillon) appelle de nouveau l'attention sur le chanvre indien, surtout dans les affections utérines. Les conclusions de son dernier mémoire sont : 1° l'*indian hemp*, dont l'action sur les symptômes nerveux est incontestable, a été trop négligé en France, il est digne d'occuper une place importante dans la thérapeutique ; 2° son action est double : à dose modérée, il est excitant et stimulant ; à haute dose, il est sédatif, jusqu'à produire la résolution musculaire et le sommeil ; 3° employé avec avantage dans la plupart des affections nerveuses, son utilité est démontrée dans la chorée, le tétanos, certains cas d'aliénation mentale, le delirium tremens et les névralgies ; 4° le réseau musculaire de l'utérus est particulièrement très-sensible à son action. Sous son influence, les métrorrhagies s'arrêtent et le travail de l'accouchement est activé à tel point que l'on peut se demander s'il ne doit pas remplacer le seigle ergoté.

Dans les métrorrhagies, M. le docteur Michel propose la préparation suivante :

Teinture d'*indian hemp*	2	grammes.
Sirop de sucre	30	—
Eau	120	—

mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les cinq ou six heures. (*Paris médical.*)

Nous rappelons, à ce sujet, que nous avons publié tout récemment ici (1) une observation des plus intéressantes de M. le docteur Villard (de Guéret), d'un cas de delirium tremens guéri par l'emploi du haschisch, observation au sujet de laquelle l'auteur faisait également remarquer que ce médicament devait être donné à dose élevée pour produire des effets hypnotiques certains, tandis qu'à faible dose il entraînait seulement l'ivresse.

(1) Voir le n° 33 de la *Gazette des hôpitaux*, 19 mars 1881.

Des troubles de la sensibilité dans l'ataxie locomotrice. — M. le professeur Pitres, dans une très-récente leçon sur cette question, a posé les conclusions suivantes : 1° La sclérose des cordons postérieurs de la moelle débute toujours par des troubles de la sensibilité; 2° les phénomènes douloureux ont le plus souvent une physionomie spéciale qui permet d'établir un diagnostic précoce (caractère fulgurant, intermittent, irrégulier, etc.); 3° les douleurs peuvent siéger sur différents points du corps (membres et face, viscères, rachis); 4° elles précèdent les troubles moteurs de plusieurs mois ou de plusieurs années; 5° enfin elles peuvent indéfiniment constituer les seuls symptômes de l'ataxie, qui, dans ces cas, mérite mieux le nom de tabes. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Folie traumatique, trépanation du crâne. — Le malade dont nous résumons ici l'observation remarquable avait reçu, à la région pariétale gauche, un coup de pied de cheval qui avait fracturé le crâne avec enfoncement de l'un des fragments osseux. Il était atteint de folie traumatique au moment de son entrée dans le service de M. le docteur Daniel Mollière, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, c'est-à-dire trois semaines après l'accident. Cet état mental reconnaissait pour cause une irritation cérébrale produite par les esquilles; il était caractérisé par des troubles psychiques de forme maniaque avec incohérence et agitation violente par intervalles sans aucun phénomène fébrile, sans albuminurie ni glycosurie. Aucun amendement dans les symptômes n'ayant été constaté, après quelques jours d'observation, M. le docteur Daniel Mollière se décida à pratiquer la trépanation au niveau de la petite plaie fistuleuse située sur le temporal gauche, au-dessus du conduit auditif externe, sur une ligne horizontale passant par l'arcade sourcilière.

Anesthésie par l'éther, incision cruciale des tissus, mise à découvert d'une fracture étoilée avec enfoncement large d'au moins 1 centimètre, sans mobilité des fragments; ouverture de 1 millimètre de diamètre au moyen du trépan perforateur sur l'esquille centrale, mais impossibilité de relever les fragments par l'élévateur à vis. Ce que voyant, M. le docteur Mollière dégage les esquilles avec la gouge et le maillet; il enlève ainsi six fragments osseux dont le plus large atteignait les dimensions d'une pièce de 2 francs. La dure-mère, mise à nu, paraît saine; cependant, par crainte de l'existence au-dessous d'elle d'une collection purulente, une petite ponction est pratiquée; elle donne issue à une certaine quantité de liquide rachidien très-limpide. Pansement listérien, application de glace sur la tête.

Les accidents consécutifs ont été absolument nuls; l'état psychique s'est rapidement amélioré. Pendant un certain temps le malade conserva une susceptibilité particulière, un peu d'irritation quand on lui parlait d'un accident dont il n'avait pas la moindre notion précise, du dégoût pour le travail et la loquacité des individus légèrement pris de vin. Mais ces phénomènes ont peu à peu disparu à leur tour, et, trois mois et demi après l'opération, le malade était complètement guéri. (*Lyon médical.*)

De la valeur antipyrétique de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde. — Des savantes recherches faites à ce sujet par M. le docteur Frantz Glénard et de l'étude faite par lui de 79 observations de typhiques traités par MM. Desplats, Claudot et Van Oye au moyen de l'acide phénique, l'auteur conclut que l'acide phénique est un *anticalorique*, un hypothermisant, mais *nullement un antipyrétique*, en ce qui concerne du moins son application, comme réfrigérant, au traitement de la fièvre typhoïde.

L'acide phénique n'est pas un antipyrétique applicable à la fièvre typhoïde pour les motifs suivants : on ne peut compter sur lui pour abaisser sûrement, dans tous les cas, d'une façon suffisante et continue, la température fébrile; il n'abaisse pas suffisamment la ligne moyenne nycthémérale pour qu'on soit garanti des dangers de l'hyperthermie. Il ne rétablit pas le fonctionnement régulier de l'organisme, dans des conditions où l'organisme puisse lutter contre la maladie, éliminer les produits nocifs. Il ne modifie en aucune façon les symptômes typhiques afférents au cerveau, au poumon, au cœur, aux organes abdominaux. Il ne prévient aucune complication. L'acide phénique entraîne, par son absorption, des accidents spéciaux qui relèvent du toxique plus que du médicament : sueurs profuses, polyurie, albuminurie, collapsus, congestions pulmonaires, dégénérescences viscérales graisseuses, etc. Enfin il ne modifie pas sensiblement le taux de mortalité de la fièvre typhoïde. Par contre, dit en terminant M. le docteur Frantz Glénard, le traitement par les bains froids réalise toutes les conditions opposées aux précédentes, ainsi que le démontrent les faits. (*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Amputations partielles du pied. — M. POLAILLON. Dans la dernière séance, plusieurs de nos collègues ont cherché à démontrer que les amputations longitudinales du pied étaient de mauvaises opérations, parce que, par la suite, les malades avaient beaucoup de peine à marcher. J'apporte une observation, avec un moule à l'appui, qui prouve que cette opinion est trop absolue. Il s'agit d'une jeune fille à laquelle j'ai pratiqué, en 1878, l'amputation du gros orteil pour une tumeur d'apparence cancroïdale. Cette jeune fille revint peu de temps après avec une récidive sur les parties qui restaient; je fis alors une plus large opération; j'amputai le premier métatarsien, le second orteil et la tête du second métatarsien. La cicatrisation se fit très-rapidement et la malade marcha très-bien. Puis elle succomba, par la suite, à la généralisation et à la cachexie cancéreuse. Mais ce fait n'en montre pas moins que, dans ces cas, l'amputation longitudinale du pied est une bonne opération, à la suite de laquelle les opérés peuvent très-bien marcher.

M. DESPRÈS. Cette malade a succombé seulement quelques mois après la seconde opération; elle n'a donc pu marcher beaucoup. D'ailleurs la déviation du pied qui, dans ces cas, s'oppose à la marche, ne se produit jamais immédiatement après l'opération; il faut suivre les malades pendant un an ou deux. En outre, le moule que nous présente M. Polaillon a été pris, le pied étant dans l'extension; il ne prouve donc pas que la malade ait pu marcher.

M. POLAILLON. Cette malade a été très-rapidement guérie des suites de l'opération, et tous les élèves du service l'ont vue marcher. L'opinion de M. Després n'est donc pas justifiée. Il est vrai que le moule a été pris dans une mauvaise position, mais c'est là un tort du mouleur qui ne prouve rien contre l'opération. Je maintiens que ce fait montre que ces amputations longitudinales du pied sont de bonnes opérations.

Ablation du maxillaire supérieur. — M. PAQUET (de Lille) présente un maxillaire supérieur qu'il a extrait il y a dix-neuf jours chez une jeune fille de vingt-deux ans. Cette jeune fille, à l'âge de trois ans, était tombée sur le côté gauche de la face. A la suite de cette chute se développa dans la région une tumeur dont la marche fut très-lente jusqu'à l'époque de la puberté. A ce moment, elle acquit assez rapidement un volume considérable, et, à deux reprises déjà, cette jeune fille vint réclamer les secours de la chirurgie. Le diagnostic de cette tumeur offrait de réelles difficultés. On pouvait penser d'abord avoir affaire à une exostose du sinus, mais, du côté de la cavité buccale, au niveau de la voûte palatine, on sentait deux saillies dépressibles.

L'opération fut pratiquée d'après le procédé de Nélaton. Elle dura deux heures, pendant lesquelles la malade fut soumise aux inhalations chloroformiques. M. Paquet fit le tamponnement préventif des fosses nasales, et, dans le cours de l'opération, appliqua dans le vestibule de la bouche des éponges montées, destinées à empêcher le sang de tomber dans la gorge. C'est ainsi que la malade pût être chloroformisée pendant deux heures sans danger d'asphyxie.

La tumeur était extrêmement dure et avait un volume considérable. La section du maxillaire dut être faite avec le ciseau et le maillet. La malade est aujourd'hui au dix-neuvième jour; elle va aussi bien que possible. Il y a seulement un point où la réunion fait défaut. Il y aura peut-être lieu de recourir à une greffe dermo-épidermique. Cette tumeur, autant par son aspect extérieur que par un premier examen qu'en a fait M. Welsch, paraît être un sarcome ossifiant.

M. DESPRÈS. Cette tumeur est fort intéressante. Le musée Dupuytren ne possède pas d'exemple de ce genre.

M. MONOD hésite à admettre qu'il s'agit là d'un sarcome ossifiant. Cette tumeur présente plutôt l'aspect d'une exostose. Mais, dans ces cas, l'exostose est habituellement symétrique.

M. LE DENTU. Le plus souvent, en effet, les hypertrophies diffuses de la face se produisent sous une forme symétrique. Il y a des cas, cependant, où ces hyperostoses n'envahissent qu'un seul côté, et le fait de M. Paquet m'en paraît être un nouvel exemple.

M. THÉOPHILE ANGER. Dans le sarcome ossifiant les dents sont généralement ébranlées. Ici elles ne le sont nullement.

M. PAQUET. L'os malaire était également atteint d'hyperostose, ce qui semblerait donner raison à l'opinion de M. Le Dentu.

M. DESPRÈS. Il y a là des parties molles. Il n'y en a jamais dans les exostoses; le sinus est parfaitement libre.

M. LE DENTU. Généralement les maladies aboutissent à la formation de tissu osseux, sans parties molles. Mais il y a des formes encore mal connues, imparfaitement déterminées, dans lesquelles on trouve des productions mixtes, des parties dures et des parties molles. C'est dans cet ordre de faits que doit rentrer cette tumeur.

Myringodectomie. — M. PAQUET a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer cette opération dont l'indication, suivant lui, est fournie par la présence dans la caisse d'un liquide tellement épais qu'il n'est pas possible de l'évacuer par une simple incision pratiquée sur le segment supérieur de la membrane du tympan. Au lieu du procédé de Weyde, qui est d'une exécution extrêmement difficile, ou de celui de Miot, qui est insuffisant, voici le procédé auquel a recours M. Paquet : il taille un lambeau triangulaire à base supérieure adhérente et à sommet inférieur libre. Ce triangle est formé par deux incisions, l'une faite sur le segment antérieur parallèlement au manche du marteau, l'autre sur le segment postérieur et rejoignant la première sur la limite du segment inférieur.

M. TILLAUX. Dans les cas d'otite moyenne aiguë ou de suppuration de la caisse, il n'est pas nécessaire de recourir à cette opération. La myringodectomie, c'est-à-dire la simple incision, suffit dans ces cas et constitue une très-bonne opération qu'il est regrettable de ne pas voir pratiquer plus souvent. Il est des cas où les malades présentent des caractères d'une telle gravité que l'on croit avoir affaire à une méningite. Il y a, dans ces cas, grand avantage à débrider la caisse en incisant la membrane du tympan, et l'on voit alors les accidents disparaître immédiatement. Je me sers, pour pratiquer cette opération, d'un petit instrument spécial, en forme de lance, avec un arrêt s'opposant à ce que la pointe soit trop profondément enfoncée et vienne lever la paroi opposée de la caisse. Quand cet instrument est introduit, je le tourne plusieurs fois sur lui-même de façon à agrandir un peu l'ouverture et à faciliter la sortie du pus. Cette ponction, pratiquée dans ces conditions, est suffisante dans les cas d'otite moyenne aiguë, et il n'est pas nécessaire de recourir à la formation d'un lambeau. En outre, le procédé de M. Pasquier n'est pas exempt de difficultés; en effet, il y a toujours dans ces cas de la myringite, de telle sorte que la membrane du tympan a perdu sa transparence et que les points de repère, l'apophyse externe, le marteau, le reflet lumineux ont disparu. Puis il me paraît difficile, dans ce procédé, de ne pas couper la corde du tympan. Enfin il y a des artères qu'il importe de ménager. M. Duplay, en effet, cite un cas d'hémorrhagie mortelle. Pour toutes ces raisons je préfère la simple ponction sous-ombilicale, c'est-à-dire pratiquée dans le segment où ne se trouve aucune partie importante qui puisse être lésée, à l'opération proposée par M. Paquet.

M. DESPRÈS ne croit pas que, par l'incision de la membrane du tympan faite avec des instruments spéciaux, on puisse faire sortir le magma que contient souvent la caisse. La membrane du tympan est inclinée de telle sorte que, lorsqu'on pousse un instrument par le conduit auditif externe, celui-ci atteint la membrane à sa partie inférieure.

Voici comment procède M. Desprès : il pousse une sonde cannelée vers la direction du conduit externe et perfore, avec elle, la membrane. Cette perforation est tout à fait innocente, M. Desprès l'a employée très-souvent chez le même individu atteint de la maladie de Ménière.

Il se sépare de M. Tillaux sur les indications de cette perforation dans l'otite moyenne suppurée. Il ne l'admet que lorsqu'il y a des accidents très-graves et une très-notable élévation de la température. Le plus souvent, en effet, il suffit d'attendre deux ou trois jours, et l'on voit le pus sortir spontanément par la trompe d'Eustache. D'ailleurs, dans les cas d'otite moyenne franchement suppurée, il y a quelque chose de mieux que l'incision de la membrane tympanique: c'est l'incision des cellules mastoïdiennes et la perforation de l'apophyse avec une tréphine.

M. PAQUET ne recommande son procédé que dans les cas où il est inespérable de donner issue au pus de la caisse par une simple incision de la membrane.

La séance est levée.

NÉCROLOGIE

Le corps médical français vient de perdre l'un de ses doyens, le docteur Guillon, né le 21 janvier 1793. Il débuta comme chirurgien militaire, et fit les campagnes de 1812, 1813, 1814 au 17e régiment de lanciers lithuaniens. Au siège de Hambourg, que défendait le maréchal Davout, à un moment où le typhus régnait épidémiquement et enlevait dans les hôpitaux un grand nombre d'officiers de santé, M. Guillon fut, sur sa demande, chargé d'un service médical considérable. Trois médecins de la ville requis successivement de venir partager son service, ayant au bout de quelques jours contracté cette affreuse maladie à laquelle deux succombèrent, M. Guillon resta seul pendant plus de trois mois; il fut pour la première fois proposé pour la décoration de la Légion d'honneur en 1813. Il était chirurgien des hussards de la garde royale, lorsqu'il donna sa démission après neuf années de service. En 1830, M. Guillon forma la plus importante de toutes les ambulances qui furent établies à cette époque, celle du palais de la Bourse, où le général La Fayette vint lui remettre une médaille d'or. A l'époque du choléra de 1832, après avoir donné ses soins à un grand nombre de malades, il fut atteint lui-même de la manière la plus grave.

Le docteur Guillon s'est particulièrement occupé des maladies des voies urinaires, et, par son esprit inventif et toujours chercheur, il a puissamment contribué à la simplification de la lithotritie, au moyen de son brise-pierre à levier; ses premiers travaux remontent à 1833. Ce n'est pas sans luttes que ce procédé opératoire a fini par passer dans la pratique.

Pendant toute la durée du règne de Louis-Philippe, le docteur Guillon fut attaché à la maison du roi, comme chirurgien consultant. Appelé en toute hâte en 1866, auprès de Napoléon III, il acquit bien vite la conviction qu'un empereur ne peut être soigné comme le chirurgien le souhaiterait.

Chirurgien honoraire des dispensaires de la Société philanthropique, trois fois lauréat de l'Institut (Académie des sciences), chevalier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre royal militaire portugais de Notre-Dame de la Conception, le docteur Guillon, qui vient de s'éteindre dans sa quatre-vingt-neuvième année, laisse quatre enfants, deux filles et deux fils, dont l'un est un peintre

distingué, et l'autre, le docteur Alfred Guillon, suit très-honorablement la même carrière que son père.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Sebillou (Albert), né à Langres (Haute-Marne) le 13 octobre 1861, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Dietz, démissionnaire.

M. Champetier de Ribes, docteur en médecine, est autorisé à faire à l'École pratique, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-81, un cours libre d'accouchements.

M. Bacchi, docteur en médecine, est chargé des fonctions de chef de clinique ophthalmologique pendant la durée du congé de M. Bellouard.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Samie est nommé préparateur de zoologie (emploi nouveau).

M. Cagnieul (Albert), né le 12 juillet 1858 à Gaillac (Tarn), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de botanique.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Rouzaud (Henri-Pierre), né à Ascat (Aude) le 14 novembre 1855, licencié ès sciences, est nommé préparateur de zoologie (emploi nouveau).

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Massol, pharmacien de première classe, est nommé préparateur de physique (emploi nouveau).

M. Gay (François) est chargé des fonctions de préparateur de pharmacie et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Massol, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours, pour la place de pharmacien-professeur de la marine, s'ouvrira à Rochefort le 4 juillet prochain.

— M. le ministre de l'instruction publique a adressé, le 12 mai 1881, la circulaire suivante à MM. les recteurs :

« Monsieur le recteur, je suis informé que, dans un certain nombre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les candidats au titre d'officier de santé sont admis aux examens sur la justification de douze inscriptions prises dans ces écoles.

« Cette dérogation au décret de 1854 résulte d'une fausse interprétation des dispositions du décret du 20 juin 1878.

« Sans doute, l'article premier de ce décret décide que les trois premières années d'études médicales peuvent être faites indifféremment dans les Facultés, dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine; et la circulaire du 20 novembre 1878 sur l'exécution de ce nouveau règlement déclare, en conséquence, que les inscriptions d'écoles préparatoires seront admises pour toute leur valeur dans les Facultés et écoles de plein exercice; mais ces dispositions concernent exclusivement les candidats au doctorat inscrits postérieurement au 1er novembre 1879 et qui vont terminer leurs études dans une Faculté.

« Aucune disposition particulière n'a modifié l'article 20 du décret du 22 août 1854, qui continue d'être applicable aux aspirants au grade d'officier de santé, élèves des écoles préparatoires.

« Je vous prie d'inviter MM. les directeurs des écoles à veiller avec le plus grand soin à ce que tout candidat qui ne justifie pas de quatorze inscriptions régulièrement prises ne puisse être admis aux examens.

« Vous voudrez bien faire les mêmes recommandations à MM. les doyens des Facultés de médecine et directeurs des écoles de plein exercice pour le cas où des élèves des écoles préparatoires viendraient subir leurs examens dans leurs établissements.

« Je recommande l'exécution des dispositions que je viens de rappeler à votre sollicitude particulière. »

— M. le professeur Parrot reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des enfants le mardi 26 avril 1881, à neuf heures et demie, à l'hospice des Enfants-Assistés, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Vidal reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis le lundi 25 avril, et les continuera les lundis et les vendredis suivants. — Le lundi, à dix heures, leçon sur la thérapeutique des maladies de la peau. — Le vendredi, à neuf heures et demie, visite des malades et conférence clinique (salle Saint-Jean).

— M. le docteur Reynier, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, fera, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, et avec six aides d'anatomie, sa première démonstration de médecine opératoire (quatrième cours), le lundi 25 avril 1881, à une heure, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique (ancien collège Rollin).

— Les cours du semestre d'été du Collège de France commenceront le lundi 25 avril 1881 ; ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Berthelot fera le cours de chimie organique le lundi et le vendredi, à dix heures et demie du matin ; il traitera des gaz et des carbures d'hydrogène.

M. le professeur Mascart fera le cours de physique générale le mardi et le samedi, à dix heures et demie du matin ; il traitera des applications de l'électricité.

M. le professeur Balbiani fera le cours d'embryogénie comparée le mardi et le samedi, à une heure et demie ; il traitera de la génération de la cellule et des organismes unicellulaires.

M. le professeur Schützenberger fera le cours de chimie minérale le mardi et le samedi, à une heure et demie ; il traitera des phénomènes généraux de la chimie.

M. Maurice Lévy, suppléant de M. le professeur Bertrand, fera un cours de physique générale le mardi et le vendredi, à une heure ; il traitera de la théorie de l'électricité et de quelques-uns des rapports entrevus jusqu'ici entre la lumière et l'électricité.

M. le professeur Marey fera le cours d'histoire naturelle des corps organisés le mardi et le samedi, à deux heures ; il traitera des phénomènes physiques et physiologiques dans la circulation du sang.

M. le professeur Brown-Séquard fera le cours de médecine le mardi et le jeudi, à trois heures ; il traitera des localisations encéphaliques au double point de vue de la physiologie et de la clinique.

M. le professeur Ranvier fera le cours d'anatomie générale le mardi et le jeudi, à quatre heures ; il traitera des appareils nerveux terminaux des organes des sens.

M. le professeur Fouqué fera le cours d'histoire naturelle des corps inorganiques le jeudi et le samedi, à neuf heures du matin ; il traitera des roches volcaniques au point de vue de leur âge.

— M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie, au Muséum, le mardi 26 avril 1881, à quatre heures et quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera cette année des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des terrains métamorphiques et des dépôts métallifères. Il exposera aussi l'état actuel des méthodes de reproductions synthétiques des minéraux et des roches.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, qui est chargé pendant la présente année de la direction des excursions géologiques.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences sur l'embryogénie et la tératologie le mardi 26 avril 1881, à quatre heures précises, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique (bâtiments du musée Dupuytren), rue de l'École de médecine.

— Une place de médecin est offerte (sans frais), à une heure de Paris. — S'adresser, 8, rue Hautefeuille, de midi à deux heures, chez le docteur A. Desmarres.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11108.

N° 48. — MARDI 26 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. MARDI 26 AVRIL 1881. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

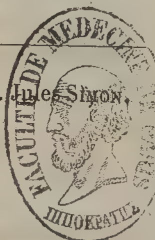
Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

Des vomitifs chez les enfants.

I

Les vomitifs se divisent en vomitifs végétaux et vomitifs minéraux. Je vous parlerai seulement des premiers dans notre conférence d'aujourd'hui.

Les vomitifs végétaux sont l'ipéca, le narcisse des prés et le polygala.

L'ipéca est généralement le plus employé; c'est aussi celui auquel j'ai constamment recours, sirop et poudre mêlés, aux doses suivantes selon l'âge de l'enfant :

Sirop d'ipéca 30 gram.,	poudre	20	centigr.,	de 1 à 8 jours.
—	—	—	30	—	de 8 j. à 1 an.
—	—	—	60	—	de 1 an à 3 ans.
—	—	—	1	gramme	à part. de 3 ans.

Je l'administre jusqu'à vomissement par cuillerée à café, les deux premières de dix en dix minutes, la troisième au bout d'un quart d'heure.

L'addition de la poudre au sirop est nécessaire, sans quoi, le plus souvent, l'enfant ne vomit pas. Il faut s'assurer que l'enfant a pris un vomitif, que les parents n'ont pas cédé à ses refus. Du reste, si l'enfant s'entête à ne pas vouloir prendre le médicament, roulez-le dans une couverture, faites-lui tenir tête et mains, et, dès qu'il pleure, donnez-lui une demi-cuillerée seulement à la fois, pour ne pas en répandre, en ayant soin de maintenir sa tête renversée en arrière; il est ainsi forcé d'avaler sans pouvoir rejeter au dehors. En répétant deux fois la manœuvre, la cuillerée y passe tout entière.

Vous pouvez du reste remplacer le mélange de la poudre et du sirop par une potion vomitive composée de poudre d'ipéca 20, 30 ou 50 centigrammes, d'eau de tilleul et de sirop de fleur d'oranger, potion généralement mieux acceptée, que l'on fait prendre en trois fois et que l'on suspend dès que les vomissements surviennent. Chez les enfants très-nerveux, vous pouvez donner encore l'ipéca sous forme de pastilles, à la dose de une à trois par jour, dès l'âge de deux ans. Enfin, chez les enfants à partir de quatre ou cinq ans, la poudre de Dower est un excellent médicament dans les affections rhumatismales, rares du reste avant cet âge, et dans les maladies chroniques des voies respiratoires souvent accompagnées de quintes de toux. On la prescrit alors à la dose de 20 à 30 centigrammes.

L'action de l'ipéca est celle des vomitifs en général; il stimule la sécrétion des muqueuses stomacale, intestinale, pancréatique et biliaire; il donne lieu à des nausées, à des vomissements avec contractions des muscles abdominaux, contractions spasmodiques qui vident l'estomac en lui faisant rejeter au dehors mucosités et sécrétion. De plus il produit une détente du système nerveux, il provoque les sueurs, la peau fonctionne plus activement et la sécrétion urinaire est aussi augmentée. L'ipéca se trouve donc tout indiqué dans les affections gastro-intestinales où les sécrétions glandulaires sont troublées, dans certains embarras de la circulation pulmonaire, dans l'excitation nerveuse des voies respiratoires. Son influence sur les sécrétions sudorales et urinaires n'est pas une contre-indication au début des fièvres éruptives.

Les vomitifs, notamment l'ipéca, sont indiqués dans la laryngite inflammatoire légère ou de moyenne intensité, non pas au début, mais au milieu et à la fin de la maladie. Dans la laryngite striduleuse ils constituent le traitement absolu et produisent une dépression des plus favorables. Leur emploi dans le croup exige quelque mesure; c'est ainsi qu'ils seront utiles si l'enfant n'est pas trop déprimé et que les suffocations soient imminentes; on ordonnera un vomitif le matin et un second le soir, composés tous deux de : ipéca 50 centigrammes et sirop d'ipéca 30 grammes. Mais dans les cas d'asphyxie, où il existe un véritable empoisonnement diphthéritique, l'ipéca est contre-indiqué par la dépression qui résulterait de leur emploi, tandis que l'alcool, au contraire, doit être vivement prescrit pour relever les forces de l'enfant.

Dans les bronchites inflammatoires généralisées, sans asphyxie ni dépression des forces, les vomitifs sont recommandés vers le troisième ou le quatrième jour, alors que les râles sibilants sont suivis de râles crépitants, et que la sécrétion bronchique commence à se faire. Ils pourront même être répétés sans inconvénient, si cela est nécessaire. Mais il existe une ligne de démarcation très-tranchée lorsque la bronchite, de généralisée qu'elle était, devient capillaire; qu'elle se complique ou non de broncho-pneumonie, les forces sont alors déprimées, malgré l'excitation générale produite par l'état fébrile, et, malgré l'abondance des râles, la suffocation et la cyanose, les vomitifs sont abso-

lument contre-indiqués, parce qu'ils ne feraient qu'augmenter la dépression déjà existante, tandis que les vésicatoires et l'alcool sont tout particulièrement préconisés dans ces cas-là.

Dans la pneumonie, pas de vomitifs; du reste, là, rien n'en exige l'emploi : mais, au contraire, l'alcool et aussi quelques vésicatoires sont recommandés, surtout chez les sujets scrofuleux ou lymphatiques.

Dans la bronchite capillaire, un vomitif sera utilement ordonné, mais seulement lorsque la maladie est guérie, qu'il n'y a plus de fièvre, que le malade n'a pas d'appétit, qu'il tousse et qu'il aurait de la tendance à expectorer, car dans ce cas le foie est toujours plus ou moins congestionné.

Les vomitifs doivent aussi être fréquemment employés dans les affections des voies digestives, dans l'angine inflammatoire, dans l'angine herpétique, même dans l'angine couenneuse, si l'enfant offre de la résistance, dans la diphthérite au début et pendant le cours de la maladie, dans l'angine pultacée *à frigore* ou scarlatineuse. Cette dernière, au début, n'est pas une contre-indication, et les vomitifs n'empêchent pas l'éruption de se faire, ils ne la retardent pas.

Dans l'embarras gastrique auquel l'enfant, gourmand de sa nature, est fréquemment sujet, le vomitif est de règle; du reste, cet embarras d'estomac est souvent aussi la conséquence du froid, chez l'enfant, qu'une mode absurde laisse à découvert, alors qu'il supporte si difficilement les impressions froides qui tendent à congestionner aussi son foie. Dans ce cas, les vomitifs, combinés parfois aux purgatifs, sont très-utiles.

Quelques médecins ont conseillé encore les vomitifs chez les enfants atteints de diarrhée pendant la saison chaude; mais j'avoue que j'en suis très-peu partisan, et que je préfère, au contraire, arrêter cette diarrhée le plus promptement possible.

Dans les convulsions, convulsions éclamptiques, les vomissements sont particulièrement indiqués. Du reste, j'ouvre ici une parenthèse pour vous initier au traitement complet que je fais lorsque je suis appelé auprès d'un petit enfant atteint de convulsions. Tout d'abord j'ordonne un lavement d'eau et d'huile, soit d'eau et de glycérine, soit enfin d'eau et de sel de cuisine. Puis je fais prendre mon vomitif ordinaire : poudre d'ipéca de 30 à 50 centigrammes selon l'âge et sirop 30 grammes. Enfin je prescris la potion suivante :

Bromure de potassium.	1 gramme.
Eau de tilleul	100 —
Éther sulfurique.	4 à 5 gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger	30 grammes.
Eau de laurier-cerise.	15 —

Et non-seulement je fais ma prescription, mais j'administre moi-même les médicaments dans ce cas, car le plus souvent l'enfant résiste, les domestiques s'enfuient ou se trouvent mal, le père a mal aux reins et la mère n'y connaît rien.

Si les convulsions résistent à la médication, je plonge moi-même l'enfant dans un bain additionné de farine de moutarde, et, quatre ou cinq minutes plus tard, la peau étant rouge, je retire l'enfant, et, le roulant dans une couverture, je le frictionne fortement. Il est bien rare alors que les accidents ne cessent pas. En tous cas, le véritable critérium que l'enfant en est sorti, c'est la sécrétion urinaire. En effet, tant que les langes ou les draps n'ont pas été abondamment mouillés et traversés par l'urine, si calme que soit l'enfant, si nulle que soit la fièvre, les convulsions ne sont pas finies; mais, dès que la sécrétion urinaire a eu lieu, et abondamment, la crise est passée.

Enfin, pour en finir avec les indications et les contre-indications des vomitifs, je citerai encore la chorée, où ils sont recommandés, et les fièvres éruptives au début par l'action stimulante de l'ipéca sur les fonctions de la peau.

Après vous avoir parlé longuement de l'ipéca, qui est le vomitif végétal par excellence chez l'enfant, je n'ai que quelques mots à vous dire des deux autres vomitifs végétaux : le polygala et le narcisse des prés.

Le polygala se donne en tisane, pendant un ou deux jours, dans la bronchite aiguë quinteuse ; il produit l'état nauséeux le plus souvent, et parfois il amène les vomissements.

Quant au narcisse des prés, il est utile dans certaines circonstances, notamment lorsqu'un enfant atteint de coqueluche a pris pendant quelque temps de l'ipéca, et qu'il devient pour ainsi dire impossible de lui en continuer l'emploi, tant la vue seule de la cuiller, de la potion ou de son médecin, le met hors de lui. C'est alors que vous pouvez ordonner utilement la tisane de narcisse des prés.

HOPITAL MILITAIRE DE GIVET.

Mort subite dans la fièvre typhoïde; sept invaginations de l'intestin grêle.

Par M. le docteur Moty, médecin-major de deuxième classe.

D..., jeune soldat au 120e de ligne, de constitution délicate, tempérament lymphatique, cheveux blonds, malade depuis six jours, entre le 11 mars à l'hôpital, offrant les symptômes d'une fièvre typhoïde bénigne à forme presque ambulatoire. Sa température, de 39°,6 le soir de son entrée, redescend rapidement, et la période primitive se termine le 15 avec une température presque normale (37°,6 le matin, 39°,9 le soir). Après une courte fièvre de suppuration, le malade entre en convalescence le 24; le 25, il prend quelques aliments légers, et, le 27, le mieux s'accentuant et la température restant normale, je lui prescris 82 grammes de pain matin et soir (une portion), bouillon, œuf à la coque et pomme cuite; mais il meurt subitement avant le repas du soir, sans aucun phénomène prémonitoire. Il s'était soulevé sur son lit pour prendre son vase de nuit et, le laissant échapper, il était retombé mort. La respiration artificielle et l'électrisation des inspirateurs, continuées jusqu'à diminution prononcée de l'excitabilité musculaire, restèrent sans résultat.

Le malade, qui se levait les jours précédents, était resté couché celui de sa mort, sur la recommandation que je lui avais faite la veille de ne pas se fatiguer; mais personne dans son entourage ou parmi les camarades qui profitèrent du dimanche pour venir le visiter ne constata rien de particulier chez lui. Je remarquai seulement après sa mort quelques filets de sang rouge dans son crachoir.

L'autopsie, faite le 28 à trois heures après-midi, doit être relatée en deux parties, le malade ayant offert une inversion complète des organes.

EXAMEN DES ORGANES.

Cavité thoracique. — A. *Cœur.* Le péricarde contient une petite quantité de liquide clair; cœur de volume moyen; le cœur artériel (placé à droite) est dur, contracté, absolument vide, état qui correspond bien à la syncope brusque; le cœur droit renferme un peu de sang et un caillot mou coloré; aucune dégénérescence macroscopique des fibres cardiaques; pas de lésions valvulaires.

B. *Poumons.* Le poumon du côté gauche est complètement adhé-

rent à la plèvre pariétale; ses lobes sont adhérents entre eux; le poumon du côté droit est normal; en arrière et des deux côtés, faible degré de congestion, peut-être cadavérique.

Cavité abdominale. — Infiltration du péritoine pariétal au niveau des arcades de Fallope (cadavérique); quantité notable de liquide citrin dans le péritoine. L'examen extérieur de l'intestin grêle fait reconnaître sept invaginations successives sur son trajet; la plus longue donne 25 centimètres d'intestin invaginé, soit un cylindre d'environ 10 centimètres de longueur; au-dessus des cylindres il existe un très-faible degré de dilatation. Aucune de ces invaginations ne présente d'adhérences solides de la séreuse avec elle-même, bien qu'il faille un certain effort pour réduire l'anse invaginée: le premier étranglement siège à 30 centimètres au-dessous du pancréas et le dernier à 1 mètre au-dessus de la valvule de Bauhin; le gros intestin présente quelques rétrécissements spasmodiques qui ne semblent pas sortir des limites physiologiques.

Les plaques de Peyer voisines de la valvule iléo-cæcale sont ulcérées superficiellement et sur le point de se cicatriser; il existe en outre quelques follicules clos ulcérés et de petites taches noires lenticulaires sous-muqueuses qui paraissent être des follicules clos chargés de pigment: les ganglions mésentériques sont encore très-engorgés.

Les reins ne présentent aucune altération du parenchyme, mais la capsule du rein droit est épaissie à sa partie supérieure et renferme quatre ou cinq petits kystes à contenu séreux clair sans hydatides.

La rate et le foie ne sont pas sensiblement engorgés.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

L'autopsie confirme donc le diagnostic de fièvre typhoïde légère en voie de guérison; la mort est survenue le vingt-sixième jour par syncope cardiaque, comme le montre l'état du cœur; mais à quelle cause faut-il rattacher cette syncope? A l'état péritonéal, suivant toutes probabilités, car le liquide trouvé dans le péritoine est l'indice d'une péritonite latente; mais, quant à décider si la péritonite est consécutive aux invaginations que j'ai rencontrées ou si ces dernières ne sont qu'un épiphénomène analogue aux invaginations ultimes des enfants morts d'hydrocéphale, cela me paraît plus difficile. Je ferai cependant remarquer que, les lésions muqueuses intestinales s'étant trouvées très-légères, rien n'explique la péritonite en dehors des invaginations et que celles-ci étaient trop solidement formées pour ne pas dater de quelques heures au moins avant la mort.

Les adhérences du poumon du côté gauche n'ont dû jouer qu'un rôle très-secondaire dans la mort subite; ce poumon possédait, il est vrai, trois lobes, et l'inversion des organes le rendait prépondérant, mais il n'y avait pas de congestion pulmonaire marquée: il faut exclure aussi le liquide trouvé dans le péricarde, car on l'a rencontré dans toutes les autopsies pratiquées pendant l'épidémie typhoïde. Ces causes éliminées, on s'explique très-bien que le « réflexe péritonéal » ait amené un état syncopal chez un sujet affaibli par la fièvre typhoïde; enfin, si l'on admet que les invaginations soient primitives, il faut chercher leur cause dans une prédisposition individuelle exagérée par l'irritation pathologique du système nerveux ganglionnaire abdominal.

Une réflexion vient tout naturellement à l'esprit en considérant ces invaginations multiples: si la syncope n'eût pas été mortelle, les symptômes de l'étranglement se seraient bientôt placés au premier plan et la question d'une intervention opératoire aurait pu se poser; mais à quelles déceptions n'eût pas été exposé l'opérateur? L'abdomen étant complètement ouvert, il a fallu pour reconnaître toutes les invaginations suivre l'intestin grêle depuis le pancréas jusqu'à la valvule iléo-cæcale.

J'ai dit que la cause des invaginations restait obscure puisque l'on arrivait, par élimination, à l'attribuer aux nerfs sympathiques; en effet les parties invaginées ne correspondaient pas aux points les plus fortement atteints par l'éruption muqueuse typhoïde qui se localise plus ou moins au voisinage de la valvule; la diarrhée manquait également et l'intestin contenait des matières à demi-solides. On doit donc absoudre les lésions matérielles de la muqueuse et la diarrhée qui faisait défaut et mettre les accidents à la charge d'une idiosyncrasie, cause mystérieuse, qui a modifié dans un sens particulier la susceptibilité très-grande du tube digestif des convalescents de typhoïde.

INVERSION TOTALE DES ORGANES.

Le sujet de l'observation précédente offrait en outre une inversion totale des organes.

Cavité thoracique. — Le cœur est à droite dans une position parfaitement symétrique à celle qu'il occupe normalement à gauche: le tronc brachio-céphalique croise la trachée de droite à gauche; il est très-court (1 centimètre et demi) et fournit la sous-clavière et la carotide gauche. Les mêmes artères du côté droit naissent directement de l'aorte et entre leurs origines naît une artère vertébrale d'assez petit calibre. La veine sous-clavière droite passe au-devant du tronc brachio-céphalique. Les artères des membres, autant que nous avons pu nous en assurer, ne présentent pas d'anomalies; l'humérale, par exemple, ne se divise pas au-dessus du coude. L'aorte occupe le côté droit de la colonne vertébrale.

Le poumon gauche a trois lobes, le droit n'en a que deux.

Cavité abdominale. — L'estomac, très-rétréci, ne dépasse pas le volume du gros intestin; son orientation est symétrique de l'orientation normale; il va du côté droit de la colonne vertébrale à la ligne médiane antérieure; la concavité de sa petite courbure regarde à gauche et en haut.

La rate est placée très-haut, sous la neuvième côte droite, et n'atteint pas le bord inférieur des fausses côtes.

Le foie est un peu gros, son lobe principal occupe l'hypochondre gauche; son ligament suspenseur est à gauche de la ligne médiane.

Le pancréas est à droite; sa tête, placée à gauche dans une position normale, abstraction faite de l'inversion, est assez petite; sa queue, volumineuse, quadrangulaire et dure, remonte dans l'hypochondre droit jusque vers la dixième côte.

Le rein droit, petit et arrondi en forme de cœur de poulet, est placé plus bas que le gauche; sa partie supérieure semble atrophiée; le rein gauche, volumineux, remonte, au contraire, très-haut derrière le foie; il semble donc que les reins aient échappé à l'inversion, mais, ces organes étant sujets à de nombreuses irrégularités de forme, de nombre et de position, on peut considérer comme accidentelles et sans portée les anomalies qui les concernent dans cette observation.

Intestins. — Le pylore est à gauche, la valvule iléo-cæcale et le cæcum sont à gauche; l'S iliaque est à droite.

Organes génitaux. — Le testicule droit est en avant et descend plus bas que le gauche; le docteur Liron, médecin aide-major au 120e de ligne, fait observer à juste titre que cette disposition remarquée sur le vivant pourrait mettre sur la voie du diagnostic de l'inversion totale.

Le malade qui fait le sujet de cette observation écrivait de la main droite et tirait à droite, il n'était donc pas gaucher.

Je n'ai pu me procurer aucune donnée sur ses ascendants. Son inversion n'a pas été diagnostiquée, rien n'ayant appelé l'attention sur sa cavité thoracique ni sur la partie supérieure de sa cavité abdominale.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des peptones et spécialement de la peptone phosphatée.

Par le docteur LAPRADE, ancien interne des hôpitaux.

L'introduction des peptones en thérapeutique nous remet en mémoire une série d'expériences entreprises autrefois par Demarquay, dans le but d'établir la relation en puissance nutritive de la viande avec ses dérivés alibiles les plus usuels : bouillon concentré, extrait et jus de viande.

Une série de chiens nourris exclusivement chacun de l'un de ces aliments furent enfermés séparément dans des cases à plancher incliné et muni d'une rigole pour le recueillement intégral des urines. Ces urines dosées quant à l'urée, et cette quantité ramenée à 1 kilogramme du poids de chaque animal, on essaya de provoquer chez tous la même élimination de ce principe immédiat qu'on a si justement qualifié de *cendres de l'économie*. On éleva donc successivement la proportion des produits alimentaires donnés à chaque animal pour amener, si possible, une excrétion d'urée égale à celle fournie par les chiens que l'on nourrissait de viande crue. On n'y parvint jamais, et, au bout de quelques semaines, la maigreur des sujets dénotait clairement l'insuffisance, comme alimentation exclusive, des principes extraits de la viande.

Ces résultats étaient faciles à prévoir, et nous ne songerions sans doute pas à les relater si, parallèlement à ces expériences et dans le même ordre d'idées, on n'en avait fait d'autres dont les enseignements nous paraissent beaucoup plus intéressants à rappeler.

Des chiens de même taille et de même âge furent nourris, les uns de viande crue, les autres de viande additionnée de phosphate de chaux. Or, la quantité d'urée excrétée par ces derniers fut toujours notablement supérieure à celle que rendirent les autres, bien que le poids de viande ingérée fût exactement le même. — A titre de contre-expérience, on intervertit l'ordre des aliments, la viande crue étant substituée à la viande phosphatée, et réciproquement; après deux ou trois jours, le dosage de l'urée confirmait les premiers résultats. Ajoutons que, parmi nos animaux nourris exclusivement de viande crue, l'un eut une poussée eczémateuse, deux ou trois de la diarrhée, et, d'une manière générale, tous présentèrent les caractères d'une santé peu brillante, alors que les autres, soumis à l'alimentation *phosphatée*, témoignaient, par leurs yeux vifs et leur poil lustré, de l'excellence de leur régime.

Ainsi se trouva de nouveau pleinement confirmé le pouvoir du phosphate de chaux comme agent d'assimilation, comme excitant de la nutrition générale. Aux belles expériences de Chossat et de Bérard, qui avaient démontré que la fragilité des os *est en rapport avec la diminution du phosphate dans l'alimentation*, venait s'ajouter sa faculté de transformer les substances azotées en chair musculaire.

Un ancien interne distingué de la maison Dubois, M. Bayard, qui vient d'attacher son nom à une *peptone pepsique phosphatée*, s'est inspiré bien certainement des expériences que nous venons de rappeler pour l'élaboration d'un produit qui nous paraît destiné à prendre un rang des plus honorables dans la thérapeutique moderne. La *peptone phosphatée Bayard* constitue, en effet, par elle-même un aliment *complet*, directement assimilable et, en même temps, un eupeptique incomparable.

Le véhicule de cette peptone est un vin vieux de Malaga titrant de 12 à 15 p. 100 d'alcool, c'est-à-dire constituant déjà par lui-même un aliment d'épargne de premier ordre qui vient encore ajouter à la puissance reconstitutive du produit.

Convalescences, cachexies, rachitisme, phthisie, pyrexies de longue durée, certaines dyspepsies, etc., autant de cas pathologiques qui ne tarderont pas à être tributaires d'une préparation sur laquelle l'attention de nos confrères doit être fixée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 avril 1881. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Oblitération complète du canal cholédoque; absence d'ictère. — MM. HANOT et GOMBAULT, dans un cas de sclérose du pylore avec transformation fibreuse concomitante du hile du foie, ont étudié histologiquement l'état des divers vaisseaux contenus dans le hile.

Sur des coupes microscopiques, le canal cholédoque et le canal cystique apparaissent complètement oblitérés ; il en est de même de l'artère hépatique et des branches qu'elle fournit dans le hile. L'oblitération de la veine-porte n'est pas complète, mais la lumière du vaisseau est notablement rétrécie.

Or, chez le malade de MM. Hanot et Gombault, on n'avait pas constaté la moindre trace d'ictère.

Il est incontestable que la pathogénie de l'ictère est loin d'être élucidée et que le fait dont il s'agit est susceptible de plusieurs interprétations. MM. Hanot et Gombault s'arrêteraient volontiers, au moins provisoirement, à la suivante :

Dans la pathogénie de l'ictère, il ne suffit pas de tenir compte de l'état des conduits excréteurs de la bile ; il faut encore tenir compte de l'état des vaisseaux qui apportent au parenchyme les éléments de la sécrétion, comme aussi de l'état des parties de l'organe chargées de cette sécrétion.

Ici le canal cholédoque était oblitéré, mais il y avait en même temps oblitération complète de l'artère hépatique et oblitération incomplète de la veine-porte. On peut donc admettre que la sécrétion biliaire était, sinon abolie, au moins très-notablement diminuée, de telle sorte que la rétention ne suffisait plus à produire les phénomènes classiques de l'ictère. Le foie présentait les lésions microscopiques qu'on produit expérimentalement par la ligature du canal cholédoque et de la veine-porte, une sorte de cirrhose simple, à la fois veineuse et biliaire.

Influence de l'élongation des nerfs sur la moelle épinière. — M. QUINQUAUD, en poursuivant ses études sur les nerfs, a constaté qu'à la suite de l'élongation on peut voir survenir une épilepsie spinale analogue à celle qui se produit consécutivement à une section de la moelle épinière ou du nerf sciatique. Dans ses expériences, il a déterminé l'épilepsie en irritant ou en pinçant la zone épileptogène de Brown-Séquard du *même côté* de l'élongation, quelquefois du côté opposé. Si le tiraillement a été fait du côté droit et du côté gauche, l'épilepsie spinale se développe en irritant la zone à droite et à gauche ; mais l'irritation de droite ne provoque que l'épilepsie à droite ; il faut irriter de nouveau la zone gauche pour que l'épilepsie puisse se produire à gauche ; elle acquiert son maximum dans le membre postérieur du même côté, plus rarement du côté opposé.

Cette épilepsie spinale n'est pas constante, et son déterminisme est encore bien obscur ; néanmoins il est rationnel d'admettre que l'élongation nerveuse agit puissamment sur l'axe médullaire ; nous en avons d'autres preuves dans les faits suivants :

L'élongation d'un nerf peut amener des modifications fonctionnelles dans un nerf du côté opposé : ces troubles sont tantôt des phénomènes d'arrêt, tantôt des faits de surexcitabilité dynamique ; on élonge par exemple le nerf sciatique droit, de l'anesthésie se produit non-seulement dans la sphère du nerf droit, mais encore dans la sphère du nerf crural gauche, quelquefois dans le département innervé par le crural droit ou le sciatique gauche ; lorsque l'élongation a été suffisante, l'anesthésie est persistante dans les deux derniers doigts innervés par le sciatique droit élongé, tandis que l'anesthésie produite à distance est *transitoire*.

Ces mêmes influences peuvent survenir dans des nerfs des membres antérieurs. De même aussi on peut développer dans ces mêmes membres le transfert par irritation en élongeant un nerf des membres postérieurs : l'influence modificatrice sur la moelle a donc parcouru un certain trajet dans cet organe.

En outre, l'élongation, même insuffisante, produit d'abord une anesthésie dont la durée et l'intensité sont en rapport avec l'élongation légère ou forte ; si celle-ci est légère, l'anesthésie peut avoir une courte durée ; si elle est moyenne, la durée sera plus longue ; si elle est forte, l'anesthésie est persistante comme l'a démontré M. Laborde.

Dans le cas où l'anesthésie est de courte durée, il n'est pas rare de voir se produire une hyperesthésie directe, ou à distance sur un autre nerf.

De plus, après l'élongation, il existe toujours un certain degré de parésie : le membre postérieur, par exemple, ne traîne pas, comme à la suite d'une section de la moelle, grâce au nerf crural qui anime une grande partie des muscles du membre postérieur.

Enfin, lorsqu'on a provoqué une névrite expérimentale, ou même une périnévrite, si l'on vient à élonger le nerf, on détermine bien une anesthésie ; mais elle cesse assez rapidement, de telle sorte que, dans ces circonstances, il faut une élongation beaucoup plus forte que pour un nerf élongé à l'état sain, afin que l'anesthésie soit persistante.

M. Quinquaud, depuis sa dernière communication à la Société, a également vu survenir des troubles trophiques divers à la suite de l'élongation.

Tous ces faits trouvent des applications à la clinique ; l'auteur y insistera dans un autre travail.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'année scientifique et industrielle (1), par Louis Figuier.

La vingt-quatrième année scientifique de M. Figuier ne le cède, en intérêt, à aucune de ses aînées.

L'année 1880 restera célèbre dans les annales de la météorologie, par son hiver si rigoureux de 1879-1880. Le 9 décembre 1879, à huit heures du matin, les thermomètres du Bureau central météorologique marquaient — 24°. Dans le parc de Saint-Maur, M. Renou trouvait, à une heure du matin, — 28° sur la neige.

On trouvera dans l'*Année scientifique* l'histoire des grands hivers en France : en 1879-1880, la description de la débâcle de la Seine et de l'embâcle de la Loire, que l'auteur représente dans sa gravure-frontispice. C'est une véritable histoire du froid. Le cyclone de Nouméa, et la théorie de la grêle, de M. Daniel Colladon, sont les points les plus importants de cette partie de l'Année scientifique.

En physique, nous trouvons d'abord le grand prix Volta décerné à Graham Bell pour le téléphone. Le lauréat nous donne alors le photophone, que bientôt on applique à l'étude des bruits qui ont lieu à la surface du soleil. Les piles perfectionnées, l'audiphone, les microphones, les phonographes, le polyscope et le gazomètre disent assez le mouvement de cette partie de la science.

La mécanique nous donne les horloges pneumatiques, le réglage de l'heure à Paris au moyen de l'électricité, le télégraphe chez soi ; les chemins de fer lui doivent l'appareil avertisseur pour les passages à niveau, un système d'accrochage des voitures pour les trains en marche, de nouveaux moyens de prévenir les accidents. Enfin l'art de tuer lui doit un nouvel instrument de pointage pour les canons, un nouveau fusil prussien.

La chimie continue ses essais, ses productions artificielles des diamants. Elle nous livre des procédés de recherches du phosphore dans les cas d'empoisonnement, liquéfie l'ozone, analyse micrographiquement les eaux et produit artificiellement le spinelle et le corindon. Elle extrait les parfums par le chlorure de méthyle, produit l'atropine artificielle, étudie les alcalis de l'écorce du grenadier, l'alcaloïde de l'écorce quebracho (l'aspidospermine) ; une nouvelle matière colorante, l'éricine ; elle découvre les principes chimiques qui donnent à la fumée du tabac son arome ; fabrique du vinaigre au moyen des bactéries, et, après avoir établi la synthèse de l'acide ulmique, nous livre un nouveau procédé de conservation de plantes et d'animaux.

L'art des constructions, les voyages scientifiques, l'histoire naturelle, l'hygiène publique, la médecine et la physiologie, l'agriculture et les arts industriels forment autant de parties aussi intéressantes que celles que nous venons de résumer rapidement. L'Année scientifique se termine par un chapitre consacré aux Académies et Sociétés savantes et par la nécrologie scientifique, où nous retrouvons des noms que nous pleurons : Michel Chasles, Paul Broca, Delpech, P.-A. Favre, Louis Peisse, Personne, Baudrimont, Nadaud de Buffon, Auzoux, O'Rorke, V. Borie et Francesco Rizzoli.

(1) In-12. Prix : 3 fr. 50. Paris, Hachette et Cie.

Dictionnaire de botanique (1), par M. H. Baillon.

Le treizième fascicule du *Dictionnaire de botanique* comprend une série d'articles compris sous la rubrique COMM-COSSI.

Il s'ouvre par l'intéressante notice consacrée aux Commelin ou Commelyn, par le docteur Eugène Fournier. Toujours la même méthode, sobriété, concision, mais détails bibliographiques sûrs, érudition de bon aloi. En lisant ces notices, on comprend que l'auteur en sait plus long que ne peut lui permettre d'en dire la concision d'un article de dictionnaire.

Les Commelin nous conduisent au genre Commelyna, à la famille des Commélynacées. On remarquera que l'historiographe du *Dictionnaire* adopte l'orthographe Commelin.

Commerson, que M. Cap nous a fait connaître et aimer, suit de près, et nous entrons dans la botanique proprement dite avec un article magistral sur le mot *Composé*, par M. Tison. Le « conceptacle » nous est exposé par M. Nylander ; le genre « conferva » par M. Manoury : la famille des « conifères » par M. Baillon, qui a confié à M. Tison l'étude des conifères fossiles. L'article « conjugaison » est à lire. Nous en dirons autant des articles « cordaïtes », « corolle », « corymbifères ».

Nous arrêterons ici cette énumération. Au milieu des documents si nombreux et si précieux d'un dictionnaire traité aussi magistralement que celui de M. Baillon, on ne peut citer que les monographies. La partie historique est traitée d'une manière si remarquable qu'il n'est que juste de signaler l'intérêt qu'elle jette sur la nomenclature parfois un peu sèche d'un dictionnaire.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (2), par Ad. Wurtz.

Le troisième fascicule du supplément de ce dictionnaire vient de paraître.

Il est consacré à l'étude de l'acide benzoïque et de ses dérivés ; il nous fait connaître les recherches les plus récentes sur la bile, les acides biliaires et les matières colorantes de la bile. L'étude du « bore » reçoit de nouveaux développements. Les alcools butyliques, les acides butyriques, le camphre, les acides caproïques, le carbone, le carmin, le chloral repassent sous les yeux du lecteur en nous donnant le dernier mot actuel de la science.

Enfin ce fascicule se termine par une étude nouvelle du chlore, de la chlorophylle, de l'acide cholestérique et de la chondrine.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires (3), par M. le professeur J.-C.-Félix Guyon.

Depuis nombre d'années, M. le professeur Guyon consacre ses leçons cliniques de l'hôpital Necker à l'étude des maladies des

(1) In-4°. Prix du fascicule : 5 francs. Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8°. Prix du fascicule : 3 fr. 50. Paris, Hachette et Cie.
(3) In-8°. Prix : 14 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

voies urinaires. Nos lecteurs ont eu souvent sous les yeux l'écho de cet enseignement.

L'auteur a divisé son œuvre en quatre parties.

La première partie comprend l'étude des symptômes fonctionnels. Ce sont naturellement les troubles de la miction qui forment le sujet principal de cette étude. M. Guyon s'est attaché à réunir dans ce grand chapitre tous les renseignements que peut faire obtenir l'interrogation méthodique du malade et à mettre en relief leur valeur séméiologique. Voulant être complet, il a successivement étudié tous les troubles de la miction, y compris la rétention et l'incontinence d'urine.

La seconde partie est consacrée à l'étude des modifications imprimées aux urines par les maladies des voies urinaires. L'étude chimique des urines, due à M. le docteur Méhu, a pris un développement scientifique qui fournit les plus intéressants résultats. Elle est bornée à ce qui est afférent à l'étude clinique et séméiologique.

La troisième partie est réservée tout entière à l'étude des complications générales qui menacent et si souvent atteignent les malades affectés des maladies des voies urinaires. C'est l'empoisonnement urineux qui fait l'objet de cette partie des leçons.

La quatrième partie ramène d'une façon directe à l'examen du malade. L'auteur étudie les moyens et les manœuvres dont le chirurgien dispose pour l'examen direct. Après des considérations anatomiques et physiologiques sur l'urèthre de l'homme, M. Guyon étudie le cathétérisme explorateur, puis le cathétérisme thérapeutique, et termine son œuvre par l'emploi du chloroforme comme adjuvant des manœuvres intra-vésicales et intra-uréthrales.

Tels sont, en résumé, les sujets des trente leçons que l'auteur a professées à l'hôpital Necker, et qu'il publie aujourd'hui avec le concours de M. le docteur Campenon, prosecteur de la Faculté.

Manuel d'histologie pathologique (1), par MM. Cornil et Ranvier.

En 1869 paraissait la première partie d'un manuel d'histologie pathologique par MM. Cornil et Ranvier; en 1873, puis en 1876, paraissaient les seconde et troisième parties de cet ouvrage très-remarquable. Grâce à lui, l'histologie pathologique se vulgarisait parmi les étudiants.

Mais, en science, les livres vieillissent vite, et voici que les auteurs, toujours sur la brèche, ont refondu leur œuvre, tout en lui conservant son titre par trop modeste de manuel.

Cette seconde édition diffère de la première par les changements suivants.

Les généralités concernant l'histologie normale placées en tête du premier volume ont été remaniées et mises au courant des progrès réalisés depuis dix ans. Dans cette période décennale, l'histologie normale a progressé relativement beaucoup plus que l'histologie pathologique. Mais celle-ci, qui se base sur la première, qui lui emprunte non-seulement ses découvertes, mais aussi ses méthodes, s'est elle-même notablement modifiée. Aussi les auteurs n'ont conservé de certains chapitres que l'entête et ont dû en ajouter plusieurs qui n'existaient pas dans la première édition.

L'ouvrage doit former deux volumes. Le premier, — le seul paru, — contient l'anatomie pathologique générale et les lésions des tissus.

Pour donner enfin une idée juste du soin qui a présidé à la publication de cet important ouvrage, il est bon d'ajouter que le premier volume de la nouvelle édition de ce manuel d'histologie pathologique se présente sous l'aspect d'un bel in-8°, imprimé sur un papier plus favorable à l'impression des gravures et avec un véritable luxe d'illustration.

(1) In-8°. Prix : 14 francs. — Paris, Germer Baillière et Ce.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

147. M. Beylier. De l'emploi thérapeutique du massage dans quelques affections chroniques. — 148. M. Claude. De quelques cas de conservation dans le traitement des fractures compliquées du tiers inférieur de la jambe. — 149. M. Vergeade. De la lymphangite mammaire pendant la puerpéralité. — 150. M. Prieur. De la syphilis vaginale secondaire. — 151. M. Couillault. De l'albuminurie dans la variole. — 152. M. Valette. Des coagulations veineuses dans la pneumonie et de leurs conséquences. — 153. M. Boutiron. De l'iodure de potassium dans l'emphysème pulmonaire. — 154. M. Goumy. De la pleurésie suraiguë à forme typhoïde. — 155. M. Roux (Joseph). Étude sur les rapports de l'alcoolisme et de la phthisie pulmonaire. — 156. M. Vannereau. De l'incision du grand pectoral dans l'extirpation des tumeurs de l'aisselle. — 157. M. Garreau. Des kystes des sinus frontaux. — 158. M. Ducros. Des phlegmons diffus consécutifs à l'inflammation secondaire des bourses séreuses. — 159. M. Veillard. De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. — 160. M. Legendre. Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches. — 161. M. Masclanis. Contribution à l'étude des pleurésies secondaires consécutives à l'inflammation de la paroi thoracique. — 162. M. de la Barrière. De la cystocèle en général. — 163. M. Blanc. Traitement des abcès chauds par les injections d'alcool. — 164. M. Berthoud. Étude pathogénique et clinique sur l'oblitération des troncs artériels dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Clinique d'accouchements est transférée rue d'Assas, n° 89.

— Par décret en date du 23 avril 1881, M. Clos, professeur à la Faculté des sciences et directeur du Jardin des plantes de Toulouse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues au secrétariat du lundi 25 avril au samedi 30 avril, de une heure à quatre heures.

— Dans l'une des dernières séances du Conseil municipal de Paris, MM. les docteurs Bourneville, Thulié, etc., ont déposé une proposition ayant pour but la création de deux écoles dispensaires dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris. Ces établissements, placés sous la direction d'un chirurgien ou d'un médecin des hôpitaux, seraient destinés à recevoir les enfants du premier âge atteints de rachitisme et de difformités, qui ne peuvent être admis, faute de place, qu'exceptionnellement dans les hôpitaux d'enfants.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Putel, ancien médecin de la maison du roi Louis-Philippe; de M. le docteur Pivain, de Sotteville-lès-Rouen, et de M. le docteur H. Rogez, de Somme-Py.

— Nous recevons la première livraison (avril 1877) de la *Revue militaire de médecine et de chirurgie*, et nous signalons comme « mémoires originaux » une note du directeur, M. Edm. Delorme : « Des modifications apportées à l'armement de l'infanterie et de la médecine militaire », et un travail de M. le docteur Rigal, médecin-major, sur les « Accidents de la guerre des mines ».

— L'École d'ambulancières et de garde-malades, dont les cours ont eu lieu jusqu'ici à la mairie du sixième arrondissement, est transférée rue Jean-Jacques Rousseau, n° 15. C'est là que les cours auront lieu désormais, les lundis, mardis, jeudis et samedis. Ces cours sont gratuits.

— M. le professeur Wurtz reprendra, à la Faculté des sciences, son cours de chimie organique, momentanément interrompu, le

mercredi 27 avril 1881, à une heure trois quarts, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Ed. Becquerel, professeur au Muséum, commencera son cours de physique appliquée aux sciences naturelles le mercredi 27 avril 1881, à une heure et demie, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, les lundis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la météorologie et de la climatologie dans ses rapports avec les phénomènes physiques et physiologiques. Il s'occupera notamment de l'intervention de la chaleur, de la lumière et de l'électricité dans la production des phénomènes naturels, ainsi que de leur action sur les corps organisés.

— M. Albert Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum, commencera son cours le mercredi 27 avril 1881, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il fera l'histoire des animaux fossiles des terrains secondaires et tertiaires et s'attachera particulièrement à l'étude des vertébrés. Le professeur fera tous les lundis, à trois heures, des conférences pratiques soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques.

— M. le professeur A. de Quatrefages, ou en son absence M. le docteur Hamy, aide-naturaliste, commencera le cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, le jeudi 28 avril 1881, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Le cours sera consacré cette année à l'étude détaillée des races humaines et portera principalement sur l'anthropologie des races nègres.

— M. le professeur Alph. Milne Edwards commencera, au Muséum, le cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le mercredi 27 avril 1881, à deux heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Les conférences de géologie de M. Vélain, maître de conférences à l'école des Hautes-Études, reprendront à la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 28 avril 1881, dans la salle de mathématiques, à neuf heures du matin.

De l'involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences, par le docteur Avrard. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11108.

Dragées arsenico-ferriques

aux sels naturels de la Dominique,

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

Guérison des maladies de l'estomac

Par les POUDRES et PASTILLES P. HUGOUNENQ au **Phosphate de Bismuth** et à la **Pepsine**, contre les gastralgies, gastrites, dysentéries, diarrhées rebelles, vomissements des enfants, digestions laborieuses. — Pharm. HUGOUNENQ, Lodève (Hérault). — Dépôt général, VIDAU et Cie, anc. phie PLANCHE, rue Scribe, 11, près l'Opéra, Paris, et les bonnes pharmacies.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Peptone Catillon

à 19° *Baumé, 4 p. 100 d'azote*, représentant TROIS FOIS SON POIDS DE VIANDE ASSIMILABLE par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0,30 bi-carbonate de soude.

SIROP DE PEPTONE CATILLON, préféré pour l'administration par la bouche, plait mieux au goût; — 1 cuillerée contient 30 gr. de viande 2 à 8 par jour dans un peu d'eau.

VIN DE PEPTONE CATILLON, utile complément de nutrition ; — 1 verre à madère contient 30 gr. de viande.

Maladies d'estomac et d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents, etc.

Paris, 1, r. Fontaine-St-Georges et r. Chaptal, 2.

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique. — Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques, les résultats ont « toujours été remarquables; il en fut de même d'un « nombre respectable de chloroses traitées par « la même préparation... Nous préférons la forme « de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est « plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Médailles d'OR. — Prime de **16,600** *fr. à Laroche.*

Quina-Laroche (*Elixir vineux.*).

APÉRITIF, TONIQUE, FÉBRIFUGE.

(*Extrait* COMPLET *des* TROIS *quinquinas.*)

Epuiser, par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la TOTALITE des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de la supériorité de l'*Elixir vineux* dit **Quina-Laroche** contre les *fièvres, gastralgies, anémies*, etc.

Le même produit FERRUGINEUX ou IODÉ.

Paris, 22, 20 et 19, rue Drouot.

Laroche

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Vin iodé de Moride (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE.).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs JORET et HOMOLLE, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

Vichy, eau minérale naturelle

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion générale sur la vaccination obligatoire est close. M. Larrey, qui avait annoncé avoir des réserves à faire sur les conclusions du rapport, les a formulées en termes tels que ce ne sont plus seulement des réserves, mais bel et bien une opposition formelle qu'il a faite à l'obligation, se ralliant entièrement, à cet égard, à l'opinion de M. Depaul. M. Blot a pris ensuite la parole, en sa qualité de rapporteur, pour résumer le débat et répondre aux diverses objections faites au rapport. Sa réponse a été, quant au fond, ainsi qu'il l'a annoncé du reste lui-même, une condensation de l'argumentation de M. Fauvel. Nous ne savons plus trop d'où nous était venu le bruit que la commission, quelque peu touchée de l'opposition probablement inattendue qui s'est produite à divers degrés dans cette discussion, allait introduire elle-même quelques modifications dans les conclusions, faire quelque cote mal taillée où elle aurait donné une demi-satisfaction aux opposants en cédant quelque peu de la rigueur de ses premières propositions. Il n'en a rien été. Le rapporteur, sourd à tout appel aux concessions, a non-seulement maintenu l'œuvre de la commission dans son intégrité, contre toutes les objections, mais il s'est montré quelque peu dur envers ses contradicteurs, MM. Depaul et Hardy, et même cruel envers M. J. Guérin, qui n'en a du reste pas paru ému outre mesure; il n'a été un peu conciliant qu'avec MM. Trélat et Hervieux, dans lesquels il a refusé de voir des opposants, bien que M. Hervieux cependant n'ait pas proposé moins que la suppression de quatre articles sur dix du projet de loi...

A mardi prochain la discussion des conclusions et des amendements, ou tout au moins de l'amendement que M. J. Guérin s'est réservé de développer.

Avant la discussion, deux lectures ont été faites, l'une par M. Burdel (de Vierzon), correspondant de l'Académie ; l'autre par M. le docteur Cazin, médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

M. Burdel, dont on connaît les persévérantes études pratiques sur les fièvres intermittentes, et qui a contracté la bonne habitude de venir une fois ou deux tous les ans communiquer à l'Académie les résultats de ses derniers travaux, a pris cette fois pour sujet de sa communication les recherches récentes qu'il a faites sur le rôle attribué aux microzoaires et microspores dans l'étiologie des affections paludiques ou telluriques. Tout le monde sait, en effet, qu'on a cherché dans ces dernières années à redonner une vie nouvelle aux théories déjà anciennes de l'origine parasitaire de la fièvre intermittente, cellules d'une algue du genre Palmella pour les uns, un schistomycète du genre Baccilus pour d'autres, etc. M. Burdel a voulu avoir raison de ces théories hypothétiques. Il a fait des expériences avec quelques-unes de ces substances recueillies dans l'atmosphère reposant au-dessus de terres nouvellement défrichées et d'étangs. Les résultats des expériences sur les animaux pourraient être suspectés par les raisons très-justes qu'a invoquées à cette occasion M. Colin (d'Alfort). Mais celles qu'il a faites sur plusieurs sujets sains et vigoureux, qui s'y sont prêtés bénévolement sans doute, et sur lui-même, ont, évidemment, plus de valeur; elles lui ont démontré le peu de fondement de ces théories.

On pourra le regretter peut-être, comme on regrette toute illusion perdue. Mais la vérité avant tout, et merci à ceux qui combattent une erreur.

HOPITAL NECKER. — M. GUYON.

Infiltration urineuse.

Nous avons dans la salle saint Vincent, aux nos 1 et 13, deux malades qui sont venus atteints de la même affection ; ils présentent cette seule différence que l'un est au début et l'autre à la fin du traitement que nous avons institué pour les guérir.

Le n° 1 a quarante-sept ans ; sa maladie remonte aux premiers jours de ce mois, elle est survenue à la suite d'orgies. Son infiltration urineuse était caractérisée par une tumeur périnéale, volumineuse, à saillie médiane, étendue depuis l'anus en arrière jusqu'à la racine des bourses en avant et même jusqu'à l'ogive pubienne. Le scrotum était moyennement tuméfié, la verge était volumineuse. Point d'infiltration inguinale ; celle-ci est limitée seulement à la verge, au périnée et un peu au scrotum, et présente tous les signes anatomiques d'une localisation dans la loge inférieure du périnée, laissant en dehors le scrotum, qui ne s'est tuméfié que secondairement.

A l'arrivée du malade on n'a constaté aucune fièvre, la tem-

pérature a oscillé du jour au lendemain entre 37°,8 et 37°,5 le matin, et 38°,1 le soir. Cette apyrexie dans un cas d'infiltration urineuse considérable ne doit pas troubler l'esprit du chirurgien, car l'intoxication urineuse ne se fait pas par le tissu cellulaire, mais bien directement par les veines ou par les reins lorsque ceux-ci ne fonctionnent plus régulièrement. Du reste l'expérimentation démontre nettement que des injections d'urine dans le tissu cellulaire n'amènent pas l'intoxication urineuse; il faut plus que cela.

Néanmoins il y avait urgence d'intervenir, et nous l'avons opéré le lendemain de son entrée, c'est-à-dire il y a douze jours. A ce moment-là, sa température était de 37°,5; mais le soir nous constations 38°,4, le lendemain matin 38°,8, le soir 39°,2. Ce chiffre a été le point culminant d'une poussée fébrile graduelle, et, le troisième jour, une défervescence se produisait, présentant quelques oscillations. Enfin, aujourd'hui, l'apyrexie est complète.

Ces phénomènes fébriles, qui ne se sont pas déclarés brusquement, étaient les conséquences d'une plaie, d'une cavité grande à loger le poing, renfermant des détritus gangreneux, malgré les lavages antiseptiques.

De l'incision et de la façon dont elle est faite dépend le salut du malade. J'incise largement et profondément, depuis la racine du scrotum jusqu'au-devant de l'anus, en pénétrant un peu dans le dartos, et, divisant l'aponévrose superficielle, j'ouvre la loge inférieure du périnée, et je pénètre dans le foyer pour donner l'issue la plus facile et la plus complète possible à l'urine qu'il renferme, en agrandissant avec les doigts l'incision de l'aponévrose.

La chose la plus importante est de faire écouler le plus complètement possible l'urine, qui peut être considérée comme un liquide septique; c'est donc le premier des antiseptiques; j'y joins l'emploi des lavages également antiseptiques du foyer.

Le malade du n° 13 est depuis longtemps dans le service; il est entré le 19 octobre dernier. A son arrivée, vu l'urgence, il avait été immédiatement opéré par l'interne de service, qui avait pratiqué malheureusement une incision insuffisante pour ouvrir la poche urineuse, insuffisante pour l'évacuation totale de l'urine. Aussi, lorsque le lendemain je vis le malade, je constatai la persistance de la rétention d'urine et des phénomènes fébriles; j'agrandis immédiatement l'incision de l'aponévrose afin de lui donner une ouverture égale à celle de la peau: les accidents de l'infiltration cessèrent immédiatement, et, quatre jours plus tard, la fièvre était complètement tombée.

C'est donc pour moi une règle absolue d'inciser largement de façon à mettre le foyer à nu et à rendre complet l'écoulement de l'urine; on arrive ainsi à guérir toutes les infiltrations urineuses. Quant au procédé opératoire, il consiste à inciser sur la ligne médiane, c'est-à-dire là où l'on est à peu près sûr de ne rencontrer aucun vaisseau, que la tumeur soit médiane ou latéralisée; puis, l'incision faite, on agrandit l'ouverture de l'aponévrose en déchirant avec les doigts, de préférence au bistouri. Tel est le traitement primitif; quant au traitement consécutif, je suis un peu en désaccord avec la pratique ordinaire. Chez mes malades, je ne cherche pas à rétablir immédiatement le canal et à faire passer tout de suite les urines par l'urèthre, parce que, si cette manière de faire est quelquefois suivie de guérison, elle amène le plus souvent des accidents septicémiques de forme pyohémique, qui peuvent entraîner la mort. En effet, ce qui importe le plus, ce n'est pas la présence des urines dans la vessie, mais bien leur séjour prolongé dans la poche périnéale; je n'accepte donc la sonde dans la vessie qne comme un moyen secondaire seulement. L'indication majeure, c'est le foyer périnéal, dans lequel il faut, par une incision suffisamment grande, éviter toute stagnation de l'urine dans une région vasculaire. L'incision répond, à elle seule, aux deux indications principales, la détersion et l'évacuation complète de la vessie et du foyer.

De plus, si l'on touche trop tôt à l'urèthre, les accidents ont plus de tendance à survenir.

Si chez notre malade du n° 1, que nous avons opéré le 15, nous voulions, aujourd'hui qu'il va bien, passer une sonde, nous sommes à peu près certains d'amener des accidents fébriles et peut-être de pyohémie: j'attends donc un certain temps.

J'ai commencé seulement à passer une sonde il y a huit jours chez le malade du n° 13, opéré cependant il y a trois mois; mais je dois dire qu'il a eu, peu de temps après son arrivée à l'hôpital, une pleurésie du côté droit. Puis, lorsque, il y a cinq semaines, j'ai voulu introduire une bougie dans la vessie, elle pénétrait toujours dans le foyer périnéal; ce n'est que lorsque la fistule a été suffisamment diminuée que j'ai pu arriver à faire entrer la sonde dans la vessie. Aujourd'hui, quatrième séance de dilatation, j'ai pu passer facilement le n° 18, sans être obligé de pratiquer l'uréthrotomie.

Il ne faut donc, je le répète, jamais se hâter d'arriver au traitement consécutif, mais attendre un temps variable, dont la moyenne est de six semaines environ, avant de pratiquer l'uréthrotomie ou la dilatation. Je préfère de beaucoup cette dernière, lorsqu'elle est possible, en ayant soin d'y persister pendant quelque temps.

En résumé donc, pour que le foyer urineux reste aseptique, la première condition est de le bien vider, la seconde d'y pratiquer deux fois par jour des lavages antiseptiques, et la troisième de faire un pansement antiseptiqne également recouvert d'une gaze phéniquée très-épaisse, en ayant soin de placer un drain dans la cavité périnéale, plongeant profondément en avant du rectum.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules SIMON.

Des vomitifs en général (1).

II

Dans la dernière séance nous nous sommes occupé d'abord des vomitifs en général chez l'enfant, puis des vomitifs végétaux, et notamment de l'ipécacuanha, le plus important de tous, et celui que nous employons presque exclusivement chez les jeunes sujets.

Aujourd'hui, pour terminer ce qui a trait à cette question, nous devons passer en revue les vomitifs du second ordre, c'est-à-dire les vomitifs minéraux, dont nous nous servons beaucoup moins chez les enfants; nous ajouterons même, dont nous nous servons le moins possible. Néanmoins il est nécessaire de les connaître pour les cas exceptionnels où nous en faisons usage.

Tout d'abord je vous citerai l'émétique ou tartre stibié, que l'on emploie de deux façons: soit à dose vomitive, soit à dose hyposthénisante. Mais, je le répète, et je prêche

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 avril 1881.

d'exemple, ne le donnez sous l'une ou l'autre forme qu'à votre corps défendant.

A dose vomitive je n'administre l'émétique chez l'enfant, atteint de bronchite ou d'angine, que lorsque l'ipéca n'a produit aucun effet et surtout si l'enfant a dépassé deux ans. Au-dessous de cet âge, je ne l'emploie *jamais*, et, si les vomitifs végétaux n'ont pas réussi, j'ai recours à de tout autres moyens pour amener le vomissement, tels que la titillation de la luette et les boissons d'eau chaude qui le plus généralement suffisent. Enfin, si contre toute attente ces moyens ne me donnent aucun résultat, alors je m'abstiens.

Mais, au-dessus de deux ans, si l'ipéca n'a produit aucun effet, ou si les résultats m'ont paru insuffisants et qu'il y ait urgence à obtenir une action vomitive, notamment dans la coqueluche, dans le catarrhe, etc., je l'administre en potion de la façon suivante :

Tartre stibié.	0,025 milligr.
Eau de tilleul.	60 à 80 grammes
Sirop de fleurs de pêcher ou sirop de fleurs d'oranger..	30 —

que l'on donne en trois fois à un quart d'heure d'intervalle entre chaque dose. Non-seulement les enfants vomissent facilement, mais encore ils sont assez fréquemment purgés, voire même quelquefois superpurgés.

Ceci me rappelle ce qui arriva chez un de mes confrères de Colombes, qui, ayant donné à l'un de ses enfants l'émétique à dose hyposthénisante, le vit bientôt atteint d'un choléra infantile auquel il faillit succomber.

Au-dessus de cinq ans, les enfants, moins faciles à déprimer, supportent mieux l'administration de l'émétique, et ce médicament peut leur être donné, à six, sept ou huit ans, à une dose égale à la moitié de celle que l'on ordonnerait chez l'adulte dans les mêmes conditions.

Le tartre stibié à dose hyposthénisante s'emploie, non pas par moi, qui dans tous les cas le repousse le plus possible, dans la bronchite quinteuse, dans le cas de spasme de la glotte ou des voies aériennes. On le donne à la dose de 10 centigrammes (0 gr. 10), dans une potion gommeuse, et on le fait prendre jusqu'à tolérance par cuillerée à dessert, d'heure en heure.

Mais je lui préfère de beaucoup, dans les cas que je viens de vous indiquer, la ciguë, l'opium ou l'aconit.

Le tartre stibié ne doit jamais, à mon point de vue, se donner dans le croup, sauf dans quelques rares circonstances, telles que, par exemple, si l'on a affaire à un croup suffocant chez un enfant âgé d'au moins six à huit ans, et quand l'ipéca n'a produit aucun effet. Dans ce cas seulement, on peut risquer l'émétique comme vomitif, une ou deux fois. Cependant je lui préfère encore un autre vomitif minéral, je veux parler du sulfate de cuivre, dont l'emploi a été aussi grandement vanté.

Je donne le sulfate de cuivre à la dose de 10 centigrammes (0 gr. 10), dans une potion que l'on fait prendre en quatre ou cinq fois. Ce médicament a l'avantage, sur l'émétique, de faire vomir sans produire ni grande diarrhée, ni forte hyposthénisation. C'est pourquoi je le recommande avec moins de difficulté que le tartre stibié, dans les cas où l'ipéca n'a pas réussi. Ce chiffre de 10 centigrammes du sulfate de cuivre est aussi la dose à laquelle on l'emploie dans les collyres, dissous dans 30 grammes d'eau distillée; il est aussi la dose recommandée pour les injections dans l'oreille.

Après le sulfate de cuivre sur lequel, vous le voyez, je passe assez rapidement à cause de ma répugnance à l'employer chez les enfants, j'arrive au kermès et à l'oxyde blanc d'antimoine.

Le kermès est un médicament qui peut rendre des services, dans la thérapeutique infantile, chez les sujets âgés de plus de deux à trois ans, notamment dans les bronchites nerveuses. On l'emploie aussi à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 (de 5 à 10 centigrammes) dans une potion de 120 grammes, par cuillerée d'heure en heure, dans l'inflammation des voies aériennes, sauf dans les cas de bronchite capillaire, de broncho-pneumonie ou de pneumonie.

Si la diarrhée survient, vous devez immédiatement renoncer à l'administrer, pour continuer seulement les médicaments nervins qui font rarement vomir. Si les quintes augmentent, si elles sont moins spasmodiques, si l'inflammation des voies aériennes tend à se généraliser, enfin si le malade présente quelque tendance à l'hyposthénisation, vous devez encore supprimer le kermès.

Quant à l'oxyde blanc d'antimoine, on le donne à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 (30 à 50 centigrammes) dans une potion chez les enfants âgés de plus de deux ans, — jamais chez les sujets plus jeunes, — et, relativement à son emploi, je vous ferai exactement les mêmes observations que pour le kermès, et, dans tous les cas, il ne doit être employé qu'avec toutes sortes de réserves.

Avant d'avoir recours à aucun de ces médicaments, je ne saurais trop vous répéter que j'emploierai de préférence à l'intérieur l'aconit et la belladone, ainsi que les révulsifs à l'extérieur, et que ce ne sera qu'à défaut de succès par ces divers moyens que je m'adresserai aux vomitifs minéraux.

J'ajouterai en terminant que, si l'émétique ou tartre stibié a les mêmes propriétés vomitives que l'ipéca, il présente une tendance bien marquée à produire non-seulement une superpurgation, mais encore la prostration, l'hyposthénisation.

APHONIE HYSTÉRIQUE DATANT DE DEUX ANNÉES.

GUÉRISON PAR L'APPLICATION D'UN COLLIER DE CUIVRE.

Par M. le docteur V. Burq.

Le 14 décembre dernier, Mlle X..., accompagnée de son père et de sa mère, venait, de province, nous consulter au sujet d'un cas d'hystérie complexe.

Deux ans auparavant, Mlle X... s'était mise à aboyer « comme un chien qui chasse ». L'aboiement dura six mois consécutifs, après lesquels il disparut un beau jour pour faire place à une aphonie complète. Pendant toute une année, Mlle X..., qui est douée, paraît-il, d'une assez belle voix qu'elle aime à cultiver, ne put pousser aucun son, quoi que l'on fît. Au bout de ce temps, la voix lui revint subitement, comme elle l'avait perdue, sans cause; mais elle ne tarda point à redevenir aphone comme devant.

En interrogeant ses parents, nous apprenons deux choses : la première, qu'on lui avait administré le fer avec une largesse inaccoutumée sans le moindre succès, et la deuxième, qu'elle avait eu des crises emmêlées tout au moins d'accès de somnambulisme.

C'en était assez, d'une part, pour nous faire rejeter tout de suite l'idée de l'application du fer ou de l'acier, et, de l'autre, pour nous donner la presque-certitude que Mlle X... était sensible à son antipode, le cuivre.

Nous appliquons ce dernier métal sur l'un des avant-bras, le gauche, qui est plus particulièrement frappé d'anesthésie, et en quelques minutes nous obtenons, en effet, dans l'ordre voulu tous les effets métalliques et de retour, tant objectifs que subjectifs,

tant physiques que psychiques, qui dénotent une sensibilité au cuivre des plus marquées. Cela étant, nous formons avec cinq de nos disques un collier de cuivre que nous appliquons en avant du cou.

Au bout de deux minutes environ, chaleur notable, frémissements, rougeur de la peau sous les plaques et à leur voisinage. « Ça me travaille, » dit Mlle X... d'une voix déjà moins enrouée, vers la quatrième minute. Entre la cinquième et la sixième, quelques sons gutturaux ; ces sons deviennent plus nets de moment en moment, et dix minutes, en tout, ne s'étaient point encore écoulées que Mlle X... s'écriait : « Merci, monsieur, » au grand ébahissement de son père et de sa mère qui, comme leur fille, faillirent en pleurer de joie.

Tout ceci se passait en présence de notre collègue et ami le docteur Moricourt, ancien interne de M. Lasègue.

Ce résultat une fois obtenu, nous retirons le collier, qui commence à produire de nouveaux troubles cérébraux, et nous le remettons aux parents en faisant la recommandation qui suit : « Si, comme c'est probable, à raison du peu de temps qu'a duré l'application sur le cou, la voix s'en va de nouveau, réappliquer le collier et le garder le plus longtemps possible ; tenir dans la journée sous chaque plante des pieds, en dedans du bas, un ou deux sous de cuivre, préalablement bien décapés. »

Deux jours après, Mlle X... nous était ramenée ; elle nous saluait de sa voix la plus claire, et voici ce qu'elle nous apprenait.

« A peine étais-je rentrée à la maison, que vos prévisions se réalisaient ; mais, me sentant trop fatiguée, je me suis couchée sans rien faire. J'ai été comme gelée toute la nuit, et, comme toujours, couvertures et édredon n'ont pu me réchauffer. Le lendemain, j'étais tout aussi paralysée de la voix qu'avant de vous aller voir. J'ai remis le collier, et la voix m'est revenue aussi vite que la veille. J'ai voulu le garder, mais cela m'a été impossible, car bientôt ma tête s'est encore alourdie ; j'y ai senti des chaleurs et comme des bruissements éclatants ; ma pensée s'est troublée ; je suis tombée dans une sorte d'anéantissement et j'aurais eu certainement une crise si je ne m'étais hâtée de me débarrasser du collier, qui, maintenant, me fait peur. Un moment après, j'avais pris libre possession de moi-même, j'étais redevenue calme et la voix m'était restée. J'ai fait alors l'application aux pieds que vous m'aviez prescrite ; seulement, au lieu de sous, j'ai glissé dans mes bas une de vos plaquettes. Au bout de quelques minutes, mes pieds, qui étaient glacés, se sont réchauffés, mais le pied gauche (c'était le côté gauche qui était surtout anesthésique) bien moins que le droit. J'ai ajouté pour lui une deuxième plaquette, et je n'ai point tardé à avoir aussi chaud à gauche qu'à droite. Cette application m'a suffi pour conserver ma voix. Je me sens forte et comme allégée. Je me suis piquée, comme vous me l'aviez fait, et j'ai senti de partout ; les piqûres ont rougi et quelques-unes ont même saigné. »

Ces derniers renseignements ayant été confirmés par le dynamomètre et l'esthésiomètre, il est procédé à une contre-épreuve métalloscopique. Nous appliquons successivement l'or et l'acier. Aucun effet, bien que nous les laissions appliqués, à tour de rôle, plus d'un quart d'heure.

Nous réappliquons le cuivre sur l'avant-bras gauche, non sans avoir eu à surmonter une certaine résistance de la part de Mlle X... et de sa mère, et bientôt arrivent l'anesthésie, l'amyosthénie et tous les autres phénomènes post-métalliques.

En conséquence, nous prescrivons l'eau cuivreuse de Saint-Christau et une application symétrique de cuivre sur les membres à différentes hauteurs, de deux nuits l'une seulement, et depuis nous n'avons plus entendu parler de l'aphonie de Mlle X...

Les cas où la métallothérapie externe a produit de semblables effets sur des voix éteintes sont loin d'être rares. M. Dumontpallier nous citait dernièrement un succès de même nature obtenu par le cuivre sur une artiste de l'une de nos premières scènes lyriques. Tout merveilleux qu'ils semblent de prime abord, ils n'ont plus rien qui ait le droit de nous surprendre, puisque l'aphonie tient, si souvent, surtout chez les artistes femmes, à une amyosthénie des muscles qui tendent les cordes vocales, et que l'on sait maintenant qu'il suffit d'une application métallique appropriée pour faire monter en quelques instants la force musculaire d'un membre amyosthénique de 10, 20, 30 kilogrammes et même de lui rendre le mouvement lorsqu'il l'avait complètement perdu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1881. — *Présidence de M. Legouest.*

CORRESPONDANCE

MM. Prunier et Yvon se portent candidats dans la section de pharmacie ; M. Georges Clasen (de Bruxelles) adresse une note accompagnant l'envoi d'un nouvel instrument construit sur les indications de M. le docteur Liebreich et applicable aux opérations de la cataracte ; M. le docteur Charnaux (de Vichy) adresse un mémoire sur l'étiologie de la variole.

LECTURES

La parole est à M. Burdel (de Vierzon) pour une lecture.

Rôle des microzoaires et des microspores dans les affections paludiques. — M. Burdel lit le résultat de ses recherches sur le rôle attribué aux microzoaires et aux microspores dans l'étiologie des affections plaudiques ou telluriques.

Voici le résumé de ce travail :

En attendant que nous puissions, ainsi que nous l'espérons, compléter prochainement cette note et démontrer quel est le véritable agent actif de l'impaludisme, nous nous résumons en disant :

Que des recherches et des travaux qui, depuis quelques années, ont été publiés, ayant pour but de faire connaître la nature des miasmes palustre ou tellurique, il résulte que, pour les uns, cet agent est une *algue du genre Palmela ;* pour les autres, des *microzoaires et des microspores* de genres différents ; et enfin, plus récemment, pour MM. Tommasi, Crudeli et Klebs, que c'est un *schistomycète du genre Baccilus.* Nous nous croyons autorisés, — après les études et expérimentations auxquelles nous nous sommes livrés, — à dire que non-seulement les *algues palmellæ* et les *schistomycètes* sont loin de posséder les propriétés fébrigènes que les auteurs ont cru devoir leur attribuer ; mais encore que les expérimentations sur lesquelles ils se sont appuyés pour prouver ces propriétés sont de nature à entretenir une erreur profonde, d'une part, parce que les injections des *microzoaires baccilus* développés par la culture ne sont plus les éléments contenus dans la couche atmosphérique reposant sur le sol et que l'homme respire, et ensuite parce que ces éléments injectés produisent chez les animaux des symptômes morbides ne ressemblant en rien à ceux issus de la fièvre tellurique ;

Que les animaux en général, mais plus spécialement le lapin, ne peuvent contracter la fièvre intermittente par inoculation, et que ce que les auteurs ont pris pour des périodes de fièvre, ce ne sont que des irrégularités provoquées par la réaction vitale résultant de l'introduction d'une matière septique ;

Que la fièvre intermittente, n'étant de nature ni virulente, ni septique, ni contagieuse, ne peut se reproduire par inoculation ;

Que, parmi les expérimentations faites sur les animaux pour tenter de développer des symptômes de fièvre intermittente, régulière et périodique, le lapin est l'animal qui peut le plus induire en erreur, témoin les inoculations que nous avons tentées nous-mêmes avec de la matière cancéreuse et tuberculeuse et celles faites dernièrement par le professeur Vulpian, déclarant avoir déterminé la mort et développé un microbe chez ces animaux avec des injections de salive normale ;

Que nous avons pu faire, sur des moutons d'abord, puis sur

nous-mêmes et sur plusieurs sujets sains et vigoureux, des injections avec de l'eau contenant, après examen microscopique, des microzoaires, microspores, baccilées, schistomycètes, etc., recueillis dans l'atmosphère reposant au-dessus de terres nouvellement défrichées, d'étangs, et contenant tous les éléments paludiques; et tout cela, sans avoir pu constater aucun trouble morbide, ni aucun symptôme pathologique se rapprochant de ceux qui se développent dans la fièvre intermittente.

Enfin, comme conclusion des études et recherches auxquelles nous nous sommes livrés, il ressort pour nous, de toute évidence, que les algues palmellæ, que les baccilées, schistomycètes, etc., ne sont pas les germes animés et spécifiques qui produisent les fièvres intermittentes, nos expériences en sont la preuve; et que leur présence, comme leur rôle dans l'atmosphère tellurique, n'est que très-secondaire, dépendant de conditions plus importantes; ce qui le prouve encore, c'est que non-seulement leur présence est loin d'être constante dans l'atmosphère tellurique, mais que leur genre, leur espèce varient suivant les lieux, les saisons et les heures du jour où on les observe, et que, souvent, très-souvent, leur présence fait défaut, même dans les lieux où le sol contient les éléments les plus pernicieux.

M. COLIN (d'Alfort) appuie ce que vient de dire M. Burdel, relativement aux expériences faites sur les lapins, dont on ne peut rien conclure. Ce qu'il dit des lapins, il pourrait le dire, d'ailleurs, avec la même raison, de la plupart des autres animaux, par rapport à la fièvre intermittente. Les troupeaux de moutons qui vivent autour des marécages, les buffles des marais Pontins, ne contractent jamais la fièvre. On comprend dès lors combien des expériences faites sur ces animaux auraient peu de valeur.

Toucher rectal dans la coxalgie. — M. CAZIN, médecin de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, lit un travail sur le toucher rectal dans la coxalgie. Ce travail a pour but de montrer que c'est par la voie rectale que le doigt arrive le plus aisément à se rapprocher de l'articulation coxo-fémorale, peu accessible, en raison de sa situation profonde, à nos moyens de recherche. Sur 96 coxalgies actuellement à l'hôpital de Berck, 47 fois le toucher rectal a donné des renseignements appréciables, contrôlés et confirmés trois fois par l'opération de la résection, deux fois par l'autopsie.

Employé d'une façon générale et méthodique, conjointement avec les autres moyens de recherche, mais avec un degré de précision plus élevé, le toucher rectal permet de faire le diagnostic anatomique des altérations même peu prononcées de l'acétabulum et du bassin. Il doit toujours être pratiqué avant la résection et le redressement forcé.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la quatrième classe. La majorité est acquise à M. Laprade, qui est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRES

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccination obligatoire.

La parole est à M. Larrey.

M. LARREY rappelle qu'il a réclamé avec instance devant la Chambre l'opinion essentielle de l'Académie de médecine sur la loi Liouville et que, dès le lendemain, l'Académie était officiellement saisie de la question. M. Larrey résume les arguments présentés par les différents orateurs qui ont pris part à la discussion, et dit qu'éclairé par cette discussion, il accepte entièrement l'opinion émise par M. Depaul, qui, comme on sait, est plus convaincu que personne des avantages et des nécessités de la vaccine, mais s'élève de toutes ses forces contre la proposition de la rendre obligatoire par une loi. Chemin faisant, M. Larrey, tout en se déclarant partisan des revaccinations, et tout en rappelant la part qui lui revient dans la pratique de ces revaccinations dans l'armée, ne leur accorde pas la même valeur préservatrice qu'aux vaccinations.

En terminant, M. Larrey déclare que, si le vote de l'Académie est favorable aux adversaires de l'obligation, il est prêt à lui soumettre ensuite comme député, pour le présenter à la Chambre, un contre-projet de loi qui pourrait concilier tous les intérêts en assurant par des voies plus certaines et plus régulières l'accomplissement de la vaccination et de la revaccination dite obligatoire.

M. BLOT, rapporteur. Sur le but qu'on se propose d'atteindre il ne peut y avoir aucun doute; on veut, dans la limite du possible, prévenir les désastres de la variole. Ce qu'on attend de nous, c'est la solution du côté scientifique de la partie médicale du problème. Notre tâche consiste pour le moment à résoudre le problème scientifique en laissant au pouvoir législatif le soin de s'occuper de la partie juridique. Une complète unanimité existe parmi nous sur la partie médicale de la question qui nous est posée. Ainsi, point d'équivoque possible. Ce premier point bien établi, il reste à examiner les objections qui ont été faites à l'obligation.

M. Depaul a invoqué le droit du père de famille auquel l'obligation porterait atteinte; c'est la conduite même du père de famille que M. Blot va prendre pour modèle de la conduite que doit tenir le législateur. Que fait le père de famille à l'égard de nombreux enfants, d'âge, de sexe, d'intelligence et de caractère différents? Il protège les plus jeunes contre la force, l'inexpérience et la vivacité des plus âgés. Lui et sa compagne légifèrent pour leur société en miniature, de manière que toujours la liberté ou la fantaisie d'un seul ne puisse nuire à la liberté et au salut de tous les autres. La vraie liberté, celle qui vise d'abord l'intérêt général, se manifeste sous les formes les plus dignes de notre respect : ce sont la prévoyance, la charité, les dévouements de toute espèce.

M. Blot relève ce qu'il trouve d'illogique à accepter l'instruction obligatoire sans s'occuper d'abord de préserver et de conserver ceux qui devront en profiter plus tard. Mais, ce qu'il trouve plus illogique encore, c'est d'accepter la loi sur l'instruction obligatoire, ainsi que la nécessité d'un certificat de vaccine au moment de l'entrée à l'école tout en refusant de rendre la vaccination obligatoire.

A notre avis, ajoute M. Blot, dans l'état actuel de la science, le Gouvernement n'a pas moralement le droit de négliger plus longtemps le moyen proposé.

Passant à un autre point, la réorganisation du service de la vaccine en France, M. Blot conteste qu'on puisse, comme le propose M. Depaul, obtenir le budget nécessaire à la réorganisation du service sans qu'une loi spéciale soit votée. Il défie son collègue de lui citer un seul exemple d'un budget voté sans qu'il ait été préalablement justifié par une loi.

Arrivant à M. J. Guérin, il lui reproche, après avoir commencé par déclarer la vaccine une glorieuse et utile conquête, d'avoir dit ensuite qu'elle n'était qu'un moyen provisoire et incertain, et d'avoir terminé en considérant les vaccinations en masse comme constituant un foyer d'infection. Une pareille conduite, dit-il, n'est pas seulement inconséquente et dangereuse; elle est coupable, à cause des résultats funestes qu'elle peut entraîner.

Quant à la proposition d'amendement faite par M. Trélat, elle lui paraît très-acceptable comme un moyen de plus à ajouter à ceux que la commission a fait connaître dans son rapport pour obtenir les revaccinations; il lui fait seulement le reproche de proposer une ressource qui ne peut exercer son action favorable qu'alors que la variole a déjà fait son apparition.

M. Hardy, comme M. Depaul, a fait porter toute son argumentation sur des raisons extra-médicales. S'il est une chose incontestable, c'est que l'intérêt général doit primer la liberté individuelle. Il lui reproche, en outre, d'avoir confondu la liberté morale avec la liberté sociale. Sa comparaison de la variole avec les autres maladies contagieuses est insoutenable tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen prophylactique de celles-là. Enfin il préfère, quant à lui, le despotisme de la lancette au despotisme de l'ignorance et de l'aveuglement, surtout quand il peut avoir pour conséquence la mort de milliers d'individus.

Enfin, au sujet de l'argumentation de M. Hervieux, M. le rappor-

teur se borne à dire que les détails dans lesquels est entré son collègue sur l'organisation qu'il conviendrait de donner à l'avenir au service de la vaccination viendront à propos après que la loi aura été votée. Il fait un dernier appel à l'Académie et exprime la confiance qu'elle votera les conclusions du rapport.

M. J. GUÉRIN demande la parole.

Plusieurs voix s'élèvent pour demander la clôture de la discussion.

M. GOSSELIN est d'avis que tous les membres d'Académie doivent être suffisamment fixés sur le vote à émettre et qu'ils n'auraient plus rien à apprendre d'une prolongation de la discussion.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la clôture de la discussion générale. Elle est votée à une grande majorité.

M. J. GUÉRIN demande à présenter un amendement aux conclusions de la commission.

La parole lui sera donnée dans la prochaine séance.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Peter sur les candidats au titre de correspondant dans la première classe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATION

Observation de pleurésie graisseuse. — M. DEBOVE donne communication d'une note sur ce sujet. Il s'agit d'un pensionnaire de Bicêtre, âgé de soixante-quatre ans, qui entrait samedi dernier à l'infirmerie. Le lendemain étant le jour de Pâques, M. Debove ne le vit que le surlendemain. Il constata dans la plèvre du côté gauche un épanchement considérable, matité complète, étendue, etc.; les battements du cœur étaient précipités, la peau était froide, cyanosée. Dans l'état d'affaissement où se trouvait le malade, M. Debove hésita à l'opérer et se contenta d'ordonner une médication tonique. Le mardi, cependant, les phénomènes persistant et s'accompagnant d'une dyspnée plus intense, et après avoir prévenu l'entourage de la possibilité d'une syncope mortelle, M. Debove se décida à ponctionner la plèvre; il retira seulement trois quarts de litre à peine de liquide; mais le malade se trouvait bientôt très-mal et succombait dans l'espace de dix minutes.

Le liquide qui avait été extrait fut immédiatement examiné; on apercevait à la surface une quantité de paillettes brillantes de cholestérine. Il n'avait en rien l'aspect d'un liquide purulent ordinaire, et ne contenait pas de globules de pus; mis sous le champ du microscope, il présentait, outre un amoncellement de cristaux de cholestérine, de la graisse sous forme de gouttelettes et de granulations.

A l'autopsie, dit M. Debove, nous n'avons trouvé aucune autre lésion qu'une pleurésie gauche, avec un poumon aplati et refoulé par l'épanchement contre la colonne vertébrale. Les autres organes, foie, rate, poumons, cœur, cerveau, étaient parfaitement sains.

La poche pleurétique renfermait encore deux litres et un quart environ d'un liquide analogue à celui qui avait été extrait. Elle était formée par une membrane épaisse, feuilletée, d'aspect jaunâtre rappelant assez bien le tissu jaune élastique, au point de pouvoir la comparer à une aorte athéromateuse. Elle n'était pas cloisonnée et ne renfermait aucune fausse membrane. Les membranes d'enveloppe, stratifiées, étaient formées par un tissu fibreux, coloré en jaune par des granulations graisseuses qui constituaient de véritables couches de graisse interposées à leurs différents feuillets. D'après les recherches auxquelles il s'est livré, cette observation paraît à M. Debove un fait unique; dans tous les cas, si des faits semblables ont été rencontrés, ils sont passés inaperçus. Ce n'est pas une pleurésie purulente qui aurait dégénéré avec le temps en pleurésie graisseuse; c'est bien une pleurésie graisseuse d'emblée. Il n'existait aucune communication entre la plèvre gauche et le foie.

M. ZUBER reconnaît bien, dans le cas de M. Debove, une pleurésie graisseuse. Il a déjà eu lui-même l'occasion d'observer, il y a trois ans, semblables phénomènes chez un jeune soldat tuberculeux et alcoolique. La ponction pratiquée par M. Zuber donna lieu, à son grand étonnement, à un écoulement de graisse seule. Le fait lui parut inexplicable, et il ne fit aucune communication à son sujet.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Debove à quelle époque remontaient les premiers accidents pleurétiques chez son malade.

M. DEBOVE ne saurait préciser exactement. Les premiers symptômes de l'épanchement lui paraissent dater de trois mois environ.

M. FERNET demande aussi pourquoi M. Debove élimine l'idée de la transformation d'une pleurésie purulente en pleurésie graisseuse.

M. DEBOVE. Par ces faits, 1° que l'épanchement n'est pas assez ancien; 2° que les globules de pus sont extrêmement peu nombreux et à peine dégénérés.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. ROUSSEL (de Genève) présente son instrument pour la transfusion du sang. Il accompagne cette présentation des considérations suivantes : La transfusion à l'homme de sang humain artériel, celle du sang d'animal, l'injection de sang défibriné, de sérum artificiel, la transfusion dite instantanée de sang exposé à l'air dans un appareil spécial, sont des méthodes mal conçues au point de vue physiologique et qui n'ont produit que des résultats incertains, fort éloignés des bons effets qu'on doit attendre d'une transfusion bien conduite de sang entier, vivant et continuant à vivre dans les veines où il a été transfusé. Le sang animal, et le sang humain qui a reçu le contact de l'air, se comportent comme des corps étrangers que l'organisme tend immédiatement à éliminer. L'urine de l'homme à qui on a pratiqué ainsi la transfusion contient du sang entier, des globules déformés, de l'hémoglobuline et de l'albumine.

Les causes de la viciation du sang par la coagulation de sa fibrine sont le contact de l'air, du verre, des métaux, la perte de sa température propre, de sa densité et de son gaz. La nécessité d'éviter toutes ces causes d'altération montre que la transfusion est loin d'être aussi facile qu'on le croyait.

Pour qu'une transfusion produise tous les bons effets qu'on doit en attendre, on doit pouvoir, lorsque c'est nécessaire, pousser la dose du sang jusqu'à 200 et 250 grammes et ne pas être obligé de s'arrêter à 60 ou 80 grammes, ainsi que l'ont dû faire les opérateurs jusqu'ici. M. Roussel pense que ce n'est que lorsque l'on saura couramment opérer aux doses de 200 à 300 grammes que l'on pourra réellement étudier les diverses indications pour la transfusion. Les opérations qui ont été publiées donnent huit succès sur dix cas d'hémorrhagies aiguës, chirurgicales ou puerpérales, six succès sur huit cas d'hémorrhagies chroniques, utérines, intestinales, stomacales ou hémophiliques; et onze succès sur vingt-deux cas d'anémies graves sans hémorrhagies, par chlorose, scorbut, suppuration prolongée, fièvre grave et inanition. M. Roussel compte comme demi-succès quatorze autres cas dans lesquels, la maladie primitive étant incurable, une amélioration marquée a prolongé la vie des malades de une à quatre semaines.

L'appareil que présente M. Roussel, en caoutchouc non sulfuré, élastique dans certaines parties, durci pour d'autres, se compose d'une ventouse qui sert à fixer la bouche de l'appareil sur la peau du bras du donneur de sang; elle est traversée par un cylindre dans lequel se meut une lancette. Un courant d'eau chaude, pénétrant par un tube branché sur le cylindre initial et sortant par un autre tube branché sur la canule finale, circule dans l'appareil pour le purger entièrement de son air intérieur. La saignée du donneur de sang se fait sous une couche d'eau; la canule finale est introduite ruisselante d'eau dans la veine du blessé, puis l'eau est expulsée au dehors et le sang passe d'une veine dans l'autre par une sorte d'anastomose directe dans laquelle il ne peut être exposé à aucune cause de coagulation.

M. DUMONTPALLIER fait remarquer que ce qui, dans la communication de M. Roussel, constitue un progrès évident, c'est la ven-

touse annulaire qui permet, lorsque la veine est ouverte, de porter directement le sang dans la veine à laquelle il est destiné. Mais la manœuvre délicate de toute transfusion, c'est l'introduction de la canule dans cette veine qui, pour ainsi dire, n'existe plus, tant elle est revenue sur elle-même. Aussi, quel que soit l'appareil auquel on ait recours, arrive-t-il fréquemment que l'on injecte bien plutôt du sang dans le tissu cellulaire que dans la veine elle-même.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On vient, d'après les ordres de la préfecture de police, de placarder dans le département de la Seine les instructions relatives aux cas d'hydrophobie qui se présentent journellement. Ces instructions sont rédigées par une commission spéciale du Conseil d'hygiène ; en voici le texte :

« Lorsqu'une personne aura été mordue par un animal enragé ou suspect de rage, on devra faire saigner la plaie, la laver et la cautériser. 1° Il faut immédiatement, par des pressions suffisantes, faire saigner abondamment les morsures, les plus profondes comme les plus légères, et les laver à grande eau, avec un jet d'eau si cela est possible, ou avec tout autre liquide (de l'urine même), jusqu'au moment de la cautérisation. 2° La cautérisation pourra être faite avec du caustique de Vienne, du beurre d'antimoine, du chlorure de zinc, et surtout avec le fer rouge, qui paraît être le meilleur des caustiques. Tout morceau de fer (bout de tringle, fer à plisser, clef, clou, etc., etc.), chauffé au rouge, peut servir à pratiquer des cautérisations qui devront atteindre toutes les parties de la plaie. 3° Le succès de la cautérisation dépendant de la promptitude avec laquelle elle est faite, chacun est apte à la pratiquer avant l'arrivée du médecin. 4° Les cautérisations avec l'ammoniaque (alcali volatil) et avec différents alcools sont complètement inefficaces. »

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris rappelle à MM. les étudiants que la dernière limite pour les consignations du deuxième examen de doctorat est fixée au samedi 30 avril 1881, à trois heures du soir.

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira, le lundi 25 juillet prochain, à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Le registre d'inscription des candidats sera clos le 10 juillet. La durée du prosectorat sera de trois années, et le traitement attaché à cet emploi a été fixé au chiffre de 1,200 francs par an. — Pour plus amples renseignements, les candidats devront s'adresser au secrétariat de la Faculté de Lille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joly (Jean-Ferdinand), ancien médecin de la Maison centrale de Clermont, décédé dans cette ville, le 14 avril 1881, dans sa soixante-neuvième année.

— M. le professeur Trélat reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le jeudi 28 avril 1881, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Horteloup commencera, à l'hôpital du Midi, des conférences cliniques sur les maladies vénériennes, le dimanche 1er mai 1881, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le docteur Pinard, agrégé, commencera ses démonstrations hebdomadaires de manœuvres obstétricales, le mardi 3 mai 1881. MM. les élèves qui se sont fait inscrire devront se rendre dans le grand amphithéâtre de l'École pratique (ancien collège Rollin), rue Lhomond, le mardi 3 mai, à trois heures précises. Ils seront mis en séries pour répéter les manœuvres sous la direction d'aides spéciaux.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11119.

N° 50. — SAMEDI 30 AVRIL 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 30 AVRIL 1881. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hystéro-épilepsie ou grande hystérie (hysteria major).

En rendant compte récemment de l'iconographie photographique de la Salpêtrière, de MM. Bourneville et Regnard, nous avons fait défiler sous les yeux de nos lecteurs un certain nombre d'exemples de cette grande névrose complexe que l'on a successivement désignée sous les noms d'hystérie épileptiforme, d'hystérie à attaques mixtes, d'hysteria major ou grande hystérie, enfin d'hystéro-épilepsie (1).

La revue rapide que nous avons consacrée à l'exposition de ces faits a dû suffire pour montrer, au milieu des symptômes communs qui caractérisent le genre morbide, les caractères spéciaux par lesquels se distinguent souvent les uns des autres les faits particuliers et qui impriment à chacun d'eux une physionomie propre. Les belles études cliniques sur ce même sujet, que vient de publier M. le docteur Richer, sous l'inspiration et le patronage du même maître (2), ont surtout pour objet de contribuer à établir, une fois de plus, que la grande névrose hystérique n'est pas, comme on l'a dit et enseigné longtemps, un Protée se présentant sous mille formes et qu'on ne pouvait saisir sous aucune, une maladie hétéroclite, composée de phénomènes bizarres, incohérents, changeants, inaccessibles, par conséquent, à l'analyse et aux investigations méthodiques ; mais que tout, au contraire, s'y passe suivant certaines règles déterminées, les mêmes partout et dans tous les temps, et dont les variations mêmes n'affectent en rien l'universalité, ces variations se rattachant toujours au type fondamental. Pour atteindre ce but, M. Richer n'a même pas eu besoin de considérer la maladie dans sa totalité ; il lui a suffi de la considérer seulement dans ses principaux épisodes. Mais ces épisodes, minutieusement étudiés, profondément fouillés, ainsi que s'est plu à le reconnaître M. Charcot dans sa lettre-préface placée en tête de ce volume, seront, pense-t-il, les meilleurs documents à utiliser, lorsqu'il s'agira de reconstituer un jour, sur des bases nouvelles, son histoire tout entière. C'est à quelques-uns de ces documents que nous allons emprunter les traits principaux de la grande esquisse de l'hystéro-épilepsie, qui ressort de ces études.

Conformément à la division établie par M. Charcot, M. Richer a étudié la grande attaque hystérique dans ses prodromes et dans ses quatre périodes successives : période épileptoïde, période de clownisme, contorsions et grands mouvements, période des attitudes passionnelles, période de délire.

Prodromes.

La grande attaque d'hystérie ne surprend pas ; elle est toujours précédée d'un cortège de phénomènes qui permettent aux malades de prévoir le moment où elles vont tomber en attaque. Ces signes précurseurs, nombreux et variés, trahissent le trouble de l'économie tout entière ; aucun des grands appareils n'en est exempt.

Ce sont d'abord des troubles psychiques. La malade, quelques jours avant l'attaque, se trouve changée, incapable de se livrer à un travail assidu, négligeant ses occupations habituelles, dédaignant les distractions ; elle est opprimée par les souvenirs de son passé, elle tombe dans une profonde mélancolie, dont les accès alternent avec des accès de folle gaieté, sans cause saisissable. Les facultés affectives sont exaltées ou perverties ; les malades sont inquiètes, jalouses, soupçonneuses, irritables ; elles ont avec leurs compagnes des élans d'amitié insolites ou de haine instinctive ; elles se renferment dans un mutisme obstiné ou entrent dans des confidences sans raison. Elles ont un besoin d'activité, d'agitation qui les porte à renverser ou briser ce qui est sous leur main, ou à se livrer à des gesticulations déréglées, à déchirer leurs vêtements, à s'élancer au dehors, courir à demi nues, sautant alternativement d'un pied sur l'autre, agitant leurs bras au-dessus de leur tête ; quelques-unes poussent des cris de bête féroce ou déclament des discours insensés. Cette agitation accompagnée de grands cris, d'un aspect

(1) Dénomination impropre, par parenthese, et que l'on a critiquée avec raison, parce qu'elle ne s'applique en réalité exactement à aucun des deux groupes de faits auxquels on l'a affectée : l'un comprenant les cas de simultanéité, chez une même personne, des deux affections, distinctes dans leurs attaques comme dans leurs caractères ; l'autre dans lequel l'hystérie seule est en réalité en cause, mais avec une complexité et une gravité de symptômes dont quelques-uns la font ressembler, dans certaines périodes des accès, à l'épilepsie, ce qui justifierait tout au plus l'expression d'hystérie épileptiforme. Nous lui préférerions celle de grande hystérie, sous laquelle M. Charcot désigne quelquefois cette dernière affection.

(2) *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie,* par le docteur Paul Richer, précédées d'une lettre-préface de M. le professeur Charcot, avec figures intercalées dans le texte et gravures. — 1 vol. gr. in-8°. Paris, 1881. — Chez Adrien Delahaye et Lecrosnier.

parfois effrayant, n'offre jamais pour autrui ni pour les malades elles-mêmes le danger du délire des épileptiques. Elle semble n'avoir d'autre but que de faire du bruit et de dépenser au dehors un excès d'activité.

Les hallucinations sont fréquentes; elles peuvent affecter tous les sens, mais plus particulièrement le sens de la vue et celui de l'ouïe. Elles ont une relation constante avec le siège de l'hémianesthésie. Les hallucinations de la vue les plus communes consistent en des visions d'animaux divers, le plus souvent immondes ou fabuleux, qui courent en passant devant la malade, de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant que l'hémianesthésie siège à gauche ou à droite. Le point de départ de l'hallucination est toujours du côté hémianesthésié. La malade voit aussi des scintillements d'étoiles, des boules brillantes de diverses couleurs.

Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas moins communes. Elles affectent principalement l'oreille du côté hémianesthésique. Presque toutes les malades ont des sifflements d'oreille, toujours plus intenses du côté hémianesthésique; elles entendent le roulement d'un wagon, des sons de cloches, des fanfares, des chants d'oiseaux, etc.

Toutes ces hallucinations se produisent le jour, même au milieu des autres malades; mais elles acquièrent une plus grande intensité la nuit. Elles ont souvent alors un caractère érotique, sur lequel nous avons déjà appelé l'attention dans l'analyse des faits empruntés à l'*iconographie*.

Des troubles des fonctions organiques, ce sont, dans l'ordre chronologique, les troubles digestifs qui se montrent les premiers. Comme les troubles cérébraux, ils précèdent de plusieurs jours l'apparition des phénomènes douloureux. Ils consistent en inappétence ou perversion du goût, vomissements presque aussitôt après l'ingestion des aliments, nausées, spasme de la gorge, borborygmes, tympanite.

Comme troubles de sécrétion, on constate du ptyalisme, des urines abondantes et claires.

Les troubles respiratoires sont l'oppression, le spasme du larynx, le hoquet, le rire, une petite toux laryngienne, la perte de la voix, engastrimythisme, bâillements, etc.

Les troubles circulatoires, des palpitations cardiaques, des troubles vaso-moteurs, rougeurs.

Les troubles de la motilité sont surtout importants : l'amyosthénie, symptôme permanent de l'hystéro-épilepsie, accompagne toujours l'anesthésie. Mais, à l'approche des attaques, la faiblesse musculaire augmente, la démarche est mal assurée; il se produit souvent des crampes douloureuses, des secousses ou un tremblement; le mouvement réflexe tendineux est exagéré. Il y a des secousses épileptoïdes, le plus souvent partielles et affectant de préférence le côté anesthésié, même en dehors des attaques et qui en sont en quelque sorte le prélude.

La contracture est aussi un phénomène précurseur fréquent des accès; elle est le plus souvent partielle et débute brusquement, passant d'un membre à l'autre, cessant pour revenir, se généralisant parfois peu à peu au point d'envahir tous les membres quelques instants avant l'attaque.

Enfin, parmi les troubles de la motilité qui précèdent les grandes attaques, M. Richer range à côté des contractures et des secousses les petits accès épileptoïdes, qui sont comme un lambeau détaché de la grande attaque.

L'anesthésie totale, ou le plus souvent d'une moitié du corps, est un symptôme de l'hystéro-épilepsie; elle existe en dehors des attaques; elle peut être incomplète, la piqûre étant sentie, mais non douloureuse (analgésie). Pendant les jours qui précèdent l'attaque, l'anesthésie survient, si elle n'existait pas, et remplace l'analgésie.

L'hyperesthésie cutanée, limitée à certains territoires nerveux, se rencontre aussi parmi les prodromes de l'attaque.

La sensibilité spéciale est également affectée et du même côté que la sensibilité générale, dont elle partage le sort.

On connaît le fait de l'hyperesthésie ovarienne, de l'aura hysterica, si persévéramment étudié par M. Charcot, et sur lequel nous avons appelé souvent l'attention. Nous n'y reviendrons ici que pour signaler l'existence, chez certaines hystéro-épileptiques, de zones absolument comparables aux zones épileptogènes de M. Brown-Séquard. Voici les principales zones hystérogènes déterminées par M. Richer : zones sus- et sous-mammaires, sous-axillaires, costales, iliaques, à la face antérieure du corps; dorsale supérieure, dorsale inférieure, latérale postérieure à la face postérieure du corps.

Les zones hystérogènes ne sont pas en tout temps également excitables. Elles le sont d'autant plus que l'attaque convulsive est plus imminente. Leur action ne se borne pas à provoquer les attaques, elle les fait aussi cesser. Une première excitation occasionne les convulsions, une seconde en amène l'arrêt. Cette particularité, qui avait été reconnue pour la zone ovarienne, se présente également pour les autres zones.

Première période.

On retrouve dans la période épileptoïde de l'attaque de grande hystérie le même cortège de symptômes que dans l'attaque d'épilepsie. Mais ce qui la distingue de l'épilepsie, c'est l'arrêt brusque de l'attaque par la compression ovarienne ou par les courants électriques.

A l'aide de l'appareil myographique de M. Marey, M. Richer, avec le concours de M. Regnard, a étudié les caractères de la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique, et les résultats sont venus confirmer ce que l'observation lui avait déjà appris, que cette période comprend trois phases : une phase tonique, une phase clonique et une phase de résolution.

La phase tonique, ayant une grande analogie avec l'épilepsie partielle tonique, est avec mouvements lents et étendus, quelquefois généraux, mais plus souvent avec prédominance marquée d'un côté.

La phase tonique avec immobilisation, qui lui succède, présente les plus grandes variétés d'attitude. C'est ici que la description cède au dessin que M. Richer, avec le remarquable talent de dessinateur qu'on lui connaît, a mis au service de cette publication. Rien ne peut remplacer à cet égard la vue, et c'est certainement une des parties remarquables de cette œuvre. Nous en dirons autant pour la phase clonique; c'est encore aux dessins, avec représentation de l'étendue des mouvements par des lignes ponctuées, qu'il faut avoir recours pour en avoir une idée.

De même pour la phase de résolution musculaire.

Deuxième et troisième périodes.

La deuxième période est celle des grands mouvements convulsifs, des contorsions, des attitudes illogiques, des tours de force, qui lui ont fait donner par M. Charcot le nom de clownisme. Tout ici semble indiquer le besoin d'une dépense exagérée de force musculaire. C'est ici qu'on voit, reproduites par le dessin, ces attitudes en arc de cercle

complet ou incomplet, antérieur, postérieur, latéral et les contorsions ou attitudes des membres les plus bizarres, et les grands mouvements les plus désordonnés avec les combinaisons les plus variées, souvent accompagnées de cris.

A cette période, la plus agitée, succède la troisième période, que M. Charcot a désignée sous le nom de période des attitudes passionnelles ou des poses plastiques, exprimant avec plus ou moins d'énergie et de vérité, suivant l'imagination des malades, toute la gamme des passions et des sentiments depuis les plus tristes jusqu'aux plus gais. Pendant l'attitude passionnelle, les facultés intellectuelles sont actives, mais il y a toujours des hallucinations. La sensibilité générale et spéciale est complètement abolie, mais la malade conserve la liberté de ses mouvements. Enfin, après la cessation de cette attitude, la malade garde le souvenir de ses hallucinations.

Quatrième période.

La quatrième période est celle du délire, délire de mémoire, le plus souvent triste et mélancolique, portant sur les principaux évènements qui ont marqué la vie de la malade, remplacé dans quelques cas par un mutisme obstiné ou par des accès de rire nerveux, mêlé d'hallucinations, de zoopsie. Enfin cette période et l'attaque tout entière se terminent par une dernière phase de troubles de mouvements, de contractures généralisées ou partielles.

Il n'est pas sans intérêt de savoir ce que dure en général une attaque entière avec toutes ses évolutions et ce que dure en particulier chacune de ces évolutions.

La période épileptoïde dure, en moyenne, de une à trois minutes. D'ordinaire elle est nettement séparée, par un moment de calme, de la seconde période dont la durée est à peu près égale. La ligne de démarcation est moins nette entre les attitudes passionnelles à la deuxième période, l'hallucination commençant quelquefois pendant celle-ci. La période des attitudes passionnelles est la plus longue, elle dure en moyenne de cinq minutes à un quart d'heure.

Ces trois périodes, qui constituent à proprement parler l'attaque, ont ensemble une durée moyenne d'un quart d'heure à une demi-heure. La quatrième période, qui est plutôt une sorte de prolongation de l'attaque que l'attaque elle-même, a une durée fort difficile à préciser. Elle peut être fort courte, de quelques minutes seulement, ou se prolonger beaucoup plus longtemps.

Traitement mécanique et chirurgical dans les affections cutanées.

Depuis un certain nombre d'années les médications mécaniques et chirurgicales tendent de plus en plus à prendre faveur parmi les dermatologistes dans le traitement de certaines affections cutanées, et il est certain que, là où les médications internes, toujours longues, se montraient malheureusement le plus souvent insuffisantes, on a obtenu dans ces derniers temps des résultats non-seulement beaucoup plus rapides, mais d'une efficacité vraiment remarquable. Nous rappellerons, entre autres, les bons effets obtenus par l'emploi des enveloppements de caoutchouc dans l'eczéma, méthode qui a pris naissance dans les colonnes mêmes de ce journal, et qui s'est propagée et généralisée depuis à la grande satisfaction des praticiens et surtout des malades. Nous rappellerons aussi la méthode du raclage et des scarifications, introduite dans la pratique par Fischer et Volkmann et dont MM. Vidal et Besnier se sont constitués les promoteurs en France. Ces méthodes ont eu aussi, paraît-il, leurs partisans et leurs prôneurs auprès de l'école de Nancy. Nous trouvons dans une thèse d'un élève de cette Faculté, M. le docteur Maurice Andreux, un groupe d'observations recueillies dans le service de M. le professeur agrégé Spillmann à l'hôpital de la maison de secours, toutes relatives à des applications heureuses de ces différents procédés. Nous emprunterons à ce travail le résumé de trois de ces observations, qui ont trait à des cas de lupus traités avec succès par les scarifications.

Dans la première, il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui, en 1858 et 1859, avait déjà subi un premier traitement dans cet hôpital pour un lupus exubérant. L'usage du proto-iodure de mercure et des badigeonnages de teinture d'iode pendant plus de deux années consécutives avait amené un amendement considérable, l'affection avait eu l'air de céder; mais, quelque temps après, de nouvelles poussées s'étant manifestées, la malade dut reprendre le même traitement. En 1870, en 1878, nouveaux traitements, qui n'empêchent pas le lupus de faire des progrès considérables; c'est après ce dernier traitement que commença la destruction du nez ainsi que le développement des croûtes épaisses et dures sur les joues. Voici quel était l'état de la malade le 1er avril 1880, lors de son admission dans le service. La partie inférieure du nez était presque complètement détruite; de chaque côté, on voyait des croûtes grisâtres entourées d'une auréole rouge; la joue droite était couverte de tubercules disséminés. On commença, le 10 avril, les scarifications sur le côté droit de la face. Au bout de huit scarifications, suivies chacune d'une application d'emplâtre de Vigo, la joue se couvrit d'une cicatrice blanche, nacrée, régulière; le nez et la joue gauche furent scarifiés cinq fois, au bout de la cinquième scarification la cicatrisation était à peu près complète. Sous l'influence de ce traitement, auquel on a joint un traitement interne par le sirop de proto-iodure de fer, le lupus de cette malade, au moment où M. le professeur Andreux en rapporte l'histoire, pouvait être considéré comme guéri.

Des deux autres malades traitées de la même manière, l'une, femme de quarante ans, atteinte d'un lupus tuberculeux, après avoir été traitée sans succès, en 1875, par le mercure à l'intérieur et par les cautérisations avec le nitrate acide de mercure, puis plus tard par l'acide pyrogallique mélangé à la vaseline, a été guérie par des scarifications commencées en avril 1880 et faites au nombre de quatorze, à huit jours d'intervalle les unes des autres. La deuxième, femme de vingt-deux ans, scrofuleuse, portant sur la joue droite une plaque rouge recouverte de croûtes impétigineuses, une sur le cou, plusieurs petites plaques disséminées sur la joue gauche, enfin une croûte en champignon, entourée d'une zone rouge sur le lobule et les ailes du nez, soumise aux scarifications aidées d'un traitement ioduré, avait éprouvé, au moment où M. Andreux a rapporté son histoire, une amélioration tellement notable qu'il s'est cru autorisé à la considérer comme en pleine voie de guérison.

Ajoutons aux témoignages de M. Andreux en faveur des procédés dont il vient d'être question: protection par les enveloppes imperméables (caoutchouc), raclage et scarifications, ceux qu'il invoque aussi en faveur de l'usage du thermocautère et de la galvanocaustique. Le thermocau-

tère Paquelin a été employé avec avantage et recommandé par Kaposi, pour détruire les noyaux de lupus isolés et brûler les infiltrations plus étendues. Neumann, à l'aide d'un appareil galvanocaustique construit par Leiter (de Vienne), a détruit les nodosités isolées du lupus. Enfin M. Andreux pense que l'emploi du thermocautère Paquelin pourrait être utile surtout dans le traitement du lupus cunéiforme.

— Dans un travail sur ce même sujet, récemment publié dans le *Bulletin général de thérapeutique*, M. Besnier, exposant le procédé opératoire dont il se sert, résume les résultats et les indications de cette opération, d'après l'expérience qu'il en a acquise jusqu'à présent.

L'innocuité de la scarification linéaire, dit-il, est extrêmement remarquable; je ne compte plus aujourd'hui le nombre de mes scarifications, ni le nombre de mes séances opératoires, qui doit dépasser un millier; or jamais je n'ai observé la moindre complication de quelque importance; à peine un peu de dermite érythémateuse périphérique, jamais d'érysipèle, bien que je n'aie jamais eu recours aux antiseptiques, et qu'il y ait eu quelquefois des cas d'érysipèles dans les lits voisins (la presque-totalité des opérations ont été faites à l'hôpital.)

La durée du traitement et le nombre des séances de scarifications nécessaires pour obtenir la guérison d'une plaque de lupus dépendent de l'étendue de cette plaque et de la tolérance de l'opéré. Plus la scarification aura été soigneusement faite, plus le tissu morbide aura été dilacéré dans tous les points, plus le résultat sera rapide et moins seront multipliées les séances. Le malade devra, dans tous les cas, rester longtemps en surveillance; des séances complémentaires ou de perfectionnement devront être faites, dans quelques cas, dans le cours des années suivantes pour assurer la complète guérison.

Au premier rang des cas qui indiquent le traitement par les scarifications, M. Besnier place le lupus galopant de la face, le lupus ulcéreux, le lupus vorax congestif et hypertrophique. Ici le succès est rapide et certain, ainsi que M. Vidal l'a déjà posé en fait.

Dans la forme plus rare du lupus qui ronge en profondeur plus qu'en surface, M. Besnier ne pense pas que les scarifications aient des résultats aussi heureux. Les études sur ce point sont à poursuivre.

Le lupus dit de Willan est le terrain commun de la scarification linéaire. Quant au lupus érythémateux, c'est là, suivant M. Besnier, qu'est l'écueil de la méthode.

Les résultats de M. Besnier confirment de tous points, comme on le voit, ceux de M. Vidal.

OBSERVATION DE BEC-DE-LIÈVRE

UNILATÉRAL, GAUCHE, SIMPLE, GUÉRI DANS LE SEIN DE LA MÈRE.

Par M. le docteur A. JACQUIN, médecin-major.

Une enfant, âgée de deux mois, nous est amenée le 18 mars 1881, pour une éruption eczémateuse de la face. Notre attention est attirée aussitôt par une ligne cicatricielle partant de la cloison nasale, descendant le long du bord gauche du sillon labial, et se terminant au bord de la lèvre supérieure par une légère encoche. Nous demandons à la mère si l'on avait fait une opération de bec-de-lièvre à sa petite fille, et elle nous répond que l'enfant est venue au monde dans l'état où nous la voyons maintenant. Il y a donc eu bec-de-lièvre pendant la grossesse et guérison de la difformité dans le sein de la mère.

La mère a eu un autre enfant bien conformé et qui n'est atteint d'aucune difformité.

Le bec-de-lièvre guéri est unilatéral, gauche, simple; il n'y a pas trace de cicatrice sur le bord gingival du maxillaire supérieur, ni sur la voûte palatine. La cicatrice est nette, blanche. En dehors du tubercule labial, il y a une encoche légère. Quand l'enfant rit, l'ouverture buccale est un peu plus large à gauche.

L'enfant est bien développée et ne présente pas d'autre difformité.

Cette observation vient confirmer le jugement de Renner et de Dieudonné, qui ont prétendu que la guérison du bec-de-lièvre pouvait avoir lieu dans le sein de la mère, et ont cité quelques observations à l'appui de leur assertion (Jaccoud). Mais ces rares cas de bec-de-lièvre guéris dans le sein de la mère ont été observés sur des enfants dont les parents étaient atteints de ce vice de conformation. Or, dans le fait que nous relatons, les parents et ascendants n'ont jamais présenté un seul cas de bec-de-lièvre.

Ne pouvant rattacher ce cas à l'hérédité, nous avons pensé à l'influence que peut avoir l'imagination de la femme sur son enfant pendant la grossesse, et nous avons trouvé dans cette voie des renseignements précieux qui prouvent que cette influence est incontestable. La mère allait fréquemment pendant sa grossesse voir une voisine qui avait à son service un homme atteint de bec-de-lièvre. Dans leurs entretiens, elle a fait souvent l'observation qu'il était désagréable d'avoir toujours sous les yeux un homme atteint d'une pareille difformité.

La vue de cet homme lui produisait chaque fois une impression pénible, et, malgré elle, elle éprouvait des craintes de mettre au monde un enfant atteint de cette infirmité.

Cette observation prouve manifestement que l'influence de l'imagination de la femme sur son enfant existe. Cette influence, qui a été l'objet de bien des controverses, qui était plutôt admise par le vulgaire que par les hommes de l'art, est solidement établie par des faits comme celui que nous venons de rapporter.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement du tétanos chez les enfants. — A la suite d'une blessure de la région occipitale, une petite fille de trois ans et demi était prise, le soir même, de tous les accidents du tétanos le plus grave. Le docteur Silbermann, après avoir eu recours aux bains tièdes et à l'hydrate de chloral, pratiqua des injections sous-cutanées contenant 2 centigrammes d'extrait de fève de Calabar. Après deux injections le spasme des membres inférieurs disparut. Deux nouvelles injections firent cesser le trismus et la contracture des muscles de la nuque. Mais la respiration restait encore accélérée, à raison de soixante inspirations par minute. Le jour suivant, on injecta alors de nouveau 1 gramme de la solution suivante :

Extrait de fève de Calabar. . . 20 centigrammes.
Eau distillée. . . . . 10 grammes.

Les derniers symptômes du tétanos disparurent et la respiration redevint normale, la guérison eut lieu sans nouveaux accidents.

Chez un enfant de quatre ans, pris de tétanos à la suite d'une brûlure, les injections de fève de Calabar firent également disparaître le spasme musculaire. Néanmoins le sujet succomba à des accidents cardiaques que l'auteur considère comme une paralysie des muscles du cœur.

Pour les nouveau-nés, Monti donne habituellement 6 milligrammes d'extrait, et chez les enfants plus âgés 6 centigrammes. Silbermann considère cette dernière dose comme trop élevée et conseille de ne pas dépasser 2 centigrammes. (*Paris médical.*)

Nouveau signe de l'anévrysme thoracique. — Le docteur Drumont (de New-Castle-on-Tyne) a démontré, devant la Société médicale de Northumberland et de Durham, l'existence d'un signe qui, s'il ne devient pas pathognomonique, serait tout au moins d'une grande valeur pour le diagnostic des anévrysmes thoraciques. Voici en quoi il consiste :

Lorsqu'un malade atteint de cette affection inspire profondément, puis, fermant la bouche, expire lentement par les narines, on entend un souffle sur le trajet de la trachée ; ce souffle est synchronique avec la systole cardiaque. Il s'entend surtout avec un stéthoscope biauriculaire. Il serait dû à l'expiration soudaine et involontaire causée par l'expansion systolique du sac anévrysmal, celle-ci expulsant l'air de la cage thoracique.

Ce signe n'existerait pas, d'après le docteur Drumont, dans les cas de lésions valvulaires de l'aorte sans anévrysme, tandis que cet observateur l'aurait constaté chaque fois dans les quatre cas d'anévrysme qu'il lui a été donné d'étudier depuis sa découverte. M. Drumont pense qu'il servira aussi à établir le diagnostic entre le cancer du poumon et l'anévrysme thoracique de l'aorte. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège.*)

Néphrotomie. — M. le professeur Hermann Lessen, de Heidelberg, rapporte un cas très-remarquable d'ablation d'un rein sarcomateux, pratiquée avec succès chez une femme grosse de trois mois, âgée de trente-sept ans et déjà mère de huit enfants. La tumeur avait été considérée comme appartenant à l'ovaire droit, elle avait subi dans les derniers temps un développement rapide qui nécessita que l'opération fût pratiquée plus tôt que le chirurgien ne s'était proposé de le faire.

L'ouverture de l'abdomen faite par une incision pratiquée à partir de l'ombilic en suivant la ligne blanche permit de reconnaître que la tumeur était située en arrière du feuillet postérieur du péritoine, qu'elle avait un aspect bleuâtre et qu'elle était sillonnée de veines dilatées. Après une dissection faite avec beaucoup de soin, une portion de l'intestin grêle s'échappa au dehors par l'ouverture et fut protégée par des compresses imbibées d'une solution d'acide phénique. La tumeur ayant été attirée au dehors, on reconnut qu'elle était implantée par une large base sur le côté du rein droit qui avait un long pédicule. L'ablation dut, par suite, comprendre à la fois la tumeur et le rein.

Aussitôt après l'excision il se produisit une hémorrhagie abondante par le pédicule, conséquence d'une ligature trop lâche et insuffisante. Elle fut arrêtée par la compression de l'aorte abdominale, le pédicule fut saisi et on appliqua sur lui le clamp de Spencer-Wells. L'opération terminée, la plaie fut pansée par la méthode antiseptique. La malade guérit rapidement et put rentrer chez elle six semaines après l'opération. La guérison fut cependant retardée par un avortement (la malade était alors grosse de près de quatre mois) qui survint trois heures après l'opération et qui fut suivi d'accidents d'endométrite septique promptement et héroïquement traités par des injections d'une solution d'acide phénique à 5 pour 100. Le clamp fut enlevé le quatorzième jour. La quantité d'urine, qui avait beaucoup diminué aussitôt après l'opération, revint rapidement à son chiffre normal ; dès le huitième jour elle s'élevait à 1,000 grammes et le dixième à 1,300, le rein suppléant assez promptement à son congénère absent.

La tumeur, examinée au microscope, présentait tous les signes de l'angio-sarcome ; elle était renfermée dans une capsule fibreuse se continuant avec la capsule du rein. Celle-ci paraissait saine. Le rein présentait une structure ferme d'un rouge brun, tandis que la tumeur était striée, mollasse et jaunâtre. La ligne de séparation du rein et de la tumeur était parfaitement distincte, et il était facile de reconnaître que cette tumeur avait eu pour point de départ soit la capsule du rein, soit la partie superficielle de la substance corticale de cet organe. Enfin la longueur anomale du pédicule du rein et l'extrême mobilité de cet organe ont fait penser au professeur Lessen qu'il avait eu affaire à une tumeur de nature maligne affectant un rein flottant.

Quant à l'avortement, qui commença trois heures après l'opération, le chirurgien croit qu'il a été probablement provoqué par la grande perte de sang éprouvée par la malade et aussi par la suspension temporaire de la circulation utérine occasionnée par la compression de l'aorte abdominale. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

Recherches cliniques sur le souffle céphalique chez l'adulte. — M. le docteur R. Tripier, médecin des hôpitaux de Lyon, vient, dans un très-intéressant mémoire sur la question du souffle céphalique chez l'adulte, de publier le résultat de ses nouvelles recherches à ce sujet. Nous en extrayons les conclusions principales.

Contrairement à l'opinion de M. Henri Roger, et ainsi que l'avaient indiqué Fishner et Withney, le souffle céphalique existe chez l'adulte. Il est caractérisé par un souffle systolique profond qu'on entend sur tout le crâne, principalement sur les parties latérales au niveau des tempes, avec maximum d'intensité sur la région temporale droite. Les malades, sur lesquels on le rencontre, entendent un bruit intermittent synchrone avec le souffle perçu à l'auscultation, et, par conséquent, avec la systole cardiaque, et dont l'intensité est en rapport direct avec celle du souffle céphalique. Le bruit et le souffle peuvent être modifiés ou supprimés momentanément par la compression de la carotide du côté où l'on ausculte, ou même du côté opposé.

Le souffle céphalique, qui est parfaitement synchrone avec la systole cardiaque, doit se passer dans le système artériel. On arrive par exclusion à le placer dans la partie terminale de la carotide interne au niveau du point où elle pénètre dans la cavité crânienne.

Dans les anémies par hémorrhagie et par cachexie, dans la chlorose, le souffle céphalique se rencontre lorsque les symptômes d'anémie sont intenses et de longue durée. Le souffle céphalique sans souffle à la base du cœur et surtout sans anémie devra faire songer à la possibilité de la compression de la carotide interne au niveau de sa partie terminale, lorsqu'il n'existera aucun trouble du côté de l'orbite.

Quant aux indications fournies par le souffle céphalique, M. le docteur R. Tripier émet les propositions suivantes : Toutes les fois qu'on rencontrera ce souffle à la suite d'hémorrhagies ou dans la chlorose, on pourra être certain que l'anémie est profonde et qu'elle réclame un traitement aussi énergique que possible. Comme il peut être aussi produit par un état cachectique sous la dépendance de lésions diverses, on devra toujours rechercher avec soin la cause de l'anémie. Dans les cachexies l'existence du souffle céphalique est un signe pronostique grave ; sa diminution et sa disparition, coïncidant avec une aggravation de la maladie, seront un indice encore plus fâcheux.

Lorsqu'un malade, anémique ou non, se plaindra de troubles cérébraux et surtout d'entendre des bruits anomaux, on devra toujours ausculter la tête, car la constatation du souffle céphalique, en l'absence d'un souffle cardiaque, pourra mettre sur la voie du diagnostic d'une lésion intra-crânienne.

Enfin le souffle céphalique offre des indications thérapeutiques surtout par la connaissance des conditions dans lesquelles il est produit. C'est ainsi que, dans les cas où il dépend d'une tumeur anévrysmale ou anévrysmoïde, la ligature de la carotide peut guérir le malade. Par contre, on évitera chez les anémiques et dans les cas de compression de la carotide une intervention qui, tout en faisant courir au malade des chances de mort et d'accidents divers, ne pourrait lui être utile. (*Journal des sciences méd. de Lille.*)

Intoxication saturnine par les mèches des fumeurs. — M. le docteur Malherbe (de Nantes) a observé un fait intéressant d'intoxication saturnine par l'usage prolongé des mèches à allumer les pipes, mèches qui sont imprégnées de chromate de plomb. Il s'agissait d'un ancien boulanger qui éprouvait depuis plusieurs années des coliques avec constipation. Un jour il fut pris d'étourdissements et perdit complètement connaissance. Impuissance des

membres, flexion permanente des mains sur l'avant-bras, atrophie des muscles de la région antibrachiale postérieure, liséré des gencives, etc., enfin tous les symptômes du saturnisme furent trouvés chez ce malade que l'on soupçonnait de paralysie progressive.

Restait à découvrir la nature du poison. Après avoir analysé l'eau, le vin, etc., on découvrit que, depuis huit ans au moins, le malade se servait pour allumer sa pipe de mèches jaunes contenant une très-notable quantité de chromate de plomb. Or il chassait beaucoup, et, les jours de chasse, il fumait toute la journée. Souvent, à son retour, il attribuait à la marche et à des rhumatismes la faiblesse et les douleurs qu'il éprouvait dans les membres.

Sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium et par l'électricité, l'état du malade s'est notablement amélioré.

En 1875, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. le docteur Lancereaux avait déjà signalé le danger de l'usage des mèches au chromate de plomb. Il est probable que plus d'une fois des coliques avec constipation ont pu être l'effet de cette intoxication sans que l'origine plombique de celle-ci ait été soupçonnée. (*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Abcès du tibia; trépanation; guérison. — M. HEURTAUX (de Nantes) adresse une observation dont voici le résumé : Une femme de quarante-trois ans, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents scrofuleux ou syphilitiques, reçoit un coup sur la crête du tibia gauche ; elle ressentit aussitôt une douleur vive à ce niveau, et, pendant six semaines, ses souffrances allèrent toujours en augmentant. Elle entra à l'hôpital, où l'on ne constata ni rougeur ni gonflement ; mais la malade se plaignait beaucoup de douleurs, surtout prononcées pendant la nuit et exagérées par la pression ; l'état général restait satisfaisant. Il y eut une aggravation subite des symptômes locaux : rougeur, augmentation de douleurs, gonflement s'étendant à toute la jambe et à tout le pied ; pas de fluctuation : insomnie, inappétence, pouls à 100 et 112. M. Heurtaux, ayant diagnostiqué une ostéomyélite du tibia, fit, le 13 novembre, l'opération suivante : Les parties molles sont incisées sur une étendue de 6 à 7 centimètres ; le périoste est incisé à son tour, puis décollé à droite et à gauche ; il n'y a pas de pus sous le périoste, mais la face osseuse est rugueuse. Une couronne de trépan est appliquée au point où se trouve le maximum de la douleur. Il sortit aussitôt un pus phlegmoneux.

Quelques jours après se forma un abcès dans les parties molles, qu'une seule incision guérit rapidement. Puis apparurent de nouveaux signes d'ostéomyélite à la partie inférieure de la jambe. Une seconde opération, semblable à la première, fut pratiquée en ce point, dont les résultats ne furent pas moins heureux. La malade est complètement guérie.

Concrétions muqueuses des fosses nasales. — M. DUPLAY fait un rapport sur une communication de M. Vérité, relative à la présence de concrétions muqueuses dans les fosses nasales de plusieurs malades traités à la Bourboule pour des affections cutanées. Il s'agit de mucus concrété et de produits épithéliaux dont la présence dans les fosses nasales donne lieu à une sensation pénible et à des efforts d'inspiration et d'expiration à la suite desquels ces produits sont expulsés par la bouche. C'est là, pour M. Vérité comme pour M. le rapporteur, qui accepte son interprétation, une rhinite ou un coryza arthritique.

Ovariotomie. — M. DUPLAY fait un second rapport sur deux observations d'ovariotomies suivies de succès, par M. Combalat (de Marseille). Il s'agit de deux femmes, l'une de cinquante ans, l'autre de quarante-quatre ans, qui portaient un kyste multiloculaire avec des adhérences. L'opération n'a pas présenté d'accidents ; dans les deux cas, la guérison a été obtenue rapidement. Le pédicule a été laissé au dehors. L'une de ces malades a été opérée à l'hôpital, avec la méthode de Lister. M. Combalat insiste sur ce point qu'il n'y a pas eu de tympanisme à la suite de l'opération, ce qu'il attribue à l'administration du bismuth avant et de l'opium après l'opération. Les sutures furent enlevées le huitième jour et remplacées par des bandelettes collodionnées.

M. POLAILLON. La réussite de l'ovariotomie dans les hôpitaux n'est pas un fait spécial à Marseille. J'ai fait cinq opérations à la Pitié, et je n'ai eu que deux décès. Encore ces décès ne peuvent-ils nullement être attribués à l'influence nosocomiale. L'une de ces malades, en effet, était complètement guérie des suites de son opération quand elle a succombé subitement à une embolie pulmonaire. L'autre, très-gravement atteinte, a succombé trente-six heures après l'opération.

M. DUPLAY fait ressortir l'importance des soins consécutifs pour ces sortes d'opérations. Plusieurs malades, qui ont succombé à l'hôpital, sont mortes bien plutôt par suite de l'insuffisance de ces soins consécutifs que sous l'influence nosocomiale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage sur ce point l'opinion de M. Duplay. L'influence nosocomiale disparaît aujourd'hui grâce aux pansements antiseptiques ; mais les soins consécutifs présentent toujours une très-grande importance.

M. GUYON. C'est beaucoup plus pour les soins nécessaires aux opérées que pour éviter l'influence nosocomiale qu'il importe d'isoler les malades. Il ne faut pas laisser s'accréditer l'opinion que la salle commune est bonne pour ces sortes d'opérations. Il est vrai qu'on peut faire l'ovariotomie dans une enceinte hospitalière, mais à condition d'y réunir toutes les conditions nécessaires pour les soins consécutifs qu'exigent ces opérations.

Hématocèle pariétale du scrotum autour d'une hydrocèle. — M. DESPRÈS cite deux exemples d'une lésion assez rare, non décrite dans les livres, qu'il a eu l'occasion d'observer. Voici le résumé de ces deux observations : Le tisanier de l'hôpital Cochin portait depuis longtemps une hydrocèle du volume d'une tête de fœtus, et qui, en quelques jours, sous l'influence d'un simple effort, acquit les dimensions d'une tête d'adulte. Le scrotum était énorme : il y avait une ecchymose. On percevait de la fluctuation, mais il n'y avait pas de transparence. Du côté du raphé, on sentait une induration manifeste. M. Desprès diagnostiqua une hydrocèle avec un épanchement sanguin autour. Il s'agissait, pour lui, d'un hématome consécutif à la rupture d'un vaisseau dans la loge scrotale. Le malade fut soumis, pendant une quinzaine de jours, au repos et aux cataplasmes. La tumeur ayant beaucoup diminué, M. Desprès fit la ponction et l'injection iodée. Le liquide évacué était séro-sanguinolent. L'induration, constatée avant l'opération, persistait ; c'était donc bien un hématome. Le malade guérit très-bien.

Le second malade, courtier en vins, atteint également depuis un certain temps d'une hydrocèle, avait vu, après une marche forcée, son scrotum doubler de volume. On distinguait deux parties distinctes, deux tumeurs fluctuantes ne communiquant pas l'une avec l'autre ; il y avait aussi une ecchymose. M. Desprès diagnostiqua une hydrocèle avec une hématocèle autour. Après avoir ponctionné l'hydrocèle dont le liquide était séro-sanguin, il remit le trocart dans la canule et fit une ponction dans la seconde tumeur ; il sortit quelques gouttes de sang coagulé. Le diagnostic était confirmé. Le liquide de l'hydrocèle se reproduisit rapidement, et, quinze jours après, M. Desprès fit une nouvelle ponction suivie, cette fois, de l'injection iodée.

Dans ces deux cas, M. Desprès ne s'est pas préoccupé de l'hématocèle et a appliqué le traitement le plus énergique de l'hydrocèle, ponction suivie d'une injection de teinture d'iode pure. Les malades ont très-bien guéri.

M. TRÉLAT. S'agit-il, dans ces cas, de tumeurs sanguines distinctes de l'hydrocèle vaginale et, cela étant, le liquide évacué par la ponction ne devrait pas être séro-sanguin, ou bien s'agit-il, ce qui paraît plus probable, d'une de ces hydro-hématocèle décrites

par Velpeau et pour lesquelles ce chirurgien a préconisé l'injection iodée. En ce cas, le traitement employé par M. Després n'offre rien de nouveau. M. Trélat a fait l'injection iodée dans une hématocèle proprement dite et s'en est bien trouvé.

M. MAURICE PERRIN demande à M. Després quels sont les signes qui lui ont permis de diagnostiquer un hématome surajouté à une hydrocèle.

M. DESPRÈS. Ce sont, dans le premier cas, la présence d'une tumeur dure à côté de l'hydrocèle, l'ecchymose, l'augmentation de volume de la tumeur après un effort; dans le second cas, les deux fluctuations indépendantes l'une de l'autre et la ponction exploratrice faite après l'évacuation de l'hydrocèle.

M. MAURICE PERRIN a vu plusieurs cas analogues et dans lesquels il ne s'agissait pas d'hématomes, mais bien d'hydrocèles dans lesquelles une partie de la tumeur était formée par une masse dure, élastique, sans fluctuation. La ponction, dans un de ces cas, donna issue à du liquide séro-sanguin; on fit l'injection iodée; il est survenu de la suppuration qui obligea à fendre largement la tumeur. On put voir alors qu'il s'agissait d'une vaginalite exsudative. Peut-être en était-il de même dans le cas de M. Després.

M. DESPRÈS fournit quelques explications et maintient son diagnostic.

De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. — M. DUPLAY veut appeler l'attention sur un accident assez rare qui peut survenir dans les kystes de l'ovaire et qu'il a eu l'occasion d'observer récemment. Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire qui s'était enflammé. Une ponction avait donné issue à un liquide teinté de sang. Les phénomènes inflammatoires s'étant apaisés, M. Duplay pratiqua l'ovariotomie. Il y avait des adhérences étendues à la paroi abdominale antérieure et la poche kystique présentait une extrême vascularisation. Le pédicule présentait des bosselures et était plusieurs fois tordu sur lui-même; c'est à cette torsion du pédicule qu'il faut attribuer les accidents de péritonite qu'avait présentés cette malade avant l'opération.

M. ANGER a fait l'autopsie d'une malade qui portait un énorme kyste de l'ovaire. Il y avait eu des symptômes de péritonite. Le pédicule était plusieurs fois tordu sur lui-même et le kyste était en grande partie gangrené.

Désarticulation du genou. — M. POLAILLON présente un malade auquel il a pratiqué une désarticulation du genou et qui était atteinte d'une arthrite fongueuse ayant amené des déformations telles que la marche était absolument impossible. L'opération fut faite par le procédé de Baudens. La méthode de Lister fut employée dans toute sa rigueur et le malade guérit très-rapidement. Cependant il reste une fistule qui conduit sur des points encore douteux.

ÉLECTION

M. Pozzi est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 3 juin 1881, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 4 mai 1881, et fermé le mercredi 18 mai à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Latteux, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de chef du laboratoire de clinique chirurgicale, pour une période de trois ans à dater du 1er avril 1881.

M. Clozel de Boyer, docteur en médecine, est chargé des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants, pendant la durée du congé accordé à M. Cossy.

M. Aguilhon de Sarran, docteur en médecine, est autorisé à faire à l'École pratique, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1880-81, un cours libre sur les maladies de la bouche et des dents.

— M. le professeur Milne-Edwards reprendra, à la Faculté des sciences, son cours de zoologie le samedi 30 avril 1881, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Dans sa première leçon, il abordera l'étude du sang.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 1er mai 1881, dans la forêt de Bondy. Le rendez-vous est fixé à la gare de l'Est à onze heures du matin pour le train partant de Paris à onze heures et demie, pour la station du Raincy. Le retour s'effectuera par la station de Gagny.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera une herborisation publique dimanche prochain 1er mai 1881, dans les bois de Meudon. Le rendez-vous est à la station de Bellevue à l'arrivée du train partant de Paris, gare Montparnasse, à onze heures du matin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DIEULAFOY.

Des variétés de la pneumonie lobaire aiguë.

Si la pneumonie lobaire se présentait toujours à vous avec le caractère franchement aigu, il est bien certain que les erreurs de diagnostic ne se produiraient pas et la maladie ne serait jamais méconnue.

Malheureusement il n'en est pas ainsi dans la pratique, et cette phlegmasie si franche, si nette, que je viens de vous décrire, affecte certaines variétés que vous devez connaître.

Nous pouvons immédiatement ranger ces variétés en trois grandes classes que nous subdiviserons ensuite.

Variétés selon le *siège* de la phlegmasie; selon l'*âge* du sujet, et enfin selon la *constitution médicale* de l'époque.

A la première de ces variétés se rattachent les pneumonies *centrales*, les pneumonies doubles et celles du sommet. Dans ces différentes formes vous retrouverez toutes les phases de la pneumonie lobaire franchement aiguë; les lésions anatomiques seront bien les mêmes; mais le malade, ne réagissant pas de la même manière, vous offrira un ensemble de symptômes qui pourraient vous tromper si vous n'étiez prévenus à l'avance.

Dans la pneumonie *centrale*, le malade se présentera en nous disant qu'il a eu un frisson unique, interne, avec point de côté consécutif; vous constatez une dyspnée assez prononcée, le pouls est large, le visage est empourpré; tout vous confirme dans l'idée d'une pneumonie, et comme, il y a vingt-quatre ou trente-six heures que votre malade souffre, vous l'auscultez avec la certitude de trouver des râles crépitants, mais vous n'entendez rien; vous faites tousser le malade, toujours sans plus de résultat. Vous demandez à voir les crachats : il n'y en a pas, ou ils ont été jetés. En présence de ces faits, vous voilà bien perplexe. Le début est bien celui de la pneumonie, la température est également conforme à ce que vous savez, 39 degrés, mais il n'y a pas de râles crépitants ! Allez-vous en conclure qu'il n'y a pas de pneumonie ?

Non, attendez au lendemain, et vous aurez les crachats rouillés, mais ce ne sera souvent qu'au quatrième jour que vous percevrez et les râles crépitants et le souffle tubaire. Vous étiez en présence d'une pneumonie centrale qui a mis quatre jours avant d'arriver à la périphérie du poumon. Dans ces cas, le diagnostic doit être fait quand même, car dans aucune autre maladie vous ne trouverez un frisson unique suivi de point de côté avec une température de 39 et 40° aux deuxième et troisième jours.

Un autre cas peut se présenter : c'est celui où un malade, déjà atteint de pneumonie unilatérale, sera pris de pneumonie double vers le cinquième ou le sixième jour de sa maladie. Supposez avoir affaire à une pneumonie gauche, par exemple; tout s'est passé régulièrement, votre malade est bien, la température va tomber et rien ne vous fait prévoir une complication. Le lendemain, c'est-à-dire au cinquième jour, vous prenez la température, et vous êtes surpris de la trouver encore à 39°, 39° 5. Vous interrogez le malade, qui dit aller beaucoup mieux : pas d'augmentation des battements du pouls ni de la toux, pas de nouveau frisson ni de point de côté, la dyspnée n'est pas plus prononcée. A l'auscultation vous trouvez toujours vos râles crépitants et le souffle tubaire; en un mot, le malade est bien, la température seule ne vous satisfait pas.

Le lendemain, non-seulement le thermomètre donne toujours 39°, mais la veille au soir il avait marqué 39° 8, et cependant le malade se sent toujours aussi bien. Ne vous fiez pas à ce qu'il vous dit, cherchez, auscultez à droite, et le plus souvent vous y trouverez l'explication du maintien de la température à 39°; une *pneumonie seconde* (remarquez que je ne dis pas secondaire) se sera déclarée. Un seul fait peut vous mettre sur la voie de cette seconde pneumonie; mettez le même thermomètre dans l'aisselle gauche, côté où existait la pneumonie première, puis dans l'aisselle droite; si les deux températures sont sensiblement égales, il y aura pneumonie double. Il arrivera même que, la pneumonie première étant en voie de résolution quand l'autre débute, la température sera moins élevée du côté de la première que du côté de la seconde. Ces pneumonies secondes, qui se montrent dans un cinquième des cas environ, ne sont pas graves, et n'entravent en rien la guérison du malade; ce sont plutôt des pneumonies hyperémiques que des pneumonies franchement phlegmasiques.

Une troisième variété de pneumonie, quant au siège, peut se présenter : c'est la pneumonie du sommet, dont le pronostic est si grave que Cruveilhier la disait toujours mortelle, et il avait raison pour la majorité des cas. Non pas, comme l'avaient prétendu quelques auteurs, que cette gra-

vité tienne au siège même de la pneumonie, mais à la constitution des individus chez lesquels elle se déclare. M. le professeur Peter a parfaitement démontré que, si la pneumonie du sommet est redoutable, fatale, et arrive souvent à la suppuration, cela tient aux individus eux-mêmes, qui sont alcooliques, cachectiques, débilités pour une cause ou une autre, et chez lesquels la pneumonie se localise de préférence au sommet du poumon; telle est la véritable cause de sa gravité, sans que l'on doive en accuser le siège. Chez ces malades, le point de côté manquera quelquefois, le frisson initial sera moins accusé, l'expectoration elle-même pourra ne pas être caractéristique, et enfin, à l'auscultation, vous ne trouverez pas de râles crépitants si vous n'avez présente à l'esprit cette variété de pneumonie. Pour découvrir le foyer de la pneumonie, vous devrez faire écarter du tronc le bras du malade et appliquer l'oreille à la partie supérieure du creux axillaire; c'est là seulement que vous percevrez les râles crépitants, qui vous permettront de diagnostiquer une pneumonie du sommet.

Outre ces variétés se rattachant au siège de la pneumonie, il en existe d'autres relatives à l'*âge*. Nous ferons abstraction de la pneumonie de l'adulte que nous connaissons, pour ne parler que de celle de l'enfant et du vieillard.

De l'enfant, je ne vous dirai qu'un mot, car, chez lui, cette maladie est très-rare, et, quand elle se déclare, elle est sans gravité; la pneumonie de l'enfant, c'est la pneumonie lobulaire, dont je vous ai parlé dans mes leçons précédentes et dont vous connaissez toute la gravité.

Si la pneumonie lobaire aiguë est très-rare et bénigne chez l'enfant, il n'en est malheureusement pas de même chez le vieillard, où elle est fréquente et prend un caractère tout particulier de gravité, ce qui faisait dire à Cruveilhier qu'un quart au moins des vieillards mouraient de pneumonie. Comment ferez-vous votre diagnostic? Vous voici en présence d'un vieillard qui, la veille encore, se portait bien: le soir, il fut pris de malaise et rendit son dîner; la nuit a été mauvaise.

Vous constatez que la langue est sèche, l'œil brillant, les pommettes rouges, et, si vous prenez la température, vous trouvez 39° au maximum. En présence de tels symptômes, pouvez-vous reconnaître un début de pneumonie? Votre malade n'a pas eu froid, il n'a eu ni frisson ni point de côté, et cependant, si vous auscultez, vous trouverez, au lieu des râles crépitants, secs, fins de l'adulte, de gros râles crépitants de retour, des râles humides; il y a là une pneumonie, une pneumonie grave, et à laquelle le malade succombera, le plus souvent, au bout de quelques jours.

Nous sommes bien loin de retrouver cet ensemble de symptômes si nets et si caractéristiques que je vous décrivais chez l'adulte. Rappelez-vous que le vieillard ne frissonne pas, ou du moins frissonne peu; chez lui la réaction est presque nulle, la douleur n'existe pas, l'expectoration n'a pas lieu, car le vieillard crache difficilement, et, ne crachant pas, la mort arrive par suffocation.

Retenez donc ceci: toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un vieillard, pris subitement de malaise, ayant les pommettes rouges, l'œil brillant et la température élevée, pratiquez l'auscultation, et vous trouverez les signes d'une pneumonie qui, pour ne provoquer aucune souffrance, n'en est pas moins de la plus haute gravité.

Il me reste à vous parler de certaines variétés de pneumonie qui sont difficiles à décrire, car elles subissent l'influence de la constitution médicale de l'époque et de celle de chaque individu en particulier. Nous avons vu comment on peut arriver à reconnaître les variétés de pneumonie selon leur siège et l'âge du sujet; mais ce que je ne puis vous retracer ici, c'est la forme que prendront ces pneumonies selon l'état du malade; vous savez tous, pour ne citer qu'un exemple, que, chez les alcooliques, cette maladie prend le caractère ataxique, que nous voyons le subdelirium s'emparer de ces individus et que la mort en est le plus souvent la terminaison.

Chaque individu réagira selon sa propre constitution, et la maladie prendra tel ou tel caractère en rapport avec cette constitution même.

Mais, outre le malade, il y a ce qu'on appelle la constitution médicale de l'époque. Vous savez tous qu'il existe certaines périodes pendant lesquelles les maladies affectent une forme bizarre; les symptômes ne sont pas ceux que l'on rencontre ordinairement; il y a certaines années où toutes les maladies, variole, fièvre typhoïde ou pneumonie, ont une tendance à prendre la forme bilieuse, adynamique ou ataxique, sans que l'on sache pourquoi. Vous êtes en présence d'un malade atteint de pneumonie lobaire aiguë; tout va bien pendant un certain temps; puis, sans que rien ne puisse justifier le changement qui va s'opérer, votre pneumonie devient bilieuse et le malade succombe là où il aurait dû guérir. Pourquoi? Nous ne le savons pas, et nous ne pouvons que constater le fait. Je vous conseille de lire, pour vous rendre compte de l'influence de la constitution médicale sur les maladies régnantes, le remarquable ouvrage de Stoll, sur la constitution médicale de 1775 et 1776, et l'étude de Chauffard sur la constitution médicale de 1862, dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1863.

HOPITAL DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. Parrot.

Fractures syphilitiques des os chez les enfants.

Le fait dont je vous parlerai aujourd'hui est tout à fait exceptionnel, à tel point que je n'en ai certainement pas rencontré trois semblables. Il s'agit d'un enfant, âgé de près d'un an, qui a succombé ces jours derniers. Ce petit être, extrêmement malingre, avait des fractures syphilitiques des os des membres, compliquées d'abcès que j'ai dû ouvrir. Du reste, les traces de la syphilis héréditaire étaient aussi évidentes que possible, les fesses présentaient un assez grand nombre de taches violacées surtout du côté gauche, les lèvres étaient aussi fissurées.

Sur les membres inférieurs on sentait des nodosités, notamment à gauche, où l'on trouvait à la partie moyenne de la jambe une nodosité considérable telle que la circonférence du membre à ce niveau mesurait 17 centimètres, tandis que du côté opposé elle donnait seulement 12 centimètres, différence énorme pour un enfant.

Le membre supérieur gauche présentait quelque chose d'analogue, c'est-à-dire une nodosité à peu près semblable à la partie moyenne de l'avant-bras.

Il n'en est ordinairement pas ainsi dans les fractures des membres chez les enfants atteints de syphilis, et, au lieu d'avoir une masse arrondie olivaire, un véritable manchon comme chez le sujet qui nous occupe, la saillie que l'on observe sur l'une des faces du membre correspond à une dépression, à une sorte de concavité, sur la face opposée.

Ce fait est donc tout spécial ; mais ce qui était aussi curieux, c'était la consistance fluctuante que l'on sentait autour du cal, due à l'existence d'un véritable abcès périphérique, qui s'accompagna bientôt de rougeur de la peau, d'une fluctuation véritable dont l'ouverture donna issue à un pus phlegmoneux sanguinolent d'origine osseuse. Ce fait est une anomalie que l'on ne rencontre pas une fois sur trois cents dans les fractures syphilitiques.

Il existe deux ordres de fractures syphilitiques, celles que l'on observe sur les enfants âgés seulement de quelques semaines à deux ou trois mois, les autres qui se produisent chez les enfants plus âgés.

Les premières se font toujours au voisinage de la ligne chondro-calcaire qui établit la limite de séparation entre la diaphyse et le cartilage épiphysaire ; elles s'accompagnent d'altération gélatiniforme des os avec formation d'ostéophytes en certains points. Lorsque cette altération gélatiniforme est profonde, la fracture devient telle que les fragments osseux jouent les uns sur les autres et amènent l'impotence absolue, cette pseudo-paralysie syphilitique que l'on a parfois confondue avec la paralysie spinale infantile. Ce n'est pas un décollement épiphysaire, mais bien une véritable fracture de la diaphyse.

Chez l'enfant dont nous parlons, qui était arrivé à la période syphilitique qui touche au rachitisme, telle n'était pas la lésion. Chez lui on constatait tout d'abord sur le crâne quatre ostéophytes autour du bregma. De plus, cet enfant avait dû être très-maltraité dans sa famille, de nombreuses ecchymoses démontraient les sévices dont il était victime, et sous leur influence des fractures avaient été produites. Ce n'étaient pas des fractures spontanées, car elles n'existaient pas à leur siège normal, mais à quelque distance de l'extrémité supérieure de la diaphyse, qui avait subi par suite un certain déplacement.

Dans les fractures spontanées qui siègent à la partie moyenne de l'os, il y a peu de déplacement; un cal de tissu spongoïde se fait dans l'angle rentrant formé par les deux fragments, de façon à rendre à l'os fracturé sa forme normale, tandis que du côté opposé, c'est-à-dire au niveau de la saillie formée par l'extrémité des fragments, le cal est très-mince.

Au contraire, chez notre malade, par suite de la fracture, il s'est fait deux cals formés par deux couches successives, et ce qui est surtout bizarre, c'est que les fragments osseux ne se sont pas soudés ; mais entre les deux il est resté une petite cavité remplie par un tissu gélatiniforme analogue à celui que l'on observe dans les fractures juxta-épiphysaires. De plus, il s'est fait dans le même point un travail suppuratif qui s'est étendu sous le périoste, l'a décollé malgré son adhérence intime au tissu spongoïde et s'est fait jour à l'extérieur par une fusée purulente. Ce travail inflammatoire a été déterminé par le frottement de l'extrémité libre des deux fragments osseux. De là l'absence de consolidation complète du membre qu'entretenaient les violences des gens qui entouraient le pauvre enfant.

Dans les fractures juxta-épiphysaires, les mouvements perpétuels des enfants entraînent quelquefois une certaine suppuration, le cal ne se fait pas et le travail de prolifération reste incomplet. Ce qui se passe là tout naturellement a, au contraire, été produit ici volontairement par les mauvais traitements auxquels l'enfant dont nous vous montrons les os a été soumis.

Cet enfant était en train de devenir rachitique par suite de la syphilis héréditaire, comme le démontrent, en dehors de sa fracture, des ostéophytes caractéristiques situées sur la face postérieure de l'os, vers son extrémité inférieure.

Il existe encore à la face interne du tibia une autre petite fracture incomplète, qui n'atteint que deux ou trois lamelles de l'os, fracture consécutive encore à des violences, et près de laquelle il s'est fait, comme travail de réparation ou de spongification, une ostéophyte spongoïde extérieure.

Enfin, comme lésions viscérales, nous devons noter à la partie déclive du lobe inférieur du poumon droit, sur une épaisseur de 5 millimètres, une induration du parenchyme, de couleur saumon clair, induration spécifique qui correspond à l'hépatisation syphilitique de Virchow. Du reste, nulle trace de pleurésie.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Leçon sur la nutrition de l'œil.

Par le docteur Ch. Abadie.

I

La nutrition de l'œil a été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches importantes, de la part de Leber, Weiss, Knies et autres expérimentateurs. La clinique pouvant tirer grand profit de ces travaux de physiologie, je crois utile de vous les faire connaître.

Knies, en particulier, après avoir eu l'heureuse idée d'injecter dans le corps vitré des solutions peu concentrées de ferro-cyanure de potassium, traita l'œil, ainsi préparé, par un sel de sesquichlorure de fer soluble qui, se combinant à la première substance, donna, dans tous les points où s'était répandu le liquide, une coloration bleue (bleu de Prusse) plus ou moins accusée, dénotant d'une façon aussi exacte que possible le cheminement graduel de la solution injectée à travers les différentes membranes de l'œil.

Cette ingénieuse méthode d'investigation, qu'on pourrait, à mon avis, appliquer d'une manière instructive et féconde à l'étude du fonctionnement des autres organes, tels que le foie, les reins, etc., a été reprise récemment par Ulrich, qui, tout en mettant à profit les mêmes réactifs que son prédécesseur, a su éviter quelques inconvénients encore inhérents à ce procédé d'expérimentation.

Au lieu de faire pénétrer directement le ferro-cyanure de potassium dans le corps vitré, et de provoquer ainsi dans le globe oculaire un traumatisme qui, bien que léger, peut cependant avoir quelque influence sur le cheminement physiologique des liquides nourriciers de cet organe, il injecta la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané, prenant en outre la précaution de sacrifier les animaux expérimentés, à des « intervalles progressifs de trente minutes », de façon à surprendre, pour ainsi dire, la nutrition de l'œil, à ses diverses phases d'évolution.

Les résultats obtenus à l'aide de cette méthode sont, comme on devait s'y attendre, considérables, et les renseignements qu'elle a fournis jettent un jour nouveau sur bien des points, jusqu'alors obscurs, de la pathologie oculaire.

A l'œil nu, déjà l'on pouvait constater que la sclérotique présentait un aspect légèrement bleuâtre, dont le maximum de coloration s'accusait surtout au voisinage du nerf optique, dans les points où les artères ciliaires postérieures pénètrent à travers l'enveloppe scléroticale. A l'émergence des

vasa vorticosa, la teinte bleue se montrait également très-franche, ainsi que dans le trajet supra-choroïdien des artères ciliaires longues.

Ainsi que l'on devait s'y attendre, le stroma choroïdien présentait une injection plus vive encore que celle de la sclérotique. Cette coloration atteignait son maximum d'intensité dans les points où les veines en tourbillons se réunissent pour former les gros troncs des vasa vorticosa.

Une série de coupes pratiquées au niveau de l'émergence scléroticale de ces derniers vaisseaux et des artères ciliaires longues montra, sur tout leur parcours oblique, un liséré bleuâtre, liséré qui se retrouvait du reste sur tout le trajet des gros vaisseaux choroïdiens. Du côté de la rétine, cette coloration semblait également se diffuser et se localiser dans la couche externe, ce qui tendrait à faire considérer la choroïde comme présidant à la nutrition des cônes et des bâtonnets.

Détail curieux et sur lequel j'appelle votre attention : la couche des fibres nerveuses présentait en tous ses points une teinte uniforme et sans accentuation de tonalité, même au niveau des troncs des principaux vaisseaux rétiniens. — De cette répartition égale des liquides dans la couche interne de la rétine il semble qu'on peut conclure que la nutrition se fait là d'une façon plus régulière que partout ailleurs. Peut-être que les gaines lymphatiques qui entourent les vaisseaux dans cette région jouent le rôle de régulateur.

Il résulte de ce qui précède (fait très-important pour la clinique) que la nutrition des couches externes de la rétine, cônes et bâtonnets, couche externe des grains, est placée sous la dépendance de la circulation choroïdienne, probablement de la chorio-capillaire, tandis que la couche des fibres nerveuses et des cellules ganglionnaires emprunte ses matériaux nutritifs aux vaisseaux émanés de l'artère centrale de la rétine.

Sur des coupes où une certaine quantité de corps vitré était restée adhérente à la membrane limitante, il était facile de se convaincre que les couches superficielles de ce milieu transparent empruntent également leur nutrition aux vaisseaux rétiniens.

Mais le point où la coloration atteignait son maximum, c'était au niveau des régions équatoriales du cristallin.

Là le courant liquide filtre à travers la paroi postérieure du canal de Petit, puis, rencontrant un nouveau filtre dans la paroi antérieure du même canal, il subit un temps d'arrêt tout à fait favorable à la nutrition de la zone équatoriale du cristallin.

Enfin, comme vous allez le voir tout à l'heure il existe, dans cette région un troisième filtre également important, « constitué par l'iris ».

Dans le cristallin, une coloration diffuse se répand de l'équateur vers le pôle, en s'atténuant progressivement dans les couches corticales antérieures. En arrière, au contraire, c'est à peine si l'on constate un léger liséré bleuâtre au niveau de la fossette hyaloïdienne. De cette diversité d'aspect il est permis de présumer que la nutrition des parties antérieures du cristallin se fait aux dépens des liquides qui baignent son équateur, tandis que celle des couches postérieures est sous la dépendance du corps vitré.

Ces résultats restent les mêmes, que les injections de ferrocyanure de potassium soient faites directement dans le corps vitré, comme dans le procédé Knies, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous venons de suivre le courant liquide jusque dans la chambre postérieure. Arrivé là, comment se comporte-t-il, et de quelle manière pénètre-t-il dans la chambre antérieure?

Jusqu'ici, vous le savez, on avait supposé que ces deux espaces étaient en libre communication au niveau du bord pupillaire. Contrairement à cette théorie, les expériences d'Ulrich sont venues démontrer, — et c'est là le point capital de ses recherches, — « que le courant liquide, loin de suivre cette voie, filtre d'une chambre dans l'autre à travers l'iris lui-même. » Sur des coupes méridiennes de l'œil, on remarque en effet une traînée bleuâtre qui, se détachant du canal de Petit et des procès ciliaires, « traverse l'iris et se termine à sa face antérieure en se bifurquant ».

Cette remarquable disposition prouve, à n'en pas douter, que le courant liquide, loin de contourner le bord pupillaire, pénètre directement dans l'iris et le traverse, comme il traverse les deux autres filtres constitués par les parois du canal de Petit.

Comment un fait aussi important, et en somme assez facile à constater, a-t-il pu échapper jusqu'ici à l'attention des observateurs? Probablement parce que les divers expérimentateurs qui ont abordé ce genre de recherches ont trop tardé à sacrifier les animaux auxquels ils injectaient des liquides colorants. En effet, si l'on attend plus d'une heure et demie, le ferro-cyanure de potassium imbibe uniformément tout le tissu de l'iris, masquant ainsi les « raies de filtration », comme les appelle Ulrich.

Ces raies de filtration, très-facilement appréciables lorsqu'on a la précaution de les observer peu de temps après leur imprégnation, sont situées au voisinage de l'insertion ciliaire de l'iris. La disposition topographique de cette région rend d'ailleurs compte de cette particularité. Obligé de passer entre le bord équatorial du cristallin et les procès ciliaires, le courant liquide va droit devant lui et traverse directement l'iris au lieu de contourner l'ouverture pupillaire.

Pour bien comprendre ce rôle de filtre joué par l'iris, il est nécessaire que vous vous rappeliez un détail anatomique important : c'est que l'iris et le cristallin forment « un diaphragme mobile » partageant l'œil en deux segments.

Lorsque, par suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse à travers l'espace de Fontana et le canal de Schlemm, la tension intra-oculaire vient à diminuer dans la chambre antérieure, l'iris et le cristallin se trouvent projetés en avant, mais « restent cependant appliqués l'un sur l'autre ».

Pour que le passage du courant liquide pût se faire par l'ouverture pupillaire, il faudrait de toute nécessité que le cristallin demeurât « fixe » et que le bord pupillaire cessât d'être adossé à la cristalloïde antérieure, ou bien, chose difficile à admettre, que la tension augmentât dans la chambre postérieure sans que le corps vitré y prît part.

Or l'observation clinique démontre que, en toutes circonstances, l'iris reste appliqué au cristallin, et dès lors la filtration des liquides doit nécessairement s'opérer à travers la membrane irienne.

Tant que le pouvoir de filtration de l'iris reste dans un rapport convenable avec la rapidité du courant liquide, l'iris et le cristallin demeurent en place.

Mais, dès qu'une perturbation se produit à l'intérieur de l'œil et que le diaphragme irien devient, d'une façon absolue ou relative, insuffisant pour le passage, trop rapide, des liquides nourriciers, la tension s'élève en arrière de l'obs-

tacle, c'est-à-dire dans le corps vitré, et « l'iris et le cristallin, toujours accolés, se trouvent projetés en avant ».

THÉRAPEUTIQUE

Préparations ferrugineuses contre la chloro-anémie.

M. le docteur Huchard ordonne les pilules suivantes dans la chloro-anémie avec anorexie et tendance à la constipation :

Tartrate ferrico-potassique.	10 grammes.
Extrait de quinquina.	5 —
Extrait de rhubarbe.	5 —
Extrait de noix vomique.	0,25 à 0,50 cent.
Glycérine.	} āā Q. S.
Huile essentielle d'anis.	

pour 100 pilules.

En prendre deux à chaque repas.

Lorsqu'il y a quelque tendance à la gastralgie, ce qui est très-fréquent chez les chloro-anémiques, M. Huchard modifie sa formule ainsi qu'il suit :

Tartrate ferrico-potassique.	10 grammes.
Extrait de gentiane.	8 —
Extrait de noix vomique.	0,25 centigr.
Extrait thébaïque.	0,25 —
Glycérine.	} āā Q. S.
Huile essentielle d'anis.	

pour 100 pilules également, dont deux à chaque repas.

Dans le cas de constipation persistante, l'extrait thébaïque est remplacé par l'extrait de jusquiame.

Si la chloro-anémie s'accompagne d'aménorrhée, les pilules seront composées de la manière suivante :

Tartrate ferrico-potassique.	10 grammes.
Extrait d'armoise.	4 —
Extrait d'absinthe.	4 —
Poudre d'aloès socotrin	1 à 2 grammes.
Huile essentielle d'anis.	Q. S.

Dans la chlorose ménorrhagique la formule sera :

Tartrate ferrico-potassique.	10 grammes.
Ergotine	10 —
Huile essentielle d'anis.	Q. S.

Enfin, lorsqu'il survient chez les chloro-anémiques des accidents de nervosisme :

Tartrate ferrico-potassique.	10 grammes.
Extrait de valériane.	8 —
Poudre de castoréum	2 —
Essence de menthe.	} āā Q. S.
Essence d'anis.	

La formule de ces différentes préparations comporte toujours 100 pilules, et la dose est également de deux à chaque repas.

Pour les cas d'anémie simple, sans aucune complication, M. Huchard se borne aux pilules suivantes :

Tartrate ferrico-potassique.	10 grammes.
Extrait de quinquina.	10 —
Glycérine.	} āā Q. S.
Huile essentielle d'anis.	

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Traitement de certaines formes de l'aliénation mentale par l'hyoscyamine.

M. le docteur Gray, inspecteur des asiles d'aliénés de New-York, a réussi à calmer les délires les plus intenses par l'hyoscyamine là où tous les autres moyens avaient échoué, et il est parvenu à endormir les aliénés furieux. Ce médicament, administré par la méthode hypodermique, a de plus l'avantage, d'après l'auteur, d'être inoffensif.

Dans quelques cas de manie tout à fait furieuse, il associe l'hyoscyamine à d'autres médicaments ; il emploie surtout la formule suivante :

Extrait de noix vomique.	} āā 0,40 centigr.
Morphine.	
Pipérine.	0,50 —
Hyoscyamine	0,15 —

pour trente pilules.

Prendre deux pilules dans le jour et une dans la nuit.

Les doses d'hyoscyamine peuvent varier de 1 milligramme à 2 centigrammes. Quelques malades en supportent des doses très-élevées ; mais, si après quelques jours de son emploi on n'obtient aucun résultat bien évident, il faut, chez ces mêmes malades, recourir à une autre médication, soit par le chloral, soit par les bromures, soit par la ciguë.

Dans les cas où la pléthore accompagne l'agitation maniaque, le docteur Gray s'est bien trouvé de l'emploi simultané des lavements de bromure et des injections hypodermiques d'hyoscyamine. Dans d'autres cas il administre alternativement le bromure et l'hyoscyamine à l'intérieur, réservant plus particulièrement l'association des deux médicaments pour les maladies où la manie s'accompagne d'épilepsie.

Les injections hypodermiques lui ont paru aussi très-utiles dans les paroxysmes de la folie chronique, chez les sujets qui se trouvent sous l'empire d'hallucinations.

En résumé, l'hyoscyamine ne doit pas être donnée pendant longtemps. Une, deux, trois doses pendant le jour, et une pendant la nuit, comme nous l'avons indiqué plus haut, ne doivent être continuées que pendant trois ou quatre jours seulement. On la reprend ensuite d'une manière intermittente. M. Gray n'a jamais eu d'accidents à déplorer. Il a employé aussi avec succès ce même médicament contre l'hystérie et la chorée. (*Revue méd.*)

Solution contre le goître exophthalmique.

Sulfate neutre de duboisine	1 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise	20 grammes.

Faire dissoudre.

M. Dujardin-Beaumetz a obtenu, dans deux cas, une diminution notable des palpitations et des battements vasculaires, en pratiquant des injections hypodermiques avec un quart de milligramme ou un demi-milligramme, au plus, de sulfate de duboisine au lieu d'atropine. Au bout de peu de jours il survint des signes d'intoxication analogues à ceux que détermine la belladone ; aussi l'auteur dut-il interrompre le traitement tous les huit jours et ne pas le continuer trop longtemps. (*Union méd.*)

Suppositoires contre l'eczéma des fosses nasales.

Acide tannique.	90 centigr.
Beurre de cacao	5 grammes.

Faire avec cette formule six suppositoires.

On peut remplacer le tannin par un même poids d'oxyde de zinc. Ces suppositoires sont destinés, par le docteur Neumann, à combattre l'eczéma, quand il se propage aux fosses nasales. (*Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 avril 1881. — Présidence de M. Bouchereau.

Un poulet monstrueux. — M. Mégnin présente un poulet monstrueux. Ce poulet présente seulement deux membres inférieurs, dont l'un est plus petit que l'autre, et qui sont reliés par une masse charnue. Il est sorti, il y a trois jours, d'un œuf, en

compagnie d'un autre poulet bien conformé et très-vivant, — qui vit encore à l'heure qu'il est, — et auquel il était attaché par un cordon à moitié desséché, qui n'était autre que le cordon ombilical relié au cordon du poulet vivant.

Si ce monstre, qui appartient au genre *péracéphale* d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire, ou au genre *acéphalogastre* de Breschet, lequel genre ne paraît pas encore avoir été observé chez le poulet, mais seulement chez l'homme, chez le mouton et chez le cerf, si ce monstre, dis-je, avait été soudé à son jumeau soit au-dessus, soit au-dessous du croupion, ils auraient constitué à eux deux la monstruosité *pygomélienne* dont les exemples sont assez fréquents chez la poule, et le cas que je présente montre précisément par quel procédé se forme cette monstruosité, conséquence de la présence de deux germes et de deux jaunes dans le même œuf. Les œufs à deux jaunes ne sont pas rares chez nos poules domestiques; j'en connais une dont tous les œufs sont constamment à deux jaunes et dont, par conséquent, la parturition est constamment gémellaire.

Asphyxie. — M. Laborde a entrepris une série d'expériences dans le but de déterminer, dans les cas d'asphyxie produite par le manque d'air, jusqu'à quel moment l'intervention peut être efficace pour ramener l'individu à la vie. Ces expériences ont été faites sur des chiens à l'aide de la canule de Bichat. Il s'écoule en moyenne deux minutes et demie entre le moment de la mort apparente et celui de la mort réelle. Après le dernier effort d'inspiration, le cœur bat encore; la pupille se dilate. Deux minutes et demie après la dernière inspiration, on peut encore ramener les animaux à la vie, soit en excitant le pneumogastrique, soit par la respiration artificielle. M. Laborde insiste tout particulièrement sur l'importance et l'efficacité de ce dernier moyen, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pratique. Il y aurait donc le plus grand intérêt à être en possession d'un appareil simple, facilement portatif, d'une application rapide et facile qui permît de pratiquer immédiatement, dans un cas de mort apparente par asphyxie, la respiration artificielle.

M. Laborde poursuivra ses expériences et en fera connaître les résultats à la Société.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

165. M. Lévêque. Contribution à l'étude clinique et pathogénique des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — 166. M. Laurent. Contribution à l'étude des déplacements traumatiques du cristallin. — 167. M. Girou. Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des gangrènes chez les rachitiques. — 168. M. Faucher. Du lavage de l'estomac. — 169. M. Mouly. Étude sur le champ visuel et de ses anomalies dans quelques opérations oculaires. — 170. M. Carles. Des fièvres intermittentes chez les enfants. — 171. M. Gouronnec. De la typhlite et de la pérityphlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. — 172. M. Négadelle. De la composition d'un sac obstétrical. — 173. M. Évesque. De l'application des appareils plâtrés au traitement de la coxalgie. — 174. M. Lardilley. Étude sur le goître enflammé et sur le goître suppuré. — 175 M. Harel. Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux. — 176. M. Lejeune. De quelques troubles de la miction dans le saturnisme. — 177. M. Lécuyer. Des gommes du sterno-mastoïdien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 avril 1881, M. le docteur Gailleton est nommé maire de la ville de Lyon.

— Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Barthélemy, ancien président du Comité central des Bouches-du-Rhône; Lemoine, professeur à l'École de médecine de Reims; Riou, membre de la Société académique de Brest.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Legendre (Louis-François), né à Lorient en 1802, et décédé le 27 avril 1881. Notre regretté confrère assista, comme chirurgien de marine, à la bataille de Navarin. Il laisse un fils qui continue dignement l'exercice de la médecine à Pauillac.

— MM. les docteurs Ouvrier et Cayrade sont nommés pour trois ans membres du conseil départemental de l'instruction publique de l'Aveyron.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Remy, docteur en médecine, est maintenu pour trois ans, à dater du 1er mai 1881, dans les fonctions de chef du laboratoire de clinique à l'hôpital de la Charité.

M. Robin, docteur en médecine, est maintenu pour trois ans, à dater du 1er mai 1881, dans les fonctions de chef-adjoint du laboratoire de clinique à l'hôpital de la charité.

MM. Malherbe et Bergeron sont maintenus pour trois ans, à dater du 1er mai 1881, dans les fonctions d'aides du laboratoire de clinique à l'hôpital de la Charité.

M. Migon, docteur en médecine, est autorisé à faire, à l'École pratique, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-81, un cours libre d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Imbert (Gustave) est nommé, pour deux ans, prosecteur, en remplacement de M. Duchamp, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Grynfelt, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1882.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Vaillard (Louis) est nommé directeur du laboratoire d'histologie, en remplacement de M. Pitres, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Tours.* — M. Thomas (Louis), ancien suppléant, est nommé professeur d'accouchements, en remplacement de M. Millet, décédé.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Neyreneuf, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Jacquin, préparateur, est nommé préparateur de zoologie (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Flahaut, docteur ès sciences naturelles, répétiteur à la Faculté des sciences de Paris, est chargé du cours de botanique, en remplacement de M. Planchon, démissionnaire.

— M. Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est délégué pour recevoir, aux lieu et place du Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, le montant du legs fait audit établissement par M. Laillet et consistant en une somme de 20,000 francs, affectée par le testateur à la fondation de deux prix de 500 francs chacun. Tous pouvoirs sont donnés à M. Chatin pour faire et signer tous actes à cet effet.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Diacon, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé, pour cinq ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Planchon, démissionnaire.

— *Muséum.* — M. le professeur Decaisne est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-81, par M. Vesque, aide-naturaliste.

— M. le professeur Brouardel a commencé son cours de médecine légale le lundi 2 mai 1881, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; il le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. — Cours pratique à la Morgue les mercredis, à deux heures, et les mardis et samedis, à quatre heures.

— M. J. Chatin, maître de conférences à l'École des Hautes Études, commencera ses conférences d'histoire naturelle, le mercredi 4 mai 1881, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Faculté des sciences, et les continuera le mercredi et le jeudi de chaque semaine à la même heure.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons de clinique thérapeutique le jeudi 5 mai à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Les leçons porteront cette année sur le traitement des maladies de l'appareil respiratoire.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 6 mai 1881, à l'hôpital Saint-Louis, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mardis et les vendredis suivants à la même heure. Le vendredi, les leçons auront lieu à l'amphithéâtre, et, le mardi, au lit du malade.

— M. le docteur Leven commencera ses conférences cliniques sur les maladies de l'estomac, à l'hôpital Rothschild, le samedi 7 mai, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Apostoli commencera un cours sur l'application médicale, chirurgicale et obstétricale de l'électricité le mercredi 11 mai 1881, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera d'environ 35 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Principaux articles du tome XXIX : *Polypes*, par Heurtaux ; *Polyurie*, par Cuffer ; *Poplitée*, par Schwartz ; *Porte* (veine), par Straus ; *Pouls*, par Duval et Rigal ; *Poumon*, par Duval, Merlin, Gauchet, Balzer, Homolle, Straus, Dieulafoy, Letulle ; *Pourriture d'hôpital*, par Rochard ; *Priapisme*, par Ricord ; *Profession*, par Proust ; *Prostate*, par Campenon et Julien ; *Prurigo*, *Prurit*, par Hardy, etc. — Prix du tome XXIX, 1 vol. in-8° de 880 pages avec figures dans le texte : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11157.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a adopté les conclusions du rapport de la commission sur la vaccination et la revaccination obligatoires. Il sera répondu au ministre qui l'a consultée : L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination obligatoire. Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières et même imposée par des règlements d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible. L'Académie ajoutera à ces deux propositions celle de M. Trélat, qui évoque des lois existantes, plus ou moins oubliées, et en demande l'exécution rigoureuse. Elle y ajoutera, enfin, le vœu exprimé par M. Le Fort, que le Gouvernement français, à l'exemple de ce qui se fait dans plusieurs pays étrangers, rende également obligatoires par une loi spéciale des mesures préventives non moins importantes que celles de la vaccination, telles que l'isolement des varioleux, etc. Ces conclusions ont été votées au scrutin par 46 bulletins portant oui, sur 67 membres présents ; 19 ont voté contre ; 2 se sont abstenus.

Ce résultat était prévu. Il n'a donc surpris personne. Nous ne pensions même pas que la minorité opposante à l'obligation eût été aussi nombreuse.

Que faut-il donc conclure de là, et que va-t-on en inférer? Que l'Académie est divisée sur la question de l'utilité des vaccinations et des revaccinations ? Et ne va-t-on pas prendre texte de cette prétendue division pour renouveler les éternelles plaisanteries sur le dissentiment d'Hippocrate et de Galien ? Il ressort très-clairement, au contraire, de cette discussion, et il faut que cela reste bien établi une fois pour toutes, que, sur le point scientifique et pratique de la question, l'utilité des vaccinations et des revaccinations comme moyen prophylactique de la variole, la vraie, la seule question qui soit de sa compétence, l'Académie a été et reste absolument unanime. Pas une voix dissidente ne s'est fait entendre. Si on ne l'avait consultée que sur ce point, sa réponse eût été univoque. Mais on l'a consultée sur l'opportunité de mesures légales dont, comme corps purement savant, elle n'avait pas à connaître. C'est sur ce point seulement qu'elle s'est divisée, et c'est sur ce point aussi que nous avons combattu, avec la minorité de l'Académie, les conclusions du rapport. Il suffira, pour s'en convaincre, de lire les amendements de MM. J. Guérin, Depaul et Hardy, qui n'ont été repoussés, — leurs auteurs en connaissaient parfaitement le sort d'avance, — que parce qu'ils rejetaient l'obligation, mais qui n'en sont pas moins, au fond, l'expression parfaite et exacte de ce que pense l'Académie tout entière sur la valeur scientifique et pratique de la vaccination et de la revaccination.

Cela dit, que le vote de l'Académie ait son destin !

Au commencement de la séance, M. Constantin Paul a présenté à ses collègues un stéthoscope à ventouse et à caisse de renforcement, que l'on pourrait appeler aussi stéthoscope omnibus, extrêmement ingénieux. On en trouvera la description dans le compte-rendu.

Signalons enfin l'élection, dans la première division des correspondants nationaux, de M. le docteur Nivet (de Clermont), l'un des praticiens et des savants les plus recommandables de la province. A cette occasion, réparons une petite erreur de nom que nous avons commise, il y a huit jours, en donnant le résultat de l'élection d'un correspondant dans la quatrième division. C'est M. Lepage (de Gisors) qui a été élu, et non M. Laprade, comme nous l'avons écrit par erreur.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Cirrhose hypertrophique du foie, ascite, bruit de souffle extra-cardiaque.

Parmi les nombreux malades qui sont entrés depuis deux jours dans le service et qui m'ont retenu longtemps à leur lit, il en est un dont le diagnostic, assez difficile sur certains points, mérite que je vous en entretienne aujourd'hui. C'est un homme qui, à première vue, nous offre une coloration jaune ictérique intense de la peau et des conjonctives. Il est malade depuis dix-huit mois, et l'affection, aujourd'hui chronique, a débuté par un ictère qui s'est accompagné, au bout de quelque temps, d'une tuméfaction du ventre assez considérable, puis d'œdème des extrémités inférieures. Enfin, souffrant d'une assez grande oppression, très-fatigué, il est entré hier dans nos salles.

En l'examinant, nous avons constaté que le ventre était fortement distendu par une ascite assez considérable, que le foie était d'un volume à peu près normal, que la rate était très-hypertrophiée, qu'il existait un peu d'œdème à la

base des deux poumons, que le cœur était un peu plus gros que normalement et présentait un souffle systolique. Enfin les urines, fortement colorées, prennent sous l'influence de l'acide nitrique une teinte verte prononcée ; la peau est d'un jaune intense ainsi que les conjonctives, et les membres inférieurs sont œdématiés.

Ces faits bien constatés, il s'agit d'étudier les relations qui existent entre ces divers éléments et de déterminer si nous nous trouvons en présence d'un ictère chronique, qui serait le résultat de quelque altération des voies biliaires, de calculs biliaires ou de la compression produite par quelque tumeur extérieure au foie. Aurions-nous affaire à une affection cardiaque primitive dont les accidents du côté du foie ne seraient que la conséquence ?

Commençons par dire qu'il est certain que l'ictère n'est pas ici le résultat d'une affection du cœur, car dans ce cas la congestion hépatique n'entraîne pas à sa suite l'ictère chronique ; de plus, si nous nous en rapportons au dire de notre malade, — et nous n'avons aucun motif de suspecter sa véracité, — l'ictère a été chez lui le premier phénomène en date. Si donc il existe des lésions cardiaques, et nous verrons tout à l'heure en quoi elles consistent, elles ne sont nullement primitives.

Le foie est donc l'organe malade. Cet homme n'a jamais éprouvé de coliques hépatiques, ce qui nous fait rejeter immédiatement toute pensée de calculs biliaires, bien que parfois l'on ait vu des calculs, même volumineux, engagés dans les voies biliaires sans donner lieu à des coliques. Du reste nous avons, en plus, de l'ascite et une tuméfaction de la rate qui ne sauraient se rattacher à la présence des calculs. Nous devons donc chercher autre chose, et l'idée de compression produite par une tumeur telle qu'un cancer de l'estomac, un kyste hydatique, etc., nous viendrait à l'esprit s'il n'existait pas une tuméfaction de la rate et une ascite aussi considérable qui ne peuvent s'expliquer par l'une ou l'autre de ces causes.

Quelle est donc la maladie du foie qui peut donner lieu à un épanchement aussi prononcé dans la cavité péritonéale, si ce n'est la cirrhose soit atrophique, soit hypertrophique ?

La cirrhose atrophique commence par les capillaires veineux du foie ; de là une gêne circulatoire plus ou moins grande et l'ascite consécutive, ainsi que la tuméfaction de la rate. Mais généralement elle ne s'accompagne pas d'un ictère bien prononcé, et la coloration de la peau est bien plutôt une teinte terreuse qu'une couleur franchement ictérique.

La cirrhose hypertrophique commence par les voies biliaires capillaires, s'accompagne de tuméfaction du foie et de la rate et d'un ictère bien caractérisé, mais le plus ordinairement sans ascite.

Chez notre malade, non-seulement le foie n'accuse pas une diminution de volume qu'il soit possible de constater avec quelque certitude, mais il semble, au contraire, qu'il soit un peu plus gros que d'habitude. Il n'existe donc pas ici de cirrhose atrophique, et, par exclusion de toutes les maladies que nous avons passées en revue, il ne nous reste plus à comparer que la cirrhose hypertrophique, qui s'accompagne d'ictère persistant, généralement considérable, et de rate volumineuse.

Mais, de même que dans les affections néphritiques vous avez des formes mixtes, c'est-à-dire à la fois catarrhales et interstitielles, de même dans la cirrhose du foie vous rencontrez souvent un état mixte. C'est cet état que l'étiologie va nous prouver chez notre malade.

Cet homme, actuellement cordonnier, a été pendant longtemps marchand de vin, et, par devoir professionnel, il a bu abondamment du vin qu'il débitait, même dans ces derniers temps où, comme il le dit lui-même, il prenait encore la goutte le matin. Il a donc des accidents alcooliques qui se manifestent par une lésion interstitielle du foie, d'une part, et, de l'autre, par une excitation directe à la surface gastrique, excitation inflammatoire qui a gagné peu à peu l'organe hépatique, donnant lieu à un catarrhe des voies biliaires. De là une cirrhose hypertrophique dont la lésion n'est pas simple, mais se complique d'altération conjonctive amenant une légère diminution de volume du foie, une ascite considérable, enfin, par suite de la compression exercée sur la veine cave par la rate fortement tuméfiée, de l'œdème des pieds et des jambes.

Si maintenant nous cherchons à nous rendre compte de l'état du cœur, nous notons une petite déviation de la pointe de l'organe, qui se trouve portée en dehors ; nous trouvons aussi un souffle systolique un peu au-dessus de la pointe, souffle intense sans prédominance vers l'épigastre. Dans l'ictère, il existe assez souvent de la dilatation cardiaque du côté droit qui entraîne une insuffisance tricuspidienne, surtout dans les cas où l'ictère est la conséquence de la formation de calculs biliaires. Il s'ensuit alors une affection organique du cœur. Ici, j'ai peine à croire qu'il en soit ainsi, parce qu'en dehors du souffle systolique je ne trouve aucune trace de battements des veines jugulaires. Je crois donc pouvoir éliminer cette lésion. Il est d'autres cas où, dans le cours d'un ictère quelconque, on aurait rattaché l'existence du souffle systolique de la pointe, sans aucun signe tricuspidien, à une insuffisance mitrale. Pour moi, je ne l'ai pas encore rencontré.

En résumé, chez notre malade, ces caractères ne sont pas très-nets ; le souffle ne s'entend pas réellement à la pointe du cœur, mais un peu au-dessus, ayant son maximum d'intensité au niveau du troisième espace intercostal ; il est doux, superficiel, d'une intensité considérable, ce qui est assez rare dans les bruits de nature extra-cardiaque, il est légèrement médio-systolique, enfin il diminue, sans disparaître entièrement, lorsque l'on fait asseoir le malade.

C'est donc un point très-délicat dans le cas présent que de se prononcer nettement, et, bien qu'il me paraisse probable d'avoir affaire à des bruits extra-cardiaques, néanmoins il me paraît plus sage de laisser quelques points dans le doute. Quant au déplacement de la pointe du cœur, il n'a pas ici sa valeur habituelle, parce qu'il est la conséquence du refoulement du diaphragme par l'épanchement ascitique.

Notre diagnostic est donc cirrhose hypertrophique du foie, telle que le système vasculaire mis en cause donne lieu à une ascite assez considérable, s'accompagne d'une gêne de la respiration et de la circulation, du refoulement du cœur, de bruits vraisemblablement extra-cardiaques et de tuméfaction de la rate.

Le pronostic de la maladie est très-grave, d'autant plus que la thérapeutique a peu de prise sur elle, que la cirrhose ne guérit pas, et que les seuls résultats qu'il soit possible d'obtenir d'une sage médication sont de suspendre la marche de la maladie pendant un certain temps.

La première indication est de pratiquer une ponction évacuatrice, lorsque l'ascite est considérable, lorsqu'elle s'accompagne d'une gêne circulatoire et respiratoire trop grande et que la diurèse est diminuée d'une façon sensible par suite de la compression intra-abdominale sur les vais-

seaux veineux des reins. La seconde indication est d'obtenir des effets laxatifs modérés, non pas par des drastiques qui exciteraient trop vivement les voies digestives, mais par de légers purgatifs assez fréquemment répétés. C'est ainsi que je retire de bons effets de l'association des purgatifs mercuriels aux purgatifs salins, en faisant administrer par exemple le soir une pilule bleue et le lendemain matin un verre d'eau de Sedlitz ou de Pullna.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Leçon sur la nutrition de l'œil (1).

Par le docteur Ch. Abadie.

II

Quel est le rôle de l'iris dans la sécrétion de l'humeur aqueuse ? Est-ce un simple filtre, ou contribue-t-il par lui-même à cette sécrétion ?

Sur des coupes méridiennes de l'œil, pratiquées chez des lapins soumis à ce genre d'expériences, on aperçoit facilement dans la portion ciliaire de l'iris une petite ouverture béante fortement colorée qui n'est autre que celle du gros tronc circulaire de cette membrane, vaisseau nettement appréciable chez le lapin albinos.

De ce tronc primitif se détache une petite ligne bleuâtre qui se porte directement en avant à travers le tissu irien, et qui se termine à la surface antérieure de ce diaphragme où elle forme comme une petite tache.

Cette disposition vous prouve que de la paroi du vaisseau circulaire de l'iris part nu courant liquide secondaire, qui traverse le stroma de l'iris pour aboutir à la chambre antérieure.

De l'ensemble des recherches entreprises au moyen d'injections colorées il semblerait résulter également que la cornée, membrane dépourvue de vaisseaux, se nourrit en grande partie aux dépens de l'humeur aqueuse. La pénétration de ce liquide y aurait été constatée, non-seulement sur toute la surface endothéliale de la membrane de Descemet qu'elle imprègne, mais encore dans les lames adjacentes du tissu cornéen lui-même.

C'est à Knies que revient le mérite d'avoir donné la preuve expérimentale de cette imbibition. En poussant directement une injection dans le corps vitré, il a vu le liquide colorant pénétrer dans la cornée et y former une traînée bleuâtre qui, prenant naissance au voisinage de l'espace de Fontana, se porte bientôt en arrière en décrivant une courbe contenue dans l'épaisseur de cette membrane. Mais, chose curieuse, et sur laquelle j'attire tout spécialement votre attention, c'est que cette ligne colorée à laquelle Knies a donné le nom de « raie de filtration cornéenne » est située exactement en face de la raie de filtration de l'iris, ce qui laisserait supposer que le courant liquide arrivant dans la chambre antérieure, après avoir traversé l'iris, s'engage immédiatement dans le tissu cornéen.

Je vous disais tout à l'heure que l'iris présentait des voies de filtration accessoires, moins importantes que la principale et plus rapprochées de l'ouverture pupillaire. Dans le tissu cornéen, des voies de filtration accessoires correspondantes existent également; elles sont situées dans le voisinage du centre de la cornée.

Ces voies de filtration d'ordre secondaire deviennent surtout visibles quand on a eu préalablement la précaution de pratiquer une fistule cornéenne; leur embouchure dans la chambre antérieure se présente sous la forme d'une petite tache bleue.

Elles se dirigent toutes en arrière et en haut vers l'espace de Fontana. On constate en outre que dans le voisinage de cet espace les lamelles cornéennes, au lieu d'être parallèles à la membrane de Descemet, semblent s'incliner à angle aigu, disposition qui doit évidemment favoriser la filtration à travers la cornée.

Sur l'œil d'un animal ainsi injecté et préparé, les espaces lacunaires de Fontana et les fentes communicantes de la zone limite scléro-cornéenne sont toujours remplis de bleu de Prusse. Les tissus voisins, sclérotique et surtout conjonctive bulbaire, sont aussi richement colorés, et les vaisseaux péri-cornéens semblent gorgés de matière colorante. — A l'aspect de la coupe que l'on a sous les yeux, on dirait qu'une partie du courant liquide provenant du corps ciliaire s'est répandue dans l'espace de Fontana sans passer par la chambre antérieure.

Les raies de filtration de la cornée étant contenues dans ses couches les plus internes, qu'elles ne franchissent pas, il est probable qu'elles fournissent uniquement les matériaux de nutrition de ces couches mêmes. Quant aux couches externes et à l'épithélium superficiel, ils semblent tirer leurs éléments nutritifs du réseau vasculaire péri-kératique.

Je vous ferai remarquer en passant combien toutes ces recherches délicates d'anatomie et de physiologie sont importantes pour la clinique. Ne vous expliquent-elles pas d'une façon satisfaisante pourquoi certains processus qui frappent la cornée sont favorablement modifiés tantôt par l'iridectomie et la sclérotomie, tantôt par l'abrasion des vaisseaux péricornéens (péritomie), selon que le processus morbide intéresse les couches profondes ou superficielles de cette membrane ?

Vous savez combien sont nombreuses et contradictoires les expériences entreprises dans le but d'étudier l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la tension intra-oculaire. Jusqu'ici on avait cherché, après instillation de ces diverses substances dans l'œil, à apprécier les variations de tension au moyen d'appareils tonométriques. Mais les différences à apprécier sont si petites et les meilleurs tonomètres encore si défectueux, que l'accord entre les expérimentateurs était loin d'être complet, et finalement la clinique n'avait encore retiré aucun profit de toutes ces recherches indécises.

Ulrich a procédé autrement, et il est enfin parvenu à jeter un peu de lumière sur cette question si obscure et si controversée.

Après avoir pratiqué dans l'œil des lapins des instillations d'atropine et d'ésérine, jusqu'à ce que l'effet maximum de mydriase et de myosis soit obtenu, Ulrich injecte, comme précédemment, la solution de ferro-cyanure de potassium, puis sacrifie les animaux et traite l'œil énucléé par le sesquichlorure de fer.

En examinant comparativement les deux yeux soumis, l'un à l'action de l'atropine, l'autre à l'action de l'ésérine, on ne trouve tout d'abord aucune différence de coloration bien sensible dans la choroïde, la rétine, le cristallin et le corps vitré.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 mai 1881.

Mais il n'en est plus de même en ce qui concerne l'iris et la cornée. L'œil ésérinisé et l'œil atropinisé diffèrent notablement, en ce sens que celui dont la pupille est contractée présente « un pouvoir de filtration beaucoup plus considérable » que celui dont la pupille est dilatée.

Dans l'œil ésérinisé, les raies de filtration paraissent élargies, et tout autour d'elles et des gros troncs vasculaires la teinte bleue est fortement accusée.

Dans l'iris atropinisé, au contraire, les raies de filtration sont beaucoup moins apparentes.

Cela indique incontestablement et d'une façon décisive que le passage du courant liquide intra-oculaire s'effectue plus librement, les voies étant plus largement ouvertes dans l'œil où l'on a instillé de l'ésérine que dans celui où l'on a mis de l'atropine. D'une façon plus générale, lorsque, la pupille étant contractée, l'iris est étalé et aminci, ses voies de filtration sont plus perméables que lorsqu'il est contracté et revenu sur lui-même, la pupille étant dilatée.

Ainsi s'expliqueraient l'action défavorable de l'atropine dans le glaucome et les bons résultats que donne parfois l'ésérine dans la même affection. En résumé, l'ésérine agit de telle façon qu'elle augmente le pouvoir de filtration de l'iris en le tendant et l'amincissant, ce qui permet également la déplétion des vaisseaux ciliaires. — En outre, par son action sur le muscle ciliaire dont elle provoque la contraction, elle favorise l'élargissement des voies de filtration du canal de Schlemm et par suite l'écoulement de l'humeur aqueuse.

L'atropine semble, au contraire, avoir une action tout opposée.

Il est généralement admis que l'ésérine agit favorablement sur les ulcères profonds de la cornée, sans doute parce que l'ésérine favorise le mouvement nutritif de ces couches profondes et amène une détente de la tension intra-oculaire. Quand l'ulcère, au contraire, est superficiel, l'action de l'ésérine n'est pas aussi favorable, parce que la nutrition de ces couches dépend du réseau vasculaire péricornéen sur lequel l'ésérine reste sans influence.

La paracentèse et l'établissement d'une fistule dans la chambre antérieure ont une influence considérable sur le mouvement du courant liquide dans l'intérieur du globe oculaire.

En faisant des expériences comparatives, on constate que, sur l'œil placé dans ces conditions, le bleu de Prusse est accumulé en quantité beaucoup plus considérable dans la choroïde, la rétine, l'iris, etc., que sur l'autre œil laissé intact.

L'iris jouant le rôle d'un filtre, si on vient à l'exciser en partie, le mouvement du courant nutritif doit se trouver accéléré; c'est ce que l'expérience confirme. Sur des yeux injectés comme je vous l'ai dit tout à l'heure et déjà soumis quelque temps auparavant à l'iridectomie, on constate que tous les vaisseaux qui se trouvent au niveau de la cicatrice, ainsi que le tissu cicatriciel lui-même, sont fortement colorés en bleu.

Ces études expérimentales prouvent que le glaucome peut se produire dans trois conditions pathogéniques différentes; premièrement lorsque les phénomènes de sécrétion intra-oculaire augmentent. Le courant liquide qui progresse d'arrière en avant dans la cavité oculaire devenant plus rapide, alors que le système de filtres à travers lequel il doit passer reste le même, la tension intra-oculaire doit nécessairement s'élever.

Dans une seconde catégorie de cas, le courant liquide reste le même; sa vitesse, sa quantité, n'ont pas changé, mais le filtre constitué par l'iris a perdu tout ou partie de ses propriétés, il se laisse traverser moins facilement par le liquide, et la tension augmente encore.

Dans ces deux variétés de glaucome, l'excision d'une partie de l'iris, l'iridectomie, donnera évidemment de bons résultats, et le fait de la guérison par cette opération ne reste plus énigmatique et devient compréhensible.

Ces formes de glaucome justiciables de l'iridectomie se reconnaîtront cliniquement « à l'effacement de la chambre antérieure ». En effet, dans ces cas, c'est en arrière du filtre irien que la tension intra-oculaire s'élève, et il suffit de faciliter le passage du courant liquide par l'ablation d'une portion du filtre pour que la tension intra-oculaire redevienne normale. Il est, par contre, une troisième variété de glaucome qui peut être due à ce que les voies de filtration antérieures, celles de l'angle irido-cornéen (lacunes de Fontana, canal de Schlemm), sont oblitérées. Dans ce cas, la tension s'élève dans la chambre antérieure et « consécutivement » dans le corps vitré. Dès lors, le filtre irien ne joue aucun rôle, et l'excision de l'iris n'aura aucune influence sur un état glaucomateux ainsi constitué.

C'est ce qu'on observe dans le glaucome chronique simple, où l'iris n'est plus refoulé en avant, et où la chambre antérieure conserve ses dimensions.

La sclérotomie doit alors être substituée à l'iridectomie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet : 1° l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Cusco, comme membre titulaire, dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Broca; 2° deux exemplaires d'une brochure relative à la méningite cérébro-spinale épidémique du cheval observée en Égypte pendant l'année 1876, par M. Apostolidès.

M. Pons (de Bez) adresse une note intitulée : Vaccinations et revaccinations.

M. Géraud, médecin aide-major, adresse un travail manuscrit intitulé : La fièvre typhoïde et les influences climatériques, notes et statistiques recueillies en France et en Allemagne en 1880.

M. Fabius adresse une note sur la transfusion du sang.

M. Longuet, médecin aide-major, envoie un travail sur les eaux thermales des environs de Lalla Marnia (département d'Oran).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant dans la première division (médecine). La liste de présentation portait: en première ligne, M. Nivet (de Clermont); en deuxième ligne, M. Pénard (de Versailles); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauillac), Lambron (de Luchon), Mandon (de Limoges) et Mignot (de Chantelle).

Au premier tour, M. Nivet obtient 50 suffrages, M. Pénard 8, M. Lambron 7, M. Mandon 1, M. Berchon 1.

En conséquence, M. Nivet est proclamé élu.

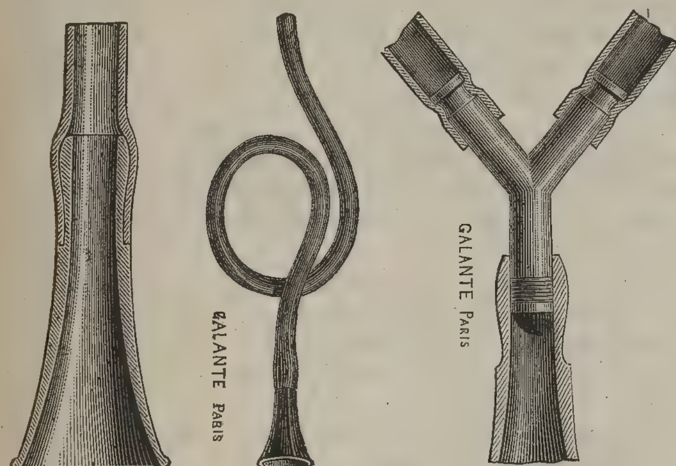
PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. Constantin Paul présente, en son nom, un nouveau modèle de son stéthoscope flexible muni d'une caisse de renforcement.

Depuis dix-neuf ans que j'ai substitué le stéthoscope flexible au stéthoscope rigide, j'ai pu démontrer qu'on ne peut prétendre con-

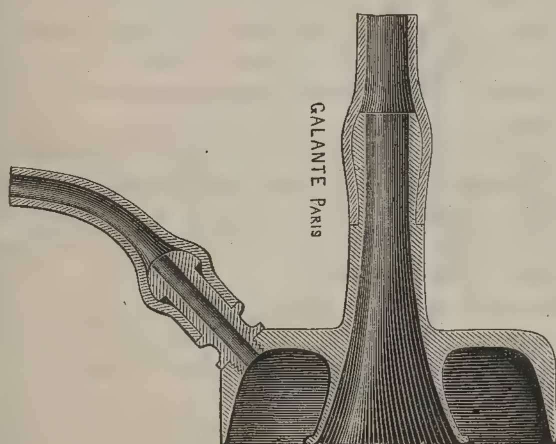
naître un bruit pathologique du cœur ou des vaisseaux que si l'on a déterminé très-exactement la topographie, le moment et le timbre.

Pour obtenir cette précision, il faut pouvoir observer longtemps sans se fatiguer, et déplacer son instrument avec facilité pour suivre



les bruits dans toute leur étendue et dans toutes leurs variations.

Le stéthoscope flexible simple et, mieux encore, le stéthoscope bi-auriculaire, permettent de faire entendre le bruit pathologique à un grand nombre d'observateurs. On part donc de l'identité



d'observation, qui est la condition nécessaire, pour arriver à l'identité d'interprétation.

Cet instrument est donc très-bon ; je viens de lui faire subir un perfectionnement en y ajoutant la ventouse annulaire, que M. le



docteur Roussel (de Genève) a inventée pour son transfuseur.

Mon stéthoscope, ainsi modifié, a des qualités acoustiques remarquables.

En raison de l'adaptation exacte du pavillon sur la peau avec une pression invariable, et, d'autre part, à cause de la ventouse qui fait caisse de renforcement, le bruit qu'on vient écouter prend une intensité et une netteté remarquables.

Si l'on adapte ce nouveau pavillon à un tube métallique à deux branches, pour faire un stéthoscope bi-auriculaire, on arrive à une intensité de son inconnue jusqu'ici dans l'auscultation des bruits cardiaques et vasculaires.

La ventouse permet en outre de fixer automatiquement le stéthoscope au point choisi pour l'auscultation, et les élèves peuvent successivement prendre le tube acoustique sans que l'instrument se déplace. Il permet de faire entendre, non-seulement les bruits des enfants et des adultes, mais encore les bruits du fœtus.

Ainsi donc : qualités acoustiques supérieures et facilité pour la démonstration, telles sont les qualités de ce nouveau stéthoscope construit sur mes indications par M. Galante.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRES

L'Académie procède au vote sur les conclusions.

La parole est aux auteurs des amendements.

M. J. GUÉRIN propose l'amendement suivant :

Tout en protestant de nouveau, et à l'unanimité, de son entière confiance dans la vaccine, l'Académie regrette de ne pouvoir s'associer à la proposition qui lui est soumise, de rendre la vaccine obligatoire :

Premièrement parce que cette mesure lui paraît inutile et peu compatible avec l'esprit de progrès scientifique ;

Secondement parce qu'elle est contraire aux prérogatives de la profession médicale et aux libertés du citoyen.

Animée toutefois du plus vif désir de voir la vaccination et les revaccinations se généraliser de plus en plus, l'Académie émet le vœu que les Chambres et le Gouvernement assurent, par des allocations suffisantes, le développement et le perfectionnement des institutions vaccinales, comme un des principaux moyens de multiplier les applications de cette précieuse méthode et de servir efficacement les intérêts des populations.

L'amendement, appuyé dans son principe par M. Larrey, est mis aux voix et n'est pas adopté.

M. DEPAUL donne la lecture de l'amendement suivant :

Attendu que la vaccination et la revaccination représentent la méthode prophylactique la plus sûre pour prévenir les épidémies de variole et pour les éteindre quand elles se produisent ;

Attendu qu'il s'agit d'une question d'hygiène publique de premier ordre et que, jusqu'à ce jour, le Gouvernement n'est intervenu que par une circulaire ministérielle du 10 juillet 1823 dont l'expérience a montré l'insuffisance, et qui, d'ailleurs, est tombée dans un oubli à peu près complet ;

Attendu qu'il est démontré que, dans les pays où des lois ont été promulguées pour rendre la vaccination obligatoire, leur application s'est heurtée à de telles difficultés qu'on a dû les laisser de côté, et qu'elles n'y existent plus qu'à l'état de lettre morte, puisque l'on a dû renoncer à la sanction qu'elles comportent ;

Attendu que les statistiques sur lesquelles on s'est appuyé pour montrer les avantages de l'obligation laissent beaucoup à désirer, et qu'il en a même été produit qui parlent en sens contraire ;

Considérant que l'obligation de la vaccination et de la revaccination porte une atteinte grave à l'autorité du père de famille en ce qui touche le droit incontestable qu'il a de diriger la santé de ses enfants et aussi la sienne ;

Considérant que la vaccination, malgré les avantages qu'elle offre, n'est pas exempte de tout inconvénient et qu'elle peut être le point de départ d'accidents d'une gravité extrême ;

Considérant que la France est un des pays où la vaccination est le plus universellement acceptée, et que, ce qu'il faut surtout, c'est que les médecins trouvent en tout temps et en tous lieux du vaccin vivant, c'est-à-dire pris sur l'homme ou l'animal au moment de s'en servir ;

Considérant qu'il ne suffit pas que du vaccin ait été inoculé, mais qu'il est de toute nécessité que le médecin suive les résultats de

son opération pour constater, par la forme et la marche des pustules, que la vaccine produite réunit bien un ensemble de caractères qui, seuls, donnent une sécurité complète;

Vu la circulaire ministérielle du 10 juillet 1823,

ARTICLE UNIQUE. — A partir du 1er janvier 1882, la pratique de la vaccination et de la revaccination sera réorganisée sur des bases nouvelles dans toute l'étendue du territoire de la République française.

Un règlement d'administration interviendra pour assurer l'exécution de cette loi.

Cet amendement, mis au voix, n'est pas adopté.

M. HARDY propose l'amendement qui suit :

Pour combattre les effets funestes de la variole, l'Académie pense qu'il n'est pas nécessaire de décréter la vaccine obligatoire, à la condition que le service de la vaccine obtienne les fonds nécessaires à son extension et à son perfectionnement.

L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au vote des conclusions de la commission. Le nombre des votants étant de 67, majorité 34, il y a 46 oui, 19 non et 2 nuls.

En conséquence, les conclusions de la commission sont adoptées.

L'amendement de M. Trélat, que M. le rapporteur déclare accepter, est ensuite mis au voix et adopté comme article additionnel aux conclusions du rapport.

M. LE FORT propose à l'Académie d'émettre le vœu que, comme dans plusieurs pays étrangers, particulièrement en Prusse, en Autriche, en Russie, etc., le gouvernement de la France édicte une loi obligeant à adopter des mesures préventives non moins importantes que la vaccine elle-même, telles que l'isolement réel et efficace des varioleux, l'indication, par écriteau, des maisons où se trouvent des varioleux, etc. M. Le Fort pense qu'il faut que l'Académie profite de l'occasion qui lui est offerte de faire ressortir toute l'importance de ces mesures préventives, en cas d'épidémie, et d'en demander l'application légale.

La proposition de M. Le Fort est appuyée et adoptée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats, inscrits au nombre de dix-huit, au concours qui doit s'ouvrir le jeudi 19 mai 1881 pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, sont, par ordre alphabétique : MM. Bazy, Campenon, Cartaz, Duret, Garnier, Henriet, Jullien, Kirmisson, Laugier, Le Bec, Nélaton, Nepveu, Petit, Prengrueber, Reynier, Schwartz, Paul Segond et Valtat.

— La seconde épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, — épreuve orale, — s'est terminée lundi soir, 2 mai 1881. Ont été admis à subir la troisième épreuve les dix-huit candidats suivants. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Barié, Barth, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Cuffer, Danlos, Gingeot, Hirtz (Edgar), Jean, Lorey, Moizard, Oulmont, Renault, Robin, Roques et Tapret.

— Le concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira cette année : à Paris, le 17 août; à Lille, le 23 août; à Nancy, le 25 août; à Lyon, le 31 août; à Marseille, le 5 septembre; à Montpellier, le 9 septembre; à Toulouse, le 13 septembre; à Bordeaux, le 17 septembre; à Nantes, le 21 septembre, et à Rennes, le 24 septembre.

— La Société d'acclimatation vient d'accorder les récompenses suivantes aux docteurs dont les noms suivent :

1° Une grande médaille d'argent, à M. K. Russ; 2° une médaille de seconde classe, à MM. Jeannet et Lafon; 3° un prix de 500 fr., à M. Émile Moreau.

— M. le médecin-major de première classe Vincent-Genod vient de prendre sa retraite.

— MM. Danion, médecin-major de deuxième classe, et Rascol, médecin aide-major de deuxième classe, ont donné la démission de leur grade.

— L'École vétérinaire de Lyon, qui, à la suite de désordres graves, avait été provisoirement fermée il y a environ six semaines et dont les élèves avaient été licenciés, ainsi que nous l'avons rapporté dans notre numéro du 24 mars dernier, a été rouverte lundi matin 2 mai. Les cours ont été repris sans aucun incident.

— M. le docteur Legroux, agrégé, suppléant M. le professeur Peter, continuera le cours de pathologie médicale le samedi 7 mai 1881, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Depaul reprendra à l'hôpital des Cliniques de la Faculté de médecine, rue d'Assas, n° 89, ses leçons cliniques d'accouchements le mardi 10 mai 1881, à huit heures du matin, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Baillon, professeur de botanique à la Faculté de médecine, fera sa première herborisation le dimanche 8 mai 1881 dans les bois de Clamart. Le départ aura lieu par la gare Montparnasse, à onze heures du matin.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 8 mai 1881, dans la forêt de Saint-Germain-en-Laye. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, pour le train partant à onze heures et demie du matin pour la station du Pecq. Le retour s'effectuera par la gare de Saint-Germain, à quatre heures cinquante-cinq du soir.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, ou, en son absence, M. J. Poisson, aide-naturaliste, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 8 mai 1881, dans les bois du Vésinet et la forêt de Saint-Germain. Le rendez-vous est à la station du Vésinet à l'arrivée du train partant de Paris, gare Saint-Lazare, à neuf heures et demie du matin.

— M. Hébert, professeur de géologie à la Faculté des sciences, fera, le dimanche 8 mai 1881, une excursion géologique à Pont-Sainte-Maxence. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à sept heures trois quarts précises du matin.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, dimanche prochain 8 mai 1881, une excursion géologique publique à Sartrouville, le Val-Notre-Dame et Argenteuil.

Pour prendre part à l'excursion, il suffit de se trouver au rendez-vous : gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à neuf heures quarante-cinq minutes du matin, le train pour Houilles.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 mai, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° constitution médicale du mois d'avril; policlinique; 2° suite de la discussion sur la vaccination et la revaccination obligatoires; 3° sur la réorganisation de l'assistance à domicile; 4° rapport sur le service médical du bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement par M. Commenge.

De l'hémiopie avec hémiplégie ou hémianesthésie, par le docteur GILLE. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la nécessité de former une commission mixte d'ingénieurs et de médecins spécialistes chargée d'élaborer un règlement, pour éliminer les daltoniens et vues défectueuses du personnel des chemins de fer, par le docteur G. MARTIN. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11170.

Étude de Me Kieffer, avoué près le tribunal civil de 1re instance de la Seine, place Saint-Michel, no 3, à Paris.

République française. Au nom du peuple français. — Le tribunal civil de 1re instance du département de la Seine, séant au Palais de Justice, à Paris, a rendu, en l'audience publique de la 3e chambre, le jugement dont la teneur suit : Audience du jeudi vingt-sept janvier mil huit cent quatre-vingt-un. Entre : 1o MM. Charles-Raoul-Philibert-Paul **Mathieu** et Henri-Victor **Mathieu**, fabricants d'instruments de chirurgie, demeurant à Paris, carrefour de l'Odéon, no 16, ci-devant et actuellement boulevard Saint-Germain, no 113, au nom et comme héritiers de M. Mathieu, leur père ; 2o M. **Aubry**, fabricant d'instruments de chirurgie, demeurant à Paris, boulevard Saint-Michel, no 6 ; 3o M. **Capron**, fabricant d'instruments de chirurgie, demeurant à Paris, boulevard Saint-Germain, no 104 ; 4o M. **Collin**, fabricant d'instruments de chirurgie, demeurant à Paris, rue de l'École-de-Médecine, no 6, demandeurs, comparant et concluant par Me Pouillet, avocat, assisté de Me Kieffer, avoué ; et M. Henry **Galante**, fabricant d'instruments de chirurgie, demeurant à Paris, rue de l'École-de-Médecine, no 2, défendeur, comparant et concluant par Me Huard, avocat, assisté de Me Laisney, avoué.

Le tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoieries Pouillet, avocat, assisté de Kieffer, avoué de Mathieu et consorts ; Huard, avocat, assisté de Laisney, avoué de Galante ; en ses conclusions M. le substitut du procureur de la République, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en 1er ressort, joint les demandes, vu la connexité, et statuant sur le tout par un seul jugement, Attendu que Siègle, médecin à Stuttgard, après avoir obtenu en France, le neuf juin mil huit cent soixante-quatre, ensuite d'une demande formée le neuf avril précédent, un brevet d'invention de quinze ans pour des perfectionnements apportés aux appareils d'inhalation, a poursuivi en 1872 comme contrefacteurs : 1o Louis Mathieu, décédé depuis, et représenté dans l'instance actuelle par ses fils Raoul et Henry ; 2o Alfred Aubry ; 3o Eugène Capron ; 4o Pierre Collin ; Attendu qu'un jugement rendu le sept mai de la même année par la 8e chambre du tribunal de police correctionnelle de la Seine, et confirmé par arrêt du trente et un juillet suivant, a condamné chacun des susnommés à cent francs d'amende et cinq cents francs de dommages-intérêts envers le plaignant et ordonné l'insertion du jugement dans deux journaux ; Attendu que les susnommés ont découvert ultérieurement que Siègle avait pris le six avril mil huit cent soixante-quatre, dans le Wurtemberg, un brevet de cinq ans pour la même invention ; qu'ainsi, aux termes de l'art. 29 de la loi du cinq juillet mil huit cent quarante-quatre, le brevet pris en France avait perdu toute existence légale le six avril mil huit cent soixante-neuf ; Attendu, en conséquence, qu'à la date du vingt-cinq mars mil huit cent soixante-dix-sept, Mathieu père et consorts ont assigné Siègle, lequel d'ailleurs a fait défaut, devant le tribunal civil, et qu'un jugement de cette chambre, en date du trente mai même année, a déclaré le brevet français expiré le six avril mil huit cent soixante-neuf, en même temps que le brevet wurtembergeois ; Dit en outre qu'en dissimulant son brevet étranger et en affirmant au-delà de sa durée légale vis-à-vis des fabricants français la validité du brevet pris à Paris, Siègle leur avait causé un préjudice, l'a condamné à payer cinq cents francs de dommages-intérêts à chacun d'eux et a autorisé l'insertion du jugement dans tels journaux qu'il plairait aux demandeurs, aux frais du défendeur, sans qu'il puisse être mis à sa charge de ce fait une somme supérieure à cinq cents francs. Attendu que ledit jugement a été signifié à Siègle le vingt juin mil huit cent soixante-dix-sept, dans les termes de l'art. 69, § 9, du code de procédure civile, et que le deux juillet suivant, Mathieu et consorts, en vertu de ce titre, ont fait pratiquer entre les mains de Henry Galante une saisie-arrêt sur toutes les sommes, deniers ou valeurs qu'il pourrait devoir à Siègle, notamment à raison des appareils d'inhalation construits et vendus pour le compte de ce dernier, opposition dénoncée et contre-dénoncée les onze et treize du même mois. Attendu enfin que le vingt-deux janvier mil huit cent soixante dix-huit, Mathieu et consorts ont fait acheter, au prix de vingt-cinq francs, chez Galante, par Demonchy aîné, huissier à Paris, qui a constaté le fait dans un procès-verbal du vingt-cinq du même mois, un appareil portant sur une plaque de métal adhérente les mots : Breveté, Galante, s. g. d. g., ledit appareil contenu dans une boîte enveloppée d'un papier gris cacheté aux deux extrémités et clos par une étiquette imprimée sur laquelle on lit les indications suivantes : *Inhalation de liquides médicamenteux pulvérisés et d'eaux minérales, pulvérisateur Siègle. Breveté H. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie*, 2, *rue de l'École-de-Médecine, Paris.* Attendu que la même boîte renfermait un prospectus contenant notamment, avec le dessin de l'appareil, la mention ci-après : *Inhalation de liquides pulvérisés. Pulvérisateur Siègle breveté le neuf avril mil huit cent soixante-quatre, sous le no* 62,599, *par H. Galante, etc.* Attendu qu'il convient d'examiner séparément les demandes formées le vingt-cinq mars mil huit cent soixante-dix-huit en raison de ces faits, par Mathieu et consorts. § 1 ; Sur la demande tendant à faire déclarer commun avec Galante le jugement prononcé par défaut contre Siègle le trente mai mil huit cent soixante-dix-sept, sans qu'il soit nécessaire de rechercher si le jugement dont il s'agit a été frappé de la péremption prévue par les art. 156 et 159 du code de procédure civile. Attendu qu'il n'est pas judiciairement établi que Galante ait connu avant la saisie-arrêt pratiquée entre ses mains le deux juillet mil huit cent soixante dix-sept, l'existence ancienne du brevet wurtembergeois daté du six avril mil huit cent soixante-quatre, lequel comportait au six avril mil huit cent soixante-neuf la péremption concomitante du brevet français pris le neuf avril mil huit cent soixante-quatre, ni démontré par conséquent que Galante ait concouru sciemment à la dissimulation du premier brevet qui a motivé contre Siègle les condamnations sus-rappelées. Attendu d'ailleurs que Mathieu et consorts ne sauraient justement reprocher à Galante de ne pas avoir recherché suffisamment et vérifié avant cette époque l'existence et la péremption du brevet allemand, lorsqu'eux-mêmes, plus intéressés encore à cette recherche, se trouvant poursuivis comme contrefacteurs, n'ont pas opéré en temps utile une vérification qui les eût exonérés de poursuites lesquelles, à défaut de ce moyen de défense, semblaient justifiées. Attendu en conséquence que le jugement Siègle du trente mai mil huit cent soixante-dix-sept, basé sur des faits légalement étrangers à Galante, ne saurait être déclaré commun avec celui-ci. § 2. Sur la demande de Mathieu et consorts : 1o de faire intimer la défense à Galante d'annoncer et de vendre sous la qualification de breveté l'inhalateur litigieux ; 2o d'obtenir contre lui, pour l'avoir fait, une condamnation au paiement de mille francs de dommages-intérêts au profit de chacun des quatre demandeurs. Attendu d'une part, que par des conclusions signifiées le six mars mil huit cent soixante-dix-neuf, Galante lui-même a déclaré renoncer à annoncer et vendre désormais comme breveté l'appareil en question. Attendu d'autre part, qu'il a persisté indûment dans cette pratique, du milieu de l'année mil huit cent soixante-dix-sept au commencement de l'année mil huit cent soixante-dix-neuf, qu'il doit de ce chef aux demandeurs des dommages-intérêts que le tribunal a les éléments d'appréciation suffisants pour chiffrer à cinq cents francs au profit de chacun d'eux. Attendu qu'il convient en outre d'ordonner l'insertion du présent jugement dans deux journaux. § 3. Sur la demande de Mathieu et consorts, au remboursement par Galante des sommes payées par eux, en exécution des jugement et arrêt des sept mai et trente-un juillet mil huit cent soixante-douze, et en paiement de mille francs de dommages-intérêts à chacun d'eux pour la qualification de contrefacteurs qui leur a été infligée alors. Attendu, d'une part, que Galante n'a pas coopéré à ces poursuites ; Attendu, d'autre part, y eût-il participé, qu'il s'agit ici d'une sentence définitive et irrévocable, et qu'il ne saurait appartenir à un tribunal saisi après son exécution consommée, de lui faire échec directement ni même indirectement, en détruisant ainsi l'effet d'une sentence correctionnelle qui comporte au civil, quant à l'existence et à la qualification du fait de contrefaçon reconnu en mil huit cent soixante-douze, la pleine autorité de la chose jugée vis-à-vis de tous indistinctement, même de ceux qui n'ont pas été parties au procès. § 4. Sur la demande reconventionnelle de Galante en deux mille francs de dommages-intérêts. Attendu qu'il n'émet en preuve à la charge des demandeurs principaux aucun fait préjudiciable illicite. Par ces motifs, déclare Galante mal fondé dans son action reconventionnelle, l'en déboute. Déclare nuls et de nul effet, et comme périmés en mil huit cent soixante-neuf, les brevets pris par Siègle en mil huit cent soixante-quatre ; fait défense à Galante d'annoncer et vendre à l'avenir comme breveté l'appareil inhalateur dudit Siègle. Réserve à statuer en cas d'infraction à cette prohibition et, pour le préjudice causé, condamne Galante à payer, à titre de dommages-intérêts, cinq cents francs aux frères Mathieu, cinq cents francs à Aubry, cinq cents francs à Capron et cinq cents francs à Collin ; autorise l'insertion du présent jugement dans deux journaux au choix des demandeurs, aux frais du défendeur, sans que le coût total de ces insertions puisse dépasser cinq cents francs ; rejette le surplus des conclusions des demandeurs et condamne Galante aux dépens, y compris les frais du procès-verbal de constat, du vingt-cinq janvier mil huit cent soixante-dix-huit ; ordonne la distraction des dépens au profit de Kieffer, avoué, qui l'a requise aux offres de droit. Signé : Perrot de Chezelles et Morel. Fait et jugé par MM. Perrot de Chezelles, président ; Montsarrat, Labour, Taillefer, juges, en présence de MM. Faulquier, juge suppléant, et Gastambide, substitut, assistés de Morel, greffier. Par le tribunal, signé : E. Delorme.

Pour copie conforme :

Signé : Eug. Kieffer.

N° 53. — SAMEDI 7 MAI 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 7 MAI 1881. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

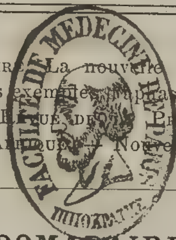
Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La nouvelle clinique d'accouchement.

L'ancien hôpital des cliniques de la Faculté de médecine de Paris a cessé d'exister. Le marteau des démolisseurs va en abattre la dernière pierre pour faire place aux constructions nouvelles, dont on connaît l'utile destination. La disparition de cet établissement, pour la construction duquel on avait consulté beaucoup plus les convenances de l'enseignement que celles de l'hygiène, bien qu'à ce point de vue même il ait peut-être valu un peu mieux que sa réputation, laissera assurément peu de regrets. Mais ce que nous ne pouvons pas oublier, au moment où il vient d'être évacué par ses derniers occupants, c'est l'éclat de l'enseignement qui y a été si largement distribué depuis sa fondation, ce sont les services qui y ont été rendus à la science et à la pratique et dont plusieurs générations de médecins témoigneront longtemps encore par leur reconnaissance. C'est là que Rostan, précédé de la grande réputation qu'il s'était acquise déjà à la Salpêtrière, est venu professer la clinique médicale et imprimer à cet enseignement cette heureuse direction qui s'est généralisée depuis et qui consiste à rendre les élèves partie active dans l'interrogation et l'examen des malades. C'est là que se sont succédé les chirurgiens éminents, Jules Cloquet, Nélaton, Jarjavay, Richet et Broca, et que nombre d'agrégés, devenus la plupart, depuis, des professeurs, ont fait leurs premières armes dans l'enseignement. C'est là, enfin, que fut fondée la première chaire de l'enseignement clinique effectif des accouchements (il n'avait été que nominal jusque-là), porté, du premier coup, si haut par son premier titulaire, Paul Dubois, et si bien continué depuis par M. Depaul, resté seul debout, après les translations successives des cliniques médicale et chirurgicale, dans les pavillons du service obstétrical, qu'il n'a quittés qu'hier pour aller prendre possession du nouvel hôpital spécial bâti sur les anciens terrains retranchés du Luxembourg.

C'est hier, en effet, qu'a eu lieu la séance d'inauguration de cet établissement. M. le doyen Vulpian, en présence de M. Quentin, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, et de plusieurs autres hauts fonctionnaires de cette administration, d'un grand nombre de professeurs et d'agrégés, de ceux notamment qui ont été attachés au service de la clinique, et d'une foule de médecins et d'élèves réunis dans l'amphithéâtre, a fait à M. Depaul la remise de son nouveau service, après une allocution souvent interrompue par les applaudissements de l'assemblée, dans laquelle il a fait l'historique de la nouvelle fondation et rendu à chacun de ceux qui y ont contribué la part d'éloges ou de remerciements qui leur étaient dus. M. Depaul a pris ensuite la parole. Après quelques explications techniques sur le système de construction adopté, après avoir loué l'habileté, l'intelligence et l'abnégation avec lesquelles l'architecte, dans ses devis, a toujours fait céder toute autre considération à l'adaptation de chacune des parties du bâtiment à leur destination et à leur but spécial, il a esquissé en quelques mots l'histoire de la création de la clinique d'accouchement et payé un légitime tribut d'hommage à la mémoire de son maître et prédécesseur, Paul Dubois.

Tous les assistants, dirigés par M. Depaul, sont allés ensuite visiter les galeries et les dépendances de l'hôpital. De cette première visite, nous n'avons pu retirer qu'une première impression générale : c'est que, comme dimension de l'établissement, comme largeur et aération des abords et des corridors qui règnent autour des galeries, comme élévation et cube d'air des salles proportionnellement au nombre de lits qu'elles renferment, comme moyen de chauffage et de ventilation, comme répartition des services en salles d'accouchées, salles de nourrices, salles de malades, un service spécial de gynécologie étant annexé, comme on le sait, au service des accouchements, salles d'isolement ; enfin comme disposition de la salle d'accouchement proprement dite, de l'amphithéâtre des cours, des laboratoires, de la salle d'autopsies et des divers services accessoires, tout est incontestablement mieux, et beaucoup mieux, que dans l'ancienne clinique. Nous avons cependant entendu autour de nous quelques critiques. C'est bien, disait-on, mais cela pourrait être mieux encore. Il y a mieux dans d'autres pays, et dans des villes d'une bien moins grande importance que Paris. Nous ne sommes pas à même d'en juger. Le jugement se fera d'ailleurs à l'user.

Une dernière impression, toutefois, nous est restée, et celle-là trop agréable pour que nous la gardions pour nous seul. Le grand corridor, qui règne tout du long de la façade de l'est du bâtiment et qui communique avec toutes les galeries, a ses grandes et larges fenêtres ouvertes sur l'avenue de l'Observatoire, dont les marronniers, actuellement en fleurs, formaient un si ravissant spectacle à l'œil, que plus

d'une fois notre regard tourné de ce côté nous a peut-être laissé échapper plus d'un détail d'intérieur.

A mardi prochain la réouverture du cours, qui prend désormais le titre de cours de clinique d'accouchement et de gynécologie.

Le goître.

On doit à M. le docteur V. Nivet (de Clermont), que l'Académie a nommé dans sa dernière séance correspondant national, entre autres travaux nombreux qui le recommandaient au choix de ce corps savant, des recherches extrêmement intéressantes sur le goître épidémique, entreprises en 1851, à l'occasion d'une épidémie qui sévissait à cette époque sur une partie de la garnison de Clermont. Ces premières études, qu'il a poursuivies depuis, ont conduit M. Nivet à étudier, à l'aide des documents qu'il a pu recueillir dans la contrée même qu'il habite et de ceux qu'il est allé chercher dans la Maurienne et le pays de Chamounix, ces terres classiques du goître. C'est cette deuxième série d'études qui fait le sujet de l'ouvrage que vient de publier récemment M. Nivet sur le goître (1). Il nous a paru opportun et intéressant à la fois de résumer ici, en quelques mots, les résultats principaux qui en ressortent.

A l'exemple des médecins de la Savoie et du Piémont, M. Nivet a pris pour base de ses recherches les circonscriptions administratives les plus restreintes. Ces recherches lui ont fourni une statistique détaillée qui lui a permis de dresser une carte exacte de la distribution et de la fréquence des goîtres dans tout le département du Puy-de-Dôme. Grâce à cette carte sur laquelle il a marqué par des signes particuliers et distinctifs les bassins principaux de la région, la place des lignes hydrographiques, les rivières principales et les proportions des goîtreux dans les diverses localités, il a pu démontrer que les goîtres sont surtout nombreux dans les villages situés au fond des vallées ou sur les collines qui sont à l'est des monts Dômes et sont exposées à l'action des vents d'ouest qui ont passé sur les cimes les plus élevées de ces montagnes. A ces tableaux statistiques, il a ajouté la composition du sol des différentes communes, de celles qui sont indemnes et de celles où règne l'endémie goîtreuse. Enfin il a joint à ces diverses données de nombreuses analyses d'eaux potables. C'est en s'appuyant sur cet ensemble de documents, se confirmant ou se contrôlant les uns les autres, qu'il a formulé des conclusions qui concordent avec celles qu'a émises M. Baillarger. Ces conclusions, les voici : L'ingestion des sels de chaux, des sels de magnésie, des sulfures métalliques, des matières organiques, et l'action des miasmes paludéens, ne sont pas les causes des engorgements thyroïdiens. L'absence de l'iode dans l'air, les eaux et les aliments, n'entraîne pas nécessairement l'apparition du goître.

Rejettant les opinions qui attribuent cette maladie à un toxique spécial, M. Nivet a cherché si les causes qui provoquent les engorgements aigus des glandes superficielles (parotides, testicules, seins) ne pourraient pas exercer une action semblable sur la glande thyroïde. Des faits nombreux l'ont autorisé à répondre affirmativement.

Ainsi l'étude isolée du goître à marche rapide l'a conduit à reconnaître qu'il peut être occasionné, dans certaines circonstances, par un refroidissement brusque du cou mis à nu pendant qu'il était en sueur, refroidissement produit soit par l'ingestion d'une eau très-froide, par un courant d'air vif ou par un vent glacial descendant des montagnes. Ce sont surtout les personnes affaiblies par un mauvais régime, par l'habitation dans des chambres ou dans des dortoirs mal aérés, par des transpirations nocturnes ou diurnes abondantes et répétées, qui sont plus particulièrement exposées à subir les effets de ces refroidissements.

Chez d'autres personnes, ce sont les déviations des règles ou l'état de grossesse qui déterminent le goître. Des influences hygiéniques diverses font passer l'engorgement aigu du corps thyroïde à l'état chronique.

Le lien intime qui lie l'étude de la pathogénie des maladies du corps thyroïde à celle de l'étiologie a conduit M. Nivet à sortir du cadre qu'il s'était tracé primitivement pour étendre ses recherches à toutes les altérations pathologiques qui portent le nom de goître (goîtres cellulaire, fibreux, fibro-cartilagineux, ossiforme, vasculaire, exophthalmique et kystique), dont il a formé un groupe naturel. C'est, comme on le voit, le système des causes multiples, que beaucoup d'auteurs ont appliqué à la maladie de Basdow, que M. Nivet applique d'une manière plus générale encore à l'ensemble des affections thyroïdiennes.

Bien qu'un peu vague, sans doute, par la multiplicité même de ses éléments communs, cette étiologie vaut mieux et s'approche probablement plus de la vérité que les diverses étiologies plus ou moins hypothétiques et tout au moins trop exclusives qui ont eu cours jusqu'ici dans la science. N'y eût-il, dans les recherches de M. Nivet, que ce résultat d'avoir, par des observations bien faites et multipliées, réduit à leur juste valeur le rôle de certaines causes qui peuvent avoir leur part, mais qui ne sont pas suffisamment efficaces par elles-mêmes, et élargi du même coup le champ d'étude et d'observation, ce serait déjà un mérite dont on doit lui savoir gré. Mais il y a dans cet ouvrage beaucoup d'autres considérations et appréciations pratiques soit sur la prophylaxie, soit sur le traitement des diverses espèces et variétés de goître, dont l'analyse nous conduirait beaucoup trop loin aujourd'hui, et qui pourront, à l'occasion, nous fournir de nouveaux textes d'étude.

(1) *Traité du goître*, par M. le docteur V. Nivet. 1 vol. gr. in-8°. — Paris.

Plusieurs exemples d'aphasie spasmodique ou fonctionnelle transitoire.

Nous recevons de l'un de nos correspondants, M. le docteur Lautré, de Saverdun (Ariège), la communication du fait suivant qui, malgré sa concision, ne nous a pas moins paru de nature à pouvoir intéresser nos lecteurs :

« Le 4 février, dit notre confrère, je suis appelé auprès de Marie C..., âgée de trois ans et demi ; cette enfant, qui parlait bien, ne peut plus articuler à peu près aucune syllabe. Aidé de sa mère, je fais tous mes efforts pour lui faire prononcer divers mots ; toute tentative échoue, malgré la bonne volonté de l'enfant. Ainsi pour dire : Rentrons à la maison, elle arrive après des efforts considérables à prononcer r... r... râ... râ...; elle ne peut aller plus loin ; elle devient rouge, fait des gestes qui dénotent une vive impatience.

« Pas de strabisme, pas de paralysie, les mouvements de la langue ont conservé leur intégrité. Je ne trouve rien de particulier à l'examen ophthalmoscopique.

« Cette aphonie date de quatre jours. Cette enfant s'amusait, criait, chantait avec des camarades qui crièrent subitement : Vive la République ! chacune s'efforçant de dominer les voix de ses compagnes. La jeune Marie C... voulut à son

tour crier plus haut, elle ne put articuler, se mit à pleurer, et à dater de ce moment elle ne put plus articuler aucune syllabe.

« Il a été prescrit à cette enfant, pour tout médicament, du bromure de potassium.

« Cinq jours après, l'enfant se portait bien, et parlait avec vivacité et intelligence comme par le passé. »

Au moment même où nous venions de recevoir cette petite note, on nous remettait la première livraison d'une nouvelle publication, *l'Encéphale, journal des maladies mentales et nerveuses*, sous la direction de MM. Ball et Luys, — à laquelle, par parenthèse, nous souhaitons la bienvenue, — et où nous trouvons un article très-intéressant de M. le professeur Ball intitulé : « Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle », qui va nous donner l'occasion d'un rapprochement capable de jeter peut-être quelque lumière sur ce fait.

Il s'agit, dans cet article de M. Ball, de certains faits de mutisme brusquement survenu et quelquefois brusquement dissipé, qui avaient déjà fixé précédemment son attention et à l'occasion desquels il s'était demandé si un trouble soudain et profond de la circulation cérébrale, limité aux régions qui président aux mouvements combinés constituant la partie matérielle de l'acte de la parole, ne serait point la cause de ce singulier phénomène. Ce qui le portait surtout à penser ainsi, c'était que les faits en question n'avaient aucun rapport avec l'aphasie, les facultés intellectuelles qui président au langage étant parfaitement intactes.

Dans le premier de ces faits, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, bien portant, qui, à la suite d'une vive discussion où il était entré dans une violente colère, avait perdu subitement la parole. Il ne présentait d'ailleurs aucun autre phénomène morbide, aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité; il n'éprouvait aucune difficulté à traduire ses pensées par l'écriture; sa langue avait conservé sa mobilité; elle était molle et souple au repos; seulement, lorsqu'il voulait essayer de parler, une sorte de convulsion s'emparait des muscles linguaux, et il poussait un grognement sourd et rude qui semblait indiquer une contraction spasmodique du pharynx. Au bout de quelques jours, sans l'intervention d'aucune médication, la parole était revenue aussi brusquement qu'elle avait disparu.

Depuis cette époque, M. Ball a rencontré des cas analogues qui l'ont convaincu que le mutisme, sans glossoplégie et avec une sorte de contraction spasmodique des muscles de la langue, est loin d'être un phénomène exceptionnel.

Dans un des cas qu'il rapporte, toutefois, le phénomène, loin de se dissiper aussi rapidement qu'il s'était produit comme dans le fait précédent, est resté persistant.

A côté de ces faits d'une perte de la parole survenue brusquement, sans autre complication soit physique, soit intellectuelle, il a été donné à M. Ball d'en observer d'autres beaucoup plus complets, dans lesquels le mutisme se combinait avec des troubles de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence. Tel est, entre autres, le fait d'un individu entré sous la rubrique « inconnu » à la clinique de Sainte-Anne et dont toutes les fonctions de relation étaient totalement abolies. Sous l'influence d'un retour graduel de l'activité cérébro-spinale, on a vu successivement renaître la faculté de penser, celle de s'exprimer, de se mouvoir; la sensibilité, l'une des fonctions générales les plus profondément atteintes, a été aussi l'une des dernières à se rétablir; le trouble fonctionnel le plus persistant a été la glossoplégie; le malade conserva assez longtemps, même après la cessation de l'anesthésie, un certain degré d'embarras de la parole. Mais ce dernier vestige de ce grand orage finit par disparaître à son tour, et cet homme, qui semblait, lors de son entrée, réduit à la vie purement végétative et n'avoir qu'un seul pas à franchir pour arriver à la mort, a récupéré en peu de temps, graduellement et avec une régularité parfaite, l'état normal complet. Lorsqu'il a quitté le service, après trois mois de séjour, il ne lui restait plus la moindre trace des accidents si graves qu'il avait subis.

M. Ball, vu l'impossibilité d'admettre dans ces cas-là une lésion organique de l'encéphale, au sens où l'on entend ordinairement ce mot, a pensé que ces faits ne pouvaient s'expliquer que par l'intervention d'un trouble passager et plus ou moins profond de la circulation cérébrale, une ischémie spasmodique, spontanée ou provoquée.

Cette manière de voir lui a paru corroborée encore par deux nouvelles observations récemment recueillies dans son service de l'hôpital Laënnec.

Le sujet de l'une de ces observations est un jeune homme de vingt-six ans, qui, à la suite d'un violent accès de colère, rentrant chez lui plein d'émotion, est tout surpris de constater qu'il ne peut plus parler et qu'il n'entend plus. Il n'a point perdu connaissance, il écrit le nom et l'adresse du médecin qu'il désire consulter. On lui prescrit un purgatif. Le lendemain la parole lui est subitement rendue. Mais il reste sourd et anesthésique du côté gauche. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital Laënnec. On constate une hémianesthésie gauche complète de la peau et des muqueuses. Quant à la surdité, elle était complète des deux côtés. Après plusieurs séances de galvanisation, l'hémianesthésie et la surdité disparurent.

Un an après, le malade se présenta de nouveau à l'hôpital, offrant exactement les mêmes phénomènes, survenus cette fois sans cause connue. Un traitement par l'électricité statique amena, mais plus lentement que la première fois, la guérison.

Enfin nouvelle atteinte une troisième fois, deux mois après la seconde, à la suite d'une violente émotion. Le même traitement fit également dissiper les accidents.

Le sujet de la deuxième observation est un homme de trente-trois ans, cocher, qui, après avoir subi à plusieurs reprises l'action d'un froid extrêmement intense, pendant la période la plus rigoureuse de l'hiver dernier, est amené à l'hôpital dans un état cérébral étrange : expression d'étonnement stupide, œil atone, muscles de la face immobiles; le malade garde un silence absolu; il est incapable de boire, de manger, de satisfaire aux besoins naturels sans le secours de quelqu'un; il ne répond aux questions qu'on lui adresse qu'en en répétant les dernières paroles, mais sans paraître en comprendre le sens. En même temps que ces symptômes psychiques, il y a une hémiplégie droite et une anesthésie presque complète du bras droit.

Au bout d'une quinzaine de jours environ, il donnait des signes manifestes de retour de l'intelligence, bien que le mutisme persistât encore. Après un mois, il commença à pouvoir s'exprimer, mais en termes encore peu intelligibles. Enfin, au commencement du deuxième mois, il put quitter le service dans un état presque normal, mais non sans avoir été obligé de réapprendre en quelque sorte à lire, à écrire et à calculer.

On peut voir encore dans ces deux faits des exemples de

grandes perturbations transitoires des fonctions cérébrales et en particulier de la fonction du langage, coïncidant dans les deux cas avec une hémiplégie droite, perturbations qu'on ne saurait, dans aucun de ces cas, pas plus que dans les cas précédents, rapporter à une lésion anatomique, et que M. Ball incline à considérer comme les effets d'une ischémie spasmodique fonctionnelle ou d'une sorte de crampe passagère des capillaires cérébraux.

C'est à cette même catégorie de faits que nous paraît devoir être également rattaché celui que nous a communiqué notre confrère, M. le docteur Lautré. Il est important que les faits de ce genre soient connus, parce qu'ils montrent, à côté des aphasies vraies, signes de lésions plus ou moins irrémédiables et, dans tous les cas, graves, des aphasies passagères dues à un ébranlement des facultés cérébrales plutôt qu'à une lésion, et qui atténuent, par conséquent, considérablement le pronostic, en même temps qu'elles ne réclament que des moyens beaucoup plus simples de traitement ou guérissent même sans le secours d'aucun moyen, comme on a pu le voir par quelques-uns des cas que nous venons de rapporter.

REVUE DE LA PRESSE

Deux nouvelles opérations de résection de l'estomac. — Dans le numéro du 2 avril de cette année de la *Gazette des Hôpitaux* nous rapportions une opération de résection de l'estomac pratiquée avec succès par M. le docteur Billroth, chez une femme de quarante-trois ans ayant un carcinome de cet organe. Aujourd'hui nous résumons un second cas de résection du pylore tenté par le même chirurgien, qui a, cette fois, malheureusement abouti à un insuccès.

Il s'agit dans cette seconde opération d'une femme âgée de trente-neuf ans, atteinte d'un cancer du pylore. L'organe avait été perforé par le néoplasme et l'estomac était adhérent par sa face antérieure à la paroi abdominale, ce qui ajouta aux difficultés de la résection. L'opération dura, en tout, deux heures et demie. Le lambeau extirpé mesurait 10 centimètres de long et 6 centimètres de large; 58 points de suture maintenaient en contact le duodénum et la portion restante de l'estomac. Dans les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, on n'eut à constater ni signes de péritonite ni réaction fébrile. Mais des vomissements incoercibles survinrent et rendirent vaines toutes les tentatives que l'on fit d'alimenter la malade. Tout ce qu'on lui faisait prendre était rejeté trois ou quatre heures plus tard, mélangé de suc gastrique très-acide et de bile.

Ces vomissements, attribués à l'imperméabilité du pylore et en partie aussi à la gêne apportée aux mouvements péristaltiques de l'estomac par des adhérences cicatricielles, décidèrent M. Billroth à inciser une nouvelle fois la paroi abdominale dans l'espoir de vaincre l'obstacle à la progression des aliments. Cette nouvelle opération eut lieu six jours après la première. La malade succomba trente heures plus tard à l'inanition, car on ne trouva à l'autopsie ni péritonite généralisée ni aucune autre complication capable d'expliquer le dénouement fatal.

Enfin nous devons citer un autre fait antérieur aux deux qui appartiennent au chirurgien Billroth, c'est-à-dire celui de Rydygier et dans lequel l'issue a été tout aussi malheureuse que dans celui que nous venons de rapporter.

C'était chez un vieillard de près de soixante-dix ans, porteur également d'une tumeur stomacale laquelle avait donné lieu dans les dernières semaines à des vomissements nocturnes quotidiens qui duraient jusqu'à évacuation complète de l'estomac, bien que cet homme ne se nourrît plus que de soupes. Aussi sa faiblesse était telle qu'elle faisait redouter une mort prochaine.

C'est dans ces conditions que l'opération fut pratiquée le 16 novembre dernier. — Dans un premier temps la paroi abdominale fut incisée couche par couche, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic, et les lèvres de la plaie péritonéale furent suturées avec du catgut aux lèvres de la plaie tégumentaire. — Dans un second temps la tumeur qui occupait également le pylore fut attirée le plus possible hors de la cavité abdominale. La portion à extirper fut séparée du reste de l'estomac à l'aide d'un compresseur élastique imaginé par l'auteur, après ablation des parties avoisinantes du grand et du petit épiploon. Un autre compresseur élastique fut appliqué sur le duodénum. — Après un lavage minutieux des parties mises à nu, la portion carcinomateuse fut excisée, ce qui occasionna une perte de sang considérable, les fils en catgut glissant le long des vaisseaux ligaturés. — Dans un quatrième temps les lèvres de la plaie duodénale furent réunies à celles de la plaie stomacale, toujours à l'aide de sutures au catgut, au nombre de soixante.— Enfin, dans un cinquième et dernier temps, la plaie tégumentaire fut suturée à son tour et recouverte du pansement de Lister.

L'opération dura en tout quatre heures, et l'on dut, dans cet intervalle, pratiquer à deux reprises une injection sous-cutanée de camphre, le patient étant plongé dans un collapsus profond. Il ne reprit connaissance que trente minutes après l'opération.

Dans le courant de la journée on lui administra trois lavements de peptones. La température interne se maintint entre 35°,8 et 36°,7. La nuit fut agitée, et le malade succomba à quatre heures du matin, après s'être plaint d'une sensation de constriction thoracique.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite, et la mort a paru devoir être attribuée à l'état d'épuisement dans lequel le malade était tombé, ou à la septicémie suraiguë.

Nous terminerons en disant que, si la résection de l'estomac fut proposée pour la première fois il y a soixante-dix ans par un jeune médecin allemand, Karl-Théodore Merrem, dans une thèse inaugurale; si, après être tombée dans l'oubli, l'idée en fut reprise dans ces dernières années par deux autres Allemands, MM. Gussenbauer et Winiwarter, néanmoins cette opération fut tentée pour la première fois, en 1879, par M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. (*Gazette méd. de Paris.*)

Inhalations de nitrite d'amyle comme antidote de l'empoisonnement par le chloral. — Le docteur Sainclair Coghill a rapporté l'histoire d'un empoisonnement très-grave par une forte dose de chloral. Le malade semblait menacé de mort. On lui fit respirer vingt gouttes de nitrite d'amyle, et, en moins d'un quart d'heure, il revint à lui et fut sauvé. Si pareil fait, par de nouvelles observations, se trouvait confirmé, le nitrite d'amyle deviendrait le véritable antidote du chloral. (*Paris médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mai 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Emploi de l'acide phénique en chirurgie. — M. Boinet donne lecture d'un travail intitulé : *L'acide phénique, ses premières applications à la chirurgie.* Dans ce travail, l'auteur fait un historique complet du coaltar en chirurgie. Il cherche à démontrer comment, de produit français connu sous le nom de goudron de houille, le coaltar est devenu un produit anglais ; comment ce qui appartient en réalité à des chirurgiens français est aujourd'hui attribué à des chirurgiens anglais ; comment, enfin, des découvertes d'origine francaise sont considérées comme nous venant de l'étranger. C'est, en effet, en 1785, qu'un ingénieur français, Philippe Lebon, montra que la houille était propre à remplacer le charbon. En 1815, Chaumette reconnaît les propriétés désinfectantes de la houille. En 1846, M. Dumas décrit ses propriétés antisep-

tiques. M. Boinet poursuit ainsi peu à peu l'histoire de l'emploi des produits de la houille en chirurgie et cherche à démontrer que la méthode antiseptique remonte, en France, à 1859. Il s'applique à dépouiller Lister du mérite qui lui est aujourd'hui généralement accordé d'avoir institué le premier la méthode antiseptique, et il exprime le regret de voir des chirurgiens français s'appliquer à propager cette erreur, au détriment de nos pères.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE regrette que M. Boinet n'ait pas lu son livre, sur la méthode antiseptique, avec plus d'attention. Il y aurait vu que jamais Lister n'a eu la prétention de s'être le premier servi de l'acide phénique. On se fait ainsi, dit-il, un patriotisme facile. Il est aisé de voir, à la lecture du travail de M. Boinet, que la chirurgie antiseptique est encore pour lui pleine de mystères. Chacun sait, et je l'ai dit et répété dans mon livre, que l'emploi de la chirurgie antiseptique date depuis bien plus longtemps que l'époque à laquelle M. Lister a fait connaître ses premières observations. Pour ne citer qu'un exemple, M. Larrey, parlant de la trépanation, n'a-t-il pas recommandé de panser avec du goudron les plaies faites avec le trépan? Qui a jamais dit que les pansements antiseptiques dataient de Lister? L'alcool, employé par Nélaton, n'était-il pas aussi un pansement antiseptique? Mais la différence qu'il y a entre Lister et ses devanciers, c'est qu'il a institué toute une théorie basée sur les recherches de M. Pasteur, et dont il a fait la première application en 1867. De là est née toute une méthode chirurgicale antiseptique dont les résultats sont excellents et très-véritablement supérieurs à ceux qu'on avait obtenus jusqu'ici, méthode qui se trouve en parfait accord avec les données de la science moderne sur les microbes et qui a permis de rendre d'immenses services à la chirurgie actuelle. Mais tout cela ne veut pas dire que M. Lister soit l'inventeur de l'acide phénique. Maisonneuve, bien avant lui, l'avait employé à doses élevées. Plusieurs de ses élèves se souviennent encore de la colère dans laquelle il entra, revenant, après plusieurs jours d'absence, dans son service, et apprenant que le directeur avait fait repeindre les murs de ses salles qu'il se félicitait d'avoir, comme il le disait, culottées d'acide phénique.

M. Boinet n'a donc fait qu'enfoncer une porte ouverte, en s'efforçant de démontrer que l'acide phénique avait été employé avant Lister. Jamais ce chirurgien n'a eu la prétention ni de l'avoir découvert, ni de l'avoir le premier appliqué au pansement des plaies. Il n'a jamais eu qu'une prétention, celle d'avoir, par la réunion de plusieurs éléments connus, constitué une méthode que presque tous les chirurgiens ont adoptée aujourd'hui et qui donne incontestablement de meilleurs résultats qu'aucune autre des méthodes employées jusqu'ici. Quant à moi, je ne voudrais pas laisser porter le couteau sur ma propre personne autrement qu'avec l'emploi de la méthode de Lister, et je suis convaincu que la plupart de mes collègues pensent comme moi.

M. VERNEUIL. Nous voyons se produire aujourd'hui pour le pansement de Lister quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu se produire il y a une quinzaine d'années pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. Quand les Américains, Marion Sims et Bowsmann, sont arrivés en France nous montrer qu'ils guérissaient quatre opérés sur cinq, nous en étions encore à nous demander si réellement on pouvait arriver à guérir une fistule vésico-vaginale, et les succès de Jobert lui-même étaient mis en doute. Il en a été tout autrement après l'arrivée, en France, de Marion Sims et Bowsmann. Or il n'est pas difficile de démontrer que dans cette méthode américaine, qui donne de si merveilleux résultats, il n'y avait absolument rien de nouveau. En effet, tous les éléments de cette méthode existaient; tout ce que faisaient les chirurgiens américains avait été fait en France. Leur seul mérite était d'avoir réuni tous ces éléments épars et d'avoir ainsi constitué une méthode qui permettait de guérir les fistules vésico-vaginales.

Or il en est de même aujourd'hui pour le pansement de Lister. Sans doute, l'acide phénique existait avant lui; le drainage de Chassaignac, la réunion immédiate, l'occlusion, tout cela existait avant lui, ce qui n'empêchait pas que, tout en nous servant de chacun de ces moyens, nous sauvions un amputé sur quatre dans nos hôpitaux; tandis qu'aujourd'hui, après que Lister, constituant une méthode formée de tous ces éléments réunis, nous a donné le pansement qui porte son nom, l'infection purulente est devenue une exception extrêmement rare dans nos services. La réforme chirurgicale était dans l'air; Lister a profité des recherches de Pasteur, de Tyndall. Maisonneuve n'avait-il pas exprimé aussi une grande vérité en disant: « Si le poison naît dans la plaie, tuons-le dans la plaie »? La question était donc la même, et il est bien difficile d'affirmer que tel ou tel a tout fait. Qui a vu M. Lister sait que c'est un homme modeste, simple, sans prétentions exagérées; un savant galant homme dans toute la force du terme. Il n'a que la prétention d'avoir imaginé un excellent procédé dérivant d'une méthode générale. Laissons donc de côté les questions de personnes. Il y a une vingtaine d'années qu'une théorie nouvelle a germé en chirurgie; cette théorie est arrivée aujourd'hui à maturité avec les merveilleux pansements d'Alphonse Guérin et de Lister. Plaisons-nous à constater qu'il y a vingt ans nous perdions les deux tiers de nos amputés d'infection purulente, et qu'aujourd'hui cette terrible complication est devenue extrêmement rare, même dans nos services hospitaliers.

M. LABBÉ, tout en reconnaissant la justesse de la comparaison faite par M. Verneuil entre l'histoire de l'opération de la fistule vésico-vaginale et celle des pansements antiseptiques, rappelle que son maître, Jobert, avait obtenu de grands et nombreux succès, même avant l'introduction en France de la méthode américaine. On a mieux fait après lui, mais Jobert avait déjà fait faire un grand pas à la question. Il appartient à un de ses anciens élèves, qui a conservé pour ce maître une grande vénération, de lui rendre justice.

M. MONOD, au nom des jeunes chirurgiens du Bureau central, dit que presque tous aujourd'hui se sont ralliés, à la suite de M. Lucas-Championnière, à la méthode de Lister. Quant à lui, depuis cinq ans qu'il est dans les hôpitaux, il n'a perdu qu'un seul malade d'infection purulente dans un des cas extrêmement rares où il n'a pas eu recours à la méthode de Lister.

M. DESPRÈS ne veut pas abandonner M. Boinet et le laisser seul en face des partisans de la méthode de Lister. Il proteste contre ce qu'a dit M. Verneuil. Il rappelle que Nélaton avait d'aussi beaux succès avec l'alcool que Lister avec l'acide phénique. Quant à lui, il emploie la méthode des anciens chirurgiens, et ses résultats ne sont pas moins satisfaisants que ceux de ses collègues. Arrivé à la Charité, M. Desprès a balayé le pansement de Lister et il n'a pas eu encore à enregistrer un seul décès opératoire. Le pansement de Lister n'a appris qu'une seule chose, à mieux panser et à mieux soigner les opérés. Il faut se garder des apothéoses, et, comme dit le fabuliste:

> Chacun tourne en réalités
> Autant qu'il peut ses propres songes;
> L'homme est de glace aux vérités,
> Il est de feu pour les mensonges.

M. BERGER. Si M. Desprès a obtenu d'aussi bons résultats à la Charité, c'est parce que ses salles étaient depuis longtemps énergiquement phéniquées.

M. DESPRÈS trouve très-spirituelle l'observation de M. Berger, mais il ne saurait la prendre au sérieux.

M. FARABEUF. Il a fallu dix ans pour que la chirurgie devienne listérienne, comme il a fallu dix ans pour que la France devienne républicaine: tout le monde aujourd'hui est républicain, comme tout chirurgien est ou devient listérien.

M. BOINET n'a pas trouvé dans le livre de M. Lucas-Championnière ce qu'il aurait voulu y trouver. Ce livre, en effet, laisse de côté toutes les idées anciennes. Du temps de Broussais, on pansait les opérés tous les jours, puis sont arrivés les pansements rares, puis l'alcool, puis l'iode, l'iodoforme, le chloroforme, et enfin l'acide phénique qui a remplacé tous les autres antiseptiques. Depuis ce temps, on ne parle plus que de lui et de Lister dans tous les congrès. M. Lucas n'a pas assez dit que la méthode antiseptique a précédé l'introduction de l'acide phénique dans la chirurgie. M. Lister a étendu, généralisé la méthode, mais il n'en a

pas eu la première idée. La question, d'ailleurs, n'est pas encore entièrement résolue. Il y a, en effet, toute la question des vibrions qui reste encore à résoudre. On a moins d'accidents aujourd'hui parce qu'on soigne mieux les opérés. Pour l'ovariotomie, par exemple, on s'applique à bien faire la toilette du péritoine. Je ne me sers pas d'acide phénique pour cela. Je m'en suis servi une seule fois, et la malade est morte de péritonite. On fait valoir, à l'appui des bons résultats du pansement de Lister, les succès obtenus en Angleterre dans l'ovariotomie. Mais il faut savoir comment sont faites les statistiques; quand il s'agit d'un cas compliqué, avec des adhérences généralisées à la paroi antérieure, par exemple, les chirurgiens anglais referment le ventre sans achever l'opération, et ces cas ne comptent plus dès lors dans leurs statistiques.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste avec énergie contre cette assertion.

M. BOINET ajoute que l'acide phénique n'est pas sans danger. Il y a eu des malades intoxiqués par l'acide phénique. Il faut donc n'en user qu'avec de grandes précautions.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Tout ce qu'a dit M. Boinet des pansements antiseptiques se trouve dans mon livre. Il ne faut pas laisser dire que les chirurgiens anglais ne comptent que les succès dans leurs statistiques. M. Boinet n'a pas la moindre idée de ce qui se passe à l'étranger, et les assertions qu'il vient d'émettre, si nous les laissions passer sans protester, ne pourraient que nous rendre ridicules aux yeux de l'étranger.

On sait bien que l'acide phénique n'est pas sans inconvénient et demande à être manié avec quelques précautions. M. Boinet ne nous apprend rien de nouveau en nous disant cela.

Grenouillette sublinguale lipomateuse. — M. MONOD présente une grenouillette sublinguale lipomateuse qu'il a récemment extraite avec la plus grande facilité. Ces cas sont très-rares. C'est seulement le cinquième exemple connu dans la science.

Des moignons d'amputation. — M. DESPRÈS présente une femme à laquelle il a pratiqué l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire, il y a dix ans. Le moignon ne laisse rien à désirer.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La chirurgie journalière (1), par le docteur Armand DESPRÈS, chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Le docteur A. Desprès vient de compléter un livre paru il y a deux ans, et dont le succès a encouragé les éditeurs à publier une seconde édition.

Déjà dans sa première édition ce livre nous avait offert des leçons importantes sur les *hématomes*, c'est-à-dire les épanchements de sang d'origine traumatique. L'auteur, se fondant sur leur cours naturel, se prononçait contre toute opération. La lymphorrhagie consécutive aux angioleucites et aux adénites suppurées est un sujet absolument nouveau. Les hernies communes, pour lesquelles les purgatifs et le taxis forcé sont rigoureusement condamnés, preuves en mains, forment quatre leçons substantielles où l'auteur parle de ce qu'il a bien vu. Nos lecteurs, qui ont lu les statistiques de M. Desprès, à l'hôpital Cochin, connaissent l'opinion de l'auteur sur ce sujet. Les rétrécissements de l'urèthre, la métrite interne, étudiés au point de vue chirurgical classique, forment trois leçons importantes. Les leçons sur les plaies et les fractures communes, avec leur pansement ou leur appareil approprié sans esprit de système, ont déjà été appréciées par le public. Plusieurs leçons sur les maladies occasionnées par la marche et la station debout, les ulcères de cicatrices et une leçon sur la révulsion en chirurgie n'étaient pas les moindres nouveautés de la première édition.

(1) Un vol. gr. in-8°. Prix : 10 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Dans la seconde édition, M. Desprès a ajouté des leçons sur les hémorrhoïdes où se trouve ce point tout à fait neuf, que les hémorrhoïdes fluentes, étant liées à des ulcérations du rectum, l'idéal du traitement est de constiper les malades méthodiquement pour permettre la cicatrisation des ulcères que la défécation entretient. On lit aussi avec intérêt une leçon sur la trachéotomie, dans laquelle le procédé classique de Dupuytren, Bretonneau et Trousseau, est exposé et où il est montré que les procédés modernes de trachéotomie sont des procédés anciens qui ont été rejetés.

Les pustules malignes observées à l'hôpital Cochin ont été l'objet d'une leçon où domine le côté pratique.

Enfin une leçon sur l'orchite chronique, sujet si peu étudié ou plutôt si difficilement étudié par les histologistes, a été traité à fond par M. Desprès avec observations cliniques bien prises et suivies assez longtemps pour éviter les chances d'erreur. Après la lecture de cette leçon, on peut dire que, cliniquement, il existe une orchite chronique.

Telles sont, en résumé, les leçons que vient de réunir M. Desprès et qu'on ne saurait trop recommander aux méditations des jeunes chirurgiens.

Traité d'anatomie générale (1), par M. le docteur CADIAT.

M. le docteur Cadiat est directeur-adjoint au laboratoire d'histologie ; c'est dire qu'il était tout préparé par des études spéciales à nous donner un bon livre sur l'anatomie générale. Nous allons voir quel but se proposait l'auteur, et nous dirons ensuite l'impression que nous laisse ce livre.

L'auteur présente d'abord les définitions et les divisions de l'anatomie générale ; il expose les propriétés de la matière organisée, étudie la cellule, et, après avoir donné des notions préliminaires d'embryogénie pour servir à l'histoire du développement des systèmes anatomiques, il aborde l'étude des éléments anatomiques.

Toutes ces études forment la première partie de l'anatomie générale ; les systèmes anatomiques vont être étudiés dans la seconde partie : systèmes épithélial, lamineux ou conjonctif, tendineux, fibreux, de la corde dorsale, élastique, cartilagineux, passent tour à tour sous nos yeux. Puis viennent les systèmes de la moelle des os, osseux, des séreuses, artériel, veineux, capillaire et lymphatique.

Le second volume est consacré à l'étude des systèmes nerveux et glandulaire, à celle des systèmes des membranes muqueuses, du rein et du corps de Wolf, enfin à celle des systèmes testiculaire et ovarien. L'œil et l'oreille interne sont enfin présentés à notre étude, et l'auteur termine son œuvre par un appendice consacré à des considérations relatives au classement des produits pathologiques, déduites des études anatomiques antécédentes. Il retrace l'importance, en pathologie, de la lésion élémentaire, et présente un essai sur une classification méthodique des tumeurs.

L'auteur renvoie, pour l'étude des liquides de l'organisme, aux « Leçons sur les humeurs », publiées en 1871 par M. Ch. Robin. Le nom de ce professeur arrive à point sous notre plume pour dire l'esprit dans lequel a été écrit le *Traité d'anatomie générale* de M. Cadiat.

Le fondateur de l'anatomie générale est Bichat. Il est une de nos gloires les plus pures. Les divisions de Bichat, au point de vue médical, ont une importance majeure. M. Cadiat a raison de nous le rappeler, car ces divisions, qui forment la base même de l'anatomie générale, ont été complètement délaissées par les auteurs d'anatomie et par les médecins. On leur a préféré des *subtilités* histologiques. Le mot est de M. Cadiat. Il est juste. Et nous sommes entièrement encore avec lui quand il rend justice au professeur Ch. Robin. L'heure de la justice est-elle prête à sonner pour l'éminent continuateur de Bichat ? Nous le pensons, et l'œuvre de

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 28 francs. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

M. Cadiat n'y aura pas été étrangère. Son livre, que tous nos élèves doivent lire avec soin, aura eu ce bonheur singulier d'être à la fois une œuvre classique et un acte d'équité pour le maître qui, sans jamais se plaindre, s'est vu laissé dans l'ombre par ses propres élèves, au profit de la science allemande.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 19 octobre dernier, avait émis le vœu que le Gouvernement présentât une loi autorisant l'incinération des cadavres et permît, en attendant, de soumettre à la crémation les débris humains provenant des divers amphithéâtres. M. le Ministre de l'intérieur vient d'opposer son refus à cette demande, dans la lettre suivante adressée au Préfet de la Seine :

« Par votre lettre du 24 décembre dernier, vous m'avez transmis la délibération du Conseil municipal de Paris, en date du 19 octobre, par laquelle cette assemblée maintient le vœu tendant à ce que le Gouvernement présente à bref délai un projet de loi pour la crémation des corps, et subsidiairement autorise, dès à présent, des expériences d'incinération sur les corps ayant servi de sujets de dissection.

« Vous appuyez, Monsieur le Préfet, les conclusions du Conseil.

« Après examen, le Gouvernement pense qu'il n'est pas possible de prendre ce vœu en considération.

« En ce qui touche les expériences demandées, j'estime que si une loi est nécessaire, et vous ne le contestez pas, pour abroger le décret de l'an XII et autoriser la crémation des corps, l'interdiction doit s'appliquer aussi bien aux cadavres inhumés dans les conditions ordinaires qu'à ceux qui, dans un intérêt scientifique, ont été livrés aux études anatomiques.

« Des essais de cette nature pourraient, dans une certaine mesure, augmenter la répulsion qu'inspire à certains malades le séjour de l'hôpital, et les blesser dans des sentiments qu'il importe de respecter, à moins qu'un intérêt supérieur n'oblige à n'en pas tenir compte.

« Le Gouvernement ne croit pas non plus qu'il y ait lieu de prendre en ce moment l'initiative d'un projet de loi sur la matière.

« Il suit, avec l'intérêt que comporte la gravité du sujet, les essais tentés à l'étranger pour faire entrer la crémation dans les mœurs. Quand des résultats appréciables auront été obtenus, quand il sera démontré que les populations se disposent à adopter ce mode de sépulture, il y aura lieu d'en étudier l'application en France.

« Mais la question soulevée par le Conseil municipal de Paris n'a paru au Gouvernement ni assez étudiée par la science ni réclamée avec assez d'insistance par l'opinion pour qu'il prît la responsabilité de la soulever devant le Parlement.

« J'estime, en conséquence, qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la délibération du 19 octobre 1880. »

— M. le docteur Chevallereau vient d'être nommé médecin oculiste à la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 6 mai 1881, à trois heures précises, au palais de Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Communication de la commission permanente; rapport de M. de Villiers, sur un cas d'infanticide. — II. Étude médico-psychologique sur une affaire de vol, par M. le docteur Gauché (de Bayonne). — III. Communication de M. Motet, sur le magnétisme, envisagé au point de vue médico-légal.

— M. le docteur Jalaguier, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration de médecine opératoire (cinquième cours) sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques de la Faculté, le lundi 9 mai 1881, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique (ancien collège Rollin).

— M. le docteur Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 10 mai 1881, à neuf heures du matin, et les continuera les vendredis et les mardis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11170.

Nº 54. — MARDI 10 MAI 1881. 54e ANNÉE. MARDI 10 MAI 1881. — Nº 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. I. Des érysipèles traumatiques. — II. Ulcère de la jambe. — III. Fracture du rocher. — Hospice de la Salpêtrière. Leçons sur les hallucinations et les illusions. — Empoisonnement par les feuilles de colchique d'automne. — Société de Biologie. — Instruments et Appareils. — Variétés. Documents pour servir à l'histoire de la médecine et de la chirurgie. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Des érysipèles traumatiques. — II. Ulcère de la jambe. III. Fracture du rocher.

I. On a cru que les antiseptiques étaient des moyens préservateurs et curateurs de l'érysipèle à la suite de plaies; mais le fait n'est pas prouvé. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, grâce à ces agents, les érysipèles sont *peut-être* un peu moins nombreux et un peu moins graves; je dis peut-être, car la statistique ne le démontre pas suffisamment. C'est ainsi que, dans ces dernières années, nous avons eu des chiffres sensiblement les mêmes, de 13 à 18 ou 20, dans les dix mois de l'année scolaire, selon qu'il nous en venait plus ou moins du dehors; mais les chiffres des érysipèles nés dans nos salles n'ont guère varié. Il en est de même de la mortalité, qui reste toujours entre un quart et un tiers et demi.

Donc, depuis quelques années que nous avons employé tour à tour l'acide phénique, l'alcool et l'eau-de-vie camphrée, le chiffre des cas et des décès est resté le même.

En 1880, où, comme traitement curatif, j'ai soigné tous ces érysipèles par l'eau-de-vie camphrée, si les résultats sont meilleurs, ce n'est que grâce à l'interprétation qu'il faut leur donner. En effet, j'ai eu 28 cas dont un quart est venu du dehors, et qui se sont répartis entre 21 hommes et 7 femmes. Mais, sur ces 28 érysipèles, 7 ont succombé, c'est-à-dire toujours dans la proportion de 1 sur 4.

Cependant, si l'on examine les conditions dans lesquelles la mort est survenue, l'on verra que 4 d'entre eux n'ont pas succombé comme d'habitude directement à l'érysipèle et pendant le cours de cette maladie. Leur érysipèle, sous l'influence du traitement par l'alcool camphré, a guéri, et ces individus sont morts plusieurs semaines après dans des circonstances différentes.

Ainsi l'un d'eux a succombé à la suppuration d'un phlegmon diffus consécutif à l'érysipèle, phlegmon sous-aponévrotique et sous-cutané qui a entraîné avec lui des phénomènes d'hecticité. L'érysipèle est bien dans ce cas le point de départ des accidents, mais il n'est pas la cause déterminante de la mort survenue deux ou trois mois après la guérison de l'érysipèle. Un autre malade, hémiplégique, âgé, guérit d'un érysipèle qui s'est déclaré autour d'une plaie de tête, et ne succombe qu'à des accidents d'apoplexie pulmonaire et méningitique. Un troisième malade, une femme, succombe autant à une obstruction intestinale pour laquelle l'entérotomie est pratiquée en vain, qu'à l'érysipèle qui succède à l'opération. Il en est de même d'un quatrième malade qui meurt des suites d'une longue suppuration consécutive à un érysipèle d'origine traumatique.

Sur les 7 malades d'entre les 28 qui ont été atteints d'érysipèle, 3 seulement ont donc succombé directement pendant le cours de cette affection.

De plus, je reste frappé, lorsque la guérison survient, de la rapidité avec laquelle elle se fait sous l'influence du traitement par l'eau-de-vie camphrée, qui diminue aussi les chances de complications. Cependant je n'oserai pas aller jusqu'à dire que ce médicament est un moyen réellement curatif de l'érysipèle. Espérons néanmoins qu'il y a des topiques qui passent dans le torrent circulatoire et modifient l'action des agents septiques qui y ont pénétré.

On a encore conseillé, comme moyen topique, les solutions de tannin à 10 p. 100 appliquées directement sur la plaie, soit pour en modifier la surface, soit pour agir dans le torrent circulatoire en y pénétrant aussi. On a également conseillé contre les vibrions, comme pour les affections charbonneuses, les injections hypodermiques de teinture d'iode ou d'acide phénique. Je les essaye en ce moment chez le malade du nº 3 de la salle des hommes avec la teinture d'iode à 10 p. 100 (une goutte pour dix gouttes).

Vous le voyez, par désespoir des insuccès obtenus jusqu'à ce jour, la tendance s'accentue de jour en jour à trouver le traitement curatif, surtout à cette époque de l'année où l'érysipèle tend à sévir épidémiquement. Les recherches se poursuivent surtout au point de vue d'un agent antiseptique capable de détruire les vibrions.

II. Au nº 43, nous avons un jeune garçon de vingt-deux ans, entré pour un ulcère de jambe, qui est arrondi comme tous ces ulcères, mais qui s'est produit dans des conditions un peu spéciales. D'abord il n'est pas à l'âge de ce genre de lésions, que l'on rencontre bien plus souvent chez les sujets âgés de quarante, cinquante ou soixante ans; il n'est pas variqueux; enfin il s'est bien soigné dernièrement par un long repos pendant un séjour de trois mois à l'Hôtel-Dieu.

Ce garçon est jeune, vigoureux; il n'est pas syphilitique pour son propre compte et ne paraît pas l'avoir été non plus

héréditairement. Il n'est pas scrofuleux, il n'est pas rhumatisant; du reste le rhumatisme n'a aucune influence sur la production de ces ulcères.

Je n'entrevois donc chez lui aucun état général, et je suis forcé de chercher localement la cause de son mal. Cet ulcère a eu d'abord pour origine une plaie sans aucune perte de substance, plaie qu'il n'a pas soignée dans le principe, qui date aujourd'hui de trois ans et qui a été l'occasion de ce que nous voyons aujourd'hui, c'est-à-dire gonflement notable du tibia et hyperostose. De telle sorte que cette tuméfaction osseuse a jusqu'ici empêché la cicatrisation de se faire.

C'est ainsi que l'on voit, chez les jeunes sujets, au-dessous de leur plaie de jambe, une ostéo-périostite se développer et donner lieu à une hyperostose plus ou moins considérable. Par incurie la plaie s'agrandit, l'inflammation se répercute sur les os, jusqu'à ce que la maladie des os se répercute à son tour sur la plaie, et, les deux lésions agissant simultanément l'une sur l'autre, la cicatrisation devient impossible.

Aussi, dans ces cas-là, la curabilité ne peut être obtenue le plus souvent que par l'amputation. Cependant, avant d'en arriver là, nous essayerons encore si le repos et les pansements topiques ne permettront pas la formation de bourgeons charnus suffisants pour arriver à recouvrir la plaie et amener la cicatrisation.

III. Au n° 16 se trouve couché un pauvre homme qui est tombé si malheureusement de 6 mètres de haut sur la tête qu'il y a chez lui perte de connaissance absolue, agitation, cris, émission involontaire des urines et des matières fécales, dus à un mélange de commotion et de contusion cérébrales. Aussi avons-nous tout lieu de craindre quelque méningo-encéphalite mortelle.

Il a perdu beaucoup de sang par l'oreille gauche et la narine du même côté, provenant bien certainement de quelque fracture sérieuse du rocher. Il y a même eu issue par l'oreille d'une notable quantité de matière cérébrale, ce qui nous indique nettement, non pas une simple fissure du rocher, mais bien une véritable fracture avec solution de continuité du rocher et déchirure des méninges. De là pénétration plus que probable de l'air dans la cavité crânienne, ce qui est extrêmement grave. J'ajouterai enfin qu'il a aussi perdu par l'oreille une petite quantité de sérosité méningo-rachidienne.

Le pronostic est donc des plus graves. Le traitement consiste en émissions sanguines, ventouses scarifiées, et à l'intérieur le calomel et des lavements purgatifs.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Leçons sur les hallucinations et les illusions (1).

IX

DES ILLUSIONS SENSORIELLES.

Les illusions en pathologie mentale sont des perceptions fictives, engendrées par le cerveau malade et dérivant de la fausse interprétation d'une impression *externe* ou d'une impression *interne*, irradiée d'un viscère quelconque endolori.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 mars 1881.

Les illusions avec les hallucinations sont des processus congénères qui souvent s'associent, se succèdent en alternant et forment, soit isolément, soit par leurs combinaisons, les éléments primordiaux de toutes les perturbations mentales. On les trouve toujours isolées ou combinées au fond de tous les délires.

Lorsque les illusions existent à l'état d'unité pathologique distincte, elles entraînent à leur suite une série de troubles du côté de la sphère psycho-intellectuelle, qui constituent un état psychopathique distinct que l'on a très-nettement isolé sous la dénomination de *manie raisonnante*.

Tous les plexus sensoriels sont également aptes à donner naissance à des illusions. — Quand ce sont les impressions visuelles, les malades croient voir les choses ambiantes autrement qu'elles ne sont; ils perçoivent l'impression, mais l'interprètent d'une façon vicieuse.

Mme X... refuse avec animation une paire de draps immaculés qu'on lui présente pour son usage. Elle les rejette avec dégoût en disant qu'ils sont couverts de taches.

Mme B... voit dans les personnes qui passent devant elles des membres de sa famille; elle affirme qu'elle les a reconnus et souffre de leur abandon.

M. X... refuse de marcher; il sent, dit-il, qu'il serait obligé de se mettre à courir parce que ses jambes sont transformées, parce que ses pieds sont devenus des sabots de cheval.

M. R... ne veut plus sortir de sa chambre parce que, dit-il, il est devenu ridicule et qu'en se regardant dans un miroir il a vu que sa figure était devenue asymétrique et que son nez était de travers.

Mlle H... refuse de parler dans la crainte de se compromettre, attendu qu'elle croit que le cercle de dames et de jeunes fille qui l'environne est constitué par des hommes déguisés.

Quand ce sont les régions auditives qui sont en jeu, les malades trouvent dans les paroles qu'on leur adresse des mots blessants. — Ils interprètent à faux certains termes de la conversation courante auxquels, suivant la nature de leur esprit, ils croient reconnaître des allusions provoquantes, alors qu'on prononce devant eux les paroles les plus correctes et les plus simples.

M. X..., entendant le chant du merle, croyait entendre une voix qui disait : « Tu es ivre ».

M. I... était à table, lorsqu'il entend certain bruit d'assiettes qui se heurtent, s'impatiente soudain et s'exclame qu'on lui dit aux oreilles ces mots : « Tu pues (1). »

Du reste, dans les conditions habituelles de la vie, sans entrer à fond dans le domaine de la pathologie mentale, il n'est personne qui n'ait remarqué combien chez les individus en état d'ivresse les illusions sont fréquentes.

Les illusions chez les alcoolisés constituent une sorte de folie transitoire qui les transporte dans un monde imaginaire. — Ils voient les choses autrement qu'elles ne sont, soit en bien, soit en mal; ils prennent les gens les uns pour les autres; ils les interpellent, ne reconnaissent plus leur route, et, lorsqu'on les suit, on voit combien ils interprètent d'une façon vicieuse les instructions qu'on leur donne et combien souvent ils adressent la parole à des objets inanimés.

Les illusions de la sensibilité générale donnent pareillement lieu à des interprétations erronées. — Une dame atteinte d'une névralgie dentaire attribue ses douleurs à des

(1) Baillarger, *Des illusions des sens chez les aliénés. Ann. médico-psychol.*, t. II, p. 288.

influences électriques qu'on lui envoie à distance. Une autre, sur la tête de laquelle on place une éponge imbibée d'eau froide, se plaint qu'on lui brûle la tête et qu'on lui occasionne des douleurs intolérables.

Lorsque ce sont des plexus gustatifs et olfactifs qui sont en jeu, les mêmes phénomènes morbides se développent d'une façon parallèle. — Les choses sucrées, par exemple, sont perçues comme des substances amères. Les aliments servis à une série de personnes et acceptés comme agréablement sapides sont perçus par ces malades atteints d'illusions comme contenant des substances fétides, pourries, à odeur urineuse. — Une dame se plaignait à moi que ses aliments avaient un goût d'alun et qu'on mettait de l'alun partout ; étant chez elle, elle avait adressé une plainte au parquet contre un serviteur qu'elle accusait de tentative d'empoisonnement à son égard.

Les illusions qui ont leur origine dans des perturbations de la sensibilité viscérale sont aussi très-variées. Elles ont un retentissement profond sur la sphère psychique et sont d'autant plus graves que, mélangées avec des hallucinations de même provenance, elles deviennent les éléments générateurs de tous les délires de nature hypochondriaque.

Les voies digestives donnent lieu à une série de conceptions des plus étranges. — Ainsi les malades font une étude attentive des enduits de leur langue. Ils la tirent fréquemment de leur bouche pour l'examiner ; ils ont l'attention fixée sur la région épigastrique, et, suivant qu'ils ressentent des douleurs après avoir pris leur repas ou bien qu'ils ont des vomissements, au lieu de la diarrhée, ils en concluent naturellement que tout cela n'est pas naturel et qu'on cherche à les empoisonner. Il en est de même des borborygmes qu'ils interprètent dans le même sens et qu'ils attribuent à l'existence de corps étrangers.

Depuis plus de trente ans un homme, sain d'esprit pour tout autre sujet, que je rencontre fréquemment, croit avoir une tumeur abdominale le long du gros intestin, laquelle gêne ses déjections. Lui seul connaît la place de cette tumeur, et jamais ni moi ni d'autres médecins n'avons rien senti à l'endroit indiqué.

Une malade de mon service, atteinte d'anciennes hémorrhoïdes accompagnées de prurit anal, se figurait qu'elle avait des vers dans l'intestin et que ces vers se répandaient dans tout son corps. — Je me suis assuré à plusieurs reprises par l'examen des déjections qu'elle n'avait jamais rendu aucun ver.

Les voies circulatoires sont aussi susceptibles d'engendrer des illusions avec fausses conceptions à la suite. — Les malades qui en sont l'objet ont des anxiétés cardiaques à propos des moindres émotions ; ils se plaignent d'étouffer la nuit, d'avoir besoin d'air incessamment, ou bien, alors qu'ils sont frais et colorés, ils disent volontiers qu'ils sont anémiques.

Lorsque ce sont les plexus de la sensibilité génitale qui sont en activité morbide, il en résulte une série de conceptions bizarres appropriées à leur nature.

J'ai cité déjà le cas de ce malade, qui, atteint d'une hydrocèle enkystée du cordon, disait qu'il avait un œuf mâle et se croyait, par conséquent, hermaphrodite.

Le nombre des syphilophobes est grand, s'occupant itérativement à examiner la surface de leur gland et à y trouver, alors qu'il n'y a rien, des traces de chancre induré (1).

(1) Roquette.

Chez les femmes, il suffit d'un certain gonflement du ventre, persistant, pour déterminer chez certaines individualités prédisposées les illusions de la grossesse.

Une malade de mon service, qui a succombé à un cancer utérin, était convaincue que toutes les douleurs qu'elle ressentait ne provenaient que d'un tænia qu'elle avait dans l'intestin, et dont elle sentait les mouvements incessants de reptation ; pendant deux ans elle n'a cessé d'accuser ce tænia imaginaire, origine de toutes ses doléances (1).

Mme J..., mère de plusieurs enfants, à un moment donné de ses époques, sentait se développer en elle les douleurs de l'accouchement ; elle croyait qu'elle allait accoucher, et elle exhalait sous forme de vociférations les fausses douleurs des différents temps de la parturition. — Elle disait ressentir le passage de la tête de l'enfant, les différents moments de la délivrance, et, qui plus est, quelques jours après, elle accusait un mouvement fluxionnaire fictif du côté des mamelles qu'elle croyait pleines de lait.

(1) A l'autopsie, l'intestin a été examiné avec grand soin ; nous n'avons trouvé à l'intérieur aucune trace de ver intestinal.

EMPOISONNEMENT

PAR LES FEUILLES DE COLCHIQUE D'AUTOMNE.

Par M. le docteur E. Tartarin (de Bellegarde).

Dans la soirée du 5 mai 1879, à cinq heures et demie, la fille B... alla, pendant l'absence de ses maîtres, cueillir du salsifis sauvage (allas dans le patois rural) qui, à cette époque de la saison, n'a encore que des feuilles caulinaires et un faible pédoncule en bouton ; mais, par mégarde ou par ignorance, elle mit la main uniquement sur une touffe de colchique ; de retour à la maison, elle coupa la plante en deux, la lava, l'essuya et la prépara en salade vinaigrée, mélangée de moitié de cresson de fontaine (*Sisymbrium nasturtium*, L.) dont j'ai parfaitement reconnu l'authenticité. Un saladier plein fut ainsi accommodé.

Cette fille, n'ayant rien pris depuis le matin à la première heure, était très-affamée, et, en attendant les maîtres qui n'arrivaient pas, elle se mit à manger très-avidement une partie du contenu du saladier, presque sans pain ; après quoi elle mangea un peu de pain et de fromage à part, sans avoir bu une seule fois.

En même temps qu'elle, s'attablèrent Mlle H..., fille de la maison, âgée de quinze ans, et la domestique C..., âgée de seize ans.

Une demi-heure à peine écoulée, la fille B... éprouva une gêne brûlante à l'épigastre et vomit rapidement tout ce qui venait d'être ingéré dans l'estomac ; d'après les renseignements qui m'ont été transmis, cette malheureuse a avalé au moins 60 grammes de feuilles de colchique.

A partir de sept heures, les vomissements et les vomiturition sont incessants jusqu'à une heure du matin, heure à laquelle je suis auprès de la malade. Alimentaires au début, les vomissements sont devenus bilieux, verts, porracés ; les nausées intercalaires sont suivies du rejet de quelques mucosités blanches.

Épreintes et douleurs atroces à l'épigastre et dans les hypochondres ; tourmente nauséeuse continue ; la langue est large, lisse, rouge ; la soif ardente ; pouls petit, concentré ; refroidissement des extrémités ; sensation générale de froid. Ventre rétracté en bateau et dur.

Traitement formulé : prendre de quart d'heure en quart d'heure une cuillerée de la potion ci-dessous :

Sirop d'éther.	50 grammes.
Laudanum de Sydenham	2 —
Eau distillée de menthe.	10 —
Eau de chaux.	150 —

Frictions sur le ventre à l'aide d'un liniment chloroformé, opiacé. Cataplasmes chauds fréquemment renouvelés. Fomenta-

tions chaudes sur les extrémités. Un lavement purgatif est immédiatement administré. Lait froid bicarbonaté pour apaiser la soif.

A trois heures dans l'après-midi, même état, même traitement. Le lavement a produit une évacuation copieuse. Lavement mucilagineux laudanisé.

Mlle H... n'a mangé que deux fourchettes de salade de colchique et n'a pu continuer tant elle la trouvait âcre et mordicante à la bouche. Elle a vomi un certain nombre de fois, deux heures après le souper; les vomissements ont été d'abord alimentaires, puis surtout muqueux et enfin légèrement jaune verdâtre.

A l'heure de ma visite, la jeune fille est endormie; la peau est en réaction sudorale, la figure injectée, le pouls plein et accéléré, la langue large et lisse, soif. Anxiété épigastrique très-vive.

Même médication; lavement purgatif.

Dans l'après-midi du 6 mai, même état du pouls; vomituritions fréquentes aboutissant à l'expulsion de quelques mucosités; la douleur épigastrique et la soif continuent. Lavement mucilagineux laudanisé.

Le domestique C... n'a fait que goûter une fourchette de salade, et, après l'avoir mâchée, l'a trouvée tellement mauvaise qu'il l'a rejetée; il a éprouvé des vomissements, des coliques et du malaise pendant la nuit.

La nuit du 6 mai a été meilleure pour la fille B... Les vomituritions ont été plus éloignées et les vomissements toujours bilieux; rapidité et concentration du pouls; moins de refroidissement; langue humide, soif notablement diminuée.

Eau de Seltz édulcorée avec sirop de cerises. Continuation du traitement.

Mlle H..., même état réactionnel, sauf quelques vomituritions.

Domestique C... guéri.

7 mai. Fille B... Cessation des vomissements; les vomituritions persistent; refroidissement permanent; concentration et petitesse du pouls, langue hérissée et sèche, soif, insomnie, ventre plus souple, mais aussi douloureux.

Mlle H... Réaction pyrétique continue, langue blanche piquetée, soif diminuée, même situation le 8.

Fille B... Recrudescence des coliques qui sont violentes, tormineuses, et arrachent des cris à la patiente; elles s'étendent des flancs aux lombes; tendance au refroidissement de plus en plus marquée, pouls filiforme, langue sèche et hérissée.

Potion bismuthée laudanisée, jus de viande, lavements mucilagineux laudanisés, fomentations chaudes sur les parties refroidies.

9 mai. Aggravation brusque des symptômes, faciès profondément cyanosé, yeux excavés et roulant convulsivement dans les orbites, pupilles dilatées, paupières tombées; la langue est papyracée, sèche, et ne peut être sortie de la bouche; la soif n'a pas augmenté, déjections riziformes abondantes et involontaires, les coliques hypochondriaques et lombaires sont incessantes, le ventre est météorisé, déglutition impossible; les mains, les pieds et le tégument du tronc sont fortement cyanosés, jactitation continuelle et cris de *miserere* sous l'influence de crampes tétaniques perçues dans les bras et dans les jambes, refroidissement généralisé, particulièrement de la langue; bruits du cœur éloignés, insensibilité complète du pouls radial, mort à midi.

Mlle H... éprouve impérieusement la sensation de la faim; a supporté une côtelette et un œuf à la coque.

10 mai. Le mieux continue, mais faiblesse très-grande; titubation et vertige quand la malade tente de s'agenouiller sur son lit, pouls petit, aucun vomissement, constipation.

12 mai. La convalescence se prononce; mais, pendant plusieurs semaines, la jeune fille est gastralgique; elle se plaint en même temps d'une débilité musculaire insolite, et le pouls est remarquablement petit.

Les symptômes qui, dans cette observation ont caractérisé l'empoisonnement par le colchique, sont de deux ordres.

Les uns sont immédiats, topiques et marqués par une violente irritation gastro-duodénale, qui détermine par le vomissement une hypersécrétion et une déperdition glandulaire d'abondance variable; celle-ci est évidemment en rapport avec la proportion du poison ingéré, et, si la dose a été restreinte, la détermination peut rester locale et se borner à une réaction modérée. Tel est le cas de Mlle H...

Les symptômes toxiques généraux, ceux du second ordre, observés chez la fille B..., peuvent être attribués en premier lieu à l'extension du processus irritatif aux différentes parties de l'intestin; mais l'absorption du poison a joué un rôle bien plus considérable, quoique médiat, dans la genèse des phénomènes réflexes, à la fois hyposthénisants et tétaniques, qui se sont développés ce troisième jour et ont amené la mort rapide.

Les deux principaux symptômes de la première étape morbide, qui a duré trois jours, ont été des vomissements continus, suivis d'une spoliation croissante et d'un refroidissement progressif; à ceux de la seconde correspondent l'apparition des évacuations alvines et un ensemble sidératif qui reproduit exactement le tableau du choléra-morbus foudroyant.

Les observations d'empoisonnement par les feuilles de colchique chez l'homme ne sont pas communes dans les annales de la science; celles que j'ai pu avoir sous les yeux, empruntées à Orfila et à Ollivier (d'Angers), ont eu lieu soit avec la teinture, soit avec les semences de ce dangereux médicament, qui fait la base de la plupart des arcanes antigoutteux.

Dans le cas actuel, il est à présumer que l'imbibition par le vinaigre des feuilles de colchique, toutes fraîches et de récente végétation, aura pu contribuer à rendre plus active l'irritation qu'elles ont produite sur la muqueuse gastrique et à augmenter la quantité de colchique absorbée; car on sait que l'acide acétique est le meilleur dissolvant de cet alcaloïde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 mai 1881. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

De la palpation dans le diagnostic de la grossesse. — M. Budin. On sait que la palpation des parois abdominales pendant le cours de la grossesse permet de reconnaître la présentation et même la position du fœtus. En effet, après avoir, par exemple, reconnu une présentation du sommet, il est assez difficile de distinguer si le dos du fœtus se trouve à droite, à gauche, en avant ou en arrière. Mais, si cette constatation est facile dans un premier examen, il n'en est plus de même si l'on veut y revenir et faire recommencer le même examen par un élève. Cela tient à ce que les manœuvres, si légères qu'elles soient, faites pour le premier examen, ont déplacé le fœtus, l'ont repoussé, et, dès lors, il n'est plus possible de reconnaître les caractères du dos qui, tout à l'heure, paraissaient si nets. Or, pour éviter cet inconvénient, qui a surtout son importance dans l'enseignement, il suffit de saisir à pleines mains, à travers la paroi abdominale, le siège du fœtus, et de le maintenir fixé contre la paroi interne de l'utérus. On peut alors faire examiner successivement à plusieurs élèves les caractères que l'on a soi-même reconnus, car on est bien sûr ainsi que le fœtus a gardé la même position. Ce procédé permet également de localiser le point où l'on doit rechercher les bruits du cœur du fœtus.

De l'acide phénique dans la fièvre typhoïde. — M. DUMONTPALLIER présente, de la part de M. Glénard (de Lyon), un travail sur ce sujet. Il résulte des recherches faites par M. Glénard que l'acide phénique agit comme antithermique, mais non comme antipyrétique. Il abaisse, en effet, la température, mais seulement d'une façon momentanée, au lieu de l'abaisser d'une façon progressive, comme le font, par exemple, les bains froids. Ainsi, après l'administration de l'acide phénique, la température s'abaisse de 2 ou 3 degrés, puis remonte à son chiffre primitif, tandis qu'on sait que, par la méthode de Brand, elle s'abaisse de 2 ou 3 degrés après un bain froid, puis remonte seulement de 2 degrés pour s'abaisser ensuite de 3 degrés et ainsi de suite, de telle sorte qu'au lieu d'une courbe régulièrement ascendante et descendante, comme l'acide phénique, on obtient, avec les bains froids, une courbe descendante, présentant des élévations de moins en moins marquées.

Parasitisme des glandes sébacées. — M. BALZER. Les parasites peuvent s'observer dans les glandes sébacées saines et dans les glandes sébacées malades. Ce sont ces dernières que nous avons tout d'abord étudiées chez trois malades du service de M. Fournier. Le premier de ces trois malades, âgé de trente ans environ, actuellement encore dans le service, porte sur la face et surtout sur le dos et la poitrine de nombreux comédons, noirs et très-volumineux. L'affection est un des types les plus remarquables du genre; elle a été reproduite par un moulage de M. Baretta. Cet homme raconte qu'il a constamment de ces comédons depuis un grand nombre d'années et qu'il a hérité de son père cette affection cutanée. L'examen microscopique de ces comédons a montré qu'ils contiennent très-peu de graisse; ils sont constitués essentiellement par des cellules épidermiques formant un feutrage plus ou moins régulier. La matière noire qui se voit à l'orifice des glandes sébacées est constituée en partie par de la crasse, en partie par des parasites. Les recherches ont montré, en effet: 1° des spores arrondies, assez volumineuses, constituées par un noyau volumineux et une faible quantité de protoplasma; ces spores offrent un aspect absolument identique à celui que présentent les spores de la pelade; 2° des spores plus petites, ovalaires elliptiques ou rondes, de volume très-variable, semblables à celles qui ont été décrites par M. Malassez dans le pityriasis capitis; 3° des micrococcus très-abondants, bâtonnets, points doubles ou simples, formant des amas parfois considérables. Des recherches faites sur un homme âgé de vingt ans, atteint d'une sébacée depuis quatre ans, donnèrent les mêmes résultats. Il en fut de même chez une jeune femme, atteinte de syphilis, chez laquelle les mêmes parasites furent constatés, moins les spores de la pelade.

L'étude de la sécrétion des glandes sébacées normales a donné à peu près les mêmes résultats, en ce qui concerne les parasites. Après avoir dissous la graisse du sébum en faisant macérer celui-ci dans l'éther, on examine le produit de sécrétion dans une solution de potasse ou mieux encore dans l'eau distillée. On reconnaît alors l'existence d'une quantité considérable de micrococcus semblables à ceux qui ont été mentionnés plus haut et qui se réunissent pour former des masses parfois assez volumineuses. On retrouve aussi les spores découvertes par M. Malassez en très-grand nombre surtout s'il s'agit de sujets atteints de pityriasis capitis. Ces parasites divers ont été reconnus chez des personnes du service qui n'étaient atteintes d'aucune affection cutanée; on les retrouve non-seulement à la face, où ils prédominent, mais aussi sur les autres parties du corps. Lorsqu'on examine les spores de Malassez dans l'eau, on reconnaît qu'elles sont agitées de mouvements très-nets et très-actifs, semblables à ceux que présentent les micrococcus. La constatation de ces mouvements doit-elle faire modifier l'idée qu'on s'est faite jusqu'ici de la nature de ces éléments? Ce ne serait pas un argument suffisant. Sans doute ces éléments diffèrent très-notablement des autres parasites végétaux, puisqu'ils ne présentent pas de mycélium; mais, d'autre part, la manière dont ils se multiplient par segmentation, leur groupement en amas, en séries, leur développement complet aboutissant fréquemment à la formation d'une spore ronde bien constituée, les rapprochent sensiblement de ces mêmes parasites. Ils sont, en quelque sorte, intermédiaires entre les gros micrococcus et les spores. L'hypothèse la plus probable, c'est qu'ils doivent être assimilés aux ferments: il se produit à la surface du corps des phénomènes de fermentation qui ont pour point de départ et pour siége principal les glandes sébacées. Sans insister davantage, il faut cependant faire ressortir l'importance de l'existence de ces micrococcus et de cette végétation sporulaire à la surface du corps. Il faut tenir compte de ce fait dans la pathologie cutanée et tâcher de satisfaire aux indications hygiéniques qu'il commande.

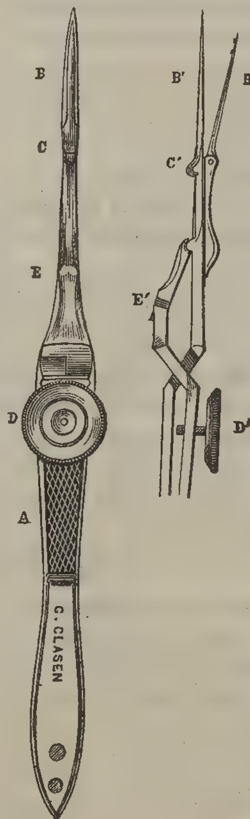
Il serait plus difficile de préciser la signification des spores semblables à celles de la pelade et constatées dans les comédons des individus atteints d'une sébacée. Faut-il admettre l'identité, qui diminuerait singulièrement l'importance des spores de la pelade? On ne peut que poser la question sans la résoudre après l'observation de deux faits seulement. Rappelons pourtant que les spores de Malassez deviennent souvent rondes et volumineuses lorsqu'elles sont complètement développées, que, dans la pelade, outre les spores qui lui sont propres, on trouve les spores de Malassez, enfin que les spores de la pelade n'apparaissent que chez les sujets qui ne se traitent pas, qui leur laissent, pour ainsi dire, le temps de se développer à la surface du cuir chevelu. Des conditions de développement analogues se rencontrent chez les individus atteints d'une sébacée, lorsque les spores sont retenues dans l'intérieur de la glande et ont tout le temps de se développer.

En résumé, ces formes diverses de parasitisme cutané paraissent exister à des degrés divers chez tous les individus. Mais, chez les uns, elles déterminent des altérations de la peau plus ou moins accusées (alopécie, acné sébacée); chez les autres, la peau reste saine. Ces différences dépendent sans doute des conditions individuelles, de la manière dont la peau réagit sous l'influence des irritations auxquelles elle est soumise.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Couteau-pince Libbrecht.

M. le docteur Libbrecht, chirurgien directeur de l'Institut ophthalmique de la Flandre orientale, a fait fabriquer par M. Claesen (de Bruxelles) un couteau-pince destiné à éviter les accidents graves de l'extraction des cataractes secondaires adhérentes à l'iris et à la zonule, tels que: hémorrhagies, iridodyalises, iritis et irido-choroïdites.



Cet instrument est une pince à pression continue A, composée de deux branches, l'une fixe, l'autre mobile sur la première; le mors de celle-ci B' affecte la forme d'un couteau linéaire aigu à double tranchant, il est cannelé dans le sens de sa longueur. Celui de la seconde branche B'' est mobile, et construit de manière à s'emboîter exactement dans la cannelure, sans y laisser la moindre saillie. Ce mors est muni de dents très-fines qui contribuent à maintenir la partie saisie.

Cet instrument permet de pratiquer l'opération en un seul temps, d'emprisonner entre les deux mors la cataracte secondaire qui s'y trouve maintenue par l'action des ressorts. Le mors le plus large étant à double tranchant, un léger mouvement sur son axe suffit pour couper une partie de la capsule qu'il est alors facile d'amener au dehors.

Le même instrument, fabriqué avec des mors en forme d'aiguille, peut pénétrer par la sclérotique dans certains cas de cataractes secondaires.

VARIÉTÉS

Documents pour servir à l'histoire de la médecine et de la chirurgie.

Nous continuons (1) aujourd'hui la publication d'une série de documents relatifs soit à l'histoire de la médecine, soit à celle de la chirurgie.

III

Nos confrères liront certainement avec intérêt le document suivant découvert par M. Renard (de Saint-Malo), dans les archives de la couronne d'Aragon, à Barcelone. Ils verront dans quelles conditions l'*anathomie* du corps humain pouvait être étudiée, dans le royaume d'Aragon, en l'an de grâce 1391.

Nos Johannes, Dei gracia rex Aragonie, Valencie, Majoricarum, Sardinie et Corsice, comesque Barchinone, Rossilionis et Ceritanie.

Licet interiora per exteriora judicia judicentur et eciam arbitrentur, atamen firmiora et veritatis constanciora persistunt que ad oculum patent quam que probacionum seu experienciarum formis ad veritatem deducuntur.

Idcirco ad ingentem supplicacionem pro parte Universitatis studii artis medicine generalis civitatis Ylerde (Lerida) et medicorum ejusdem, propterea nobis factam, tenore presentis nostri privilegii cunctis temporibus valituri statuimus, ordinamus, ac etiam Universitati studii predicti et medicis adlucubrantibus in eodem, presentibus et futuris, concedimus, quod infra tres annos, a data presentis nostri privilegii in ante continue computandos, et ex post de triennio in triennium perpetuo, bajulus, vicarius et curia, seu paciarii ac probi homines, vel alii quicumque officiales civitatis predicte, seu ille vel illi eorum ad quem seu quos pertineat seu spectet, quomodocumque, cum per vos Universitatem predictam seu medicos ejusdem requisiti fuerint, tradent et dent, ac tradere et dare teneantur, unum hominem, cujuscumque legis seu status existat, morti attamen ejus demeritis exhigentibus condempnatum, vobis dictis medicis studii seu civitatis Ylerde antefate; sic quod quacumque maneria seu specie mortis quam ejus demeritorum occasione subire debeat minime obsistente, palam coram omnibus qui eum videre sic obire voluerint, per officiales nostros predictos in aqua judicialiter demergatur, et inibi penitus sufocetur : quo ab hac luce modo ac forma predictis sublato, per juncturas et partes et arterias corporis pro videndo membrorum occultorum dispositionem intercipiatur et incidatur ad vestre omnimode libitum voluntatis : que incisio apud medicos *anathomia* nominatur ; qua quidem incisione seu mutilatione per eos facta, corpus seu cadaver ipsius sic defuncti per vos tradatur ecclesiastice sepulture.

Mandantes per presens privilegium nostrum dictis bajulo, vicario et curie, paciariisque ac probis hominibus et ceteris officialibus dicte civitatis, et aliis ad quos spectet, presentibus et futuris, quatenus hominem predictum in quolibet triennio, cum per vos medicos qui nunc estis vel fuerint pro tempore in dicta civitate, seu per majorem partem vestrum seu eorum requisiti fuerint, ut prefertur, tradant, liberent atque dent pro dicta experiencia seu *anathomia* fienda.

Injungentes nichilominus inclito infanti Martino, ducis Montisalbi, carissimo fratri nostro, ac in omnibus regnis et terris generali gubernatori, ceterisque universis et singulis officialibus nostris, presentibus et futuris, et aliis eciam ad quos spectet, quatenus privilegium et ordinacionem nostras hujusmodi teneant inviolabiliter et observent, tenerique et observari faciant inconcusse, et non contraveniant seu aliquem contravenire permittant aliqua racione, cum nos, ob utilitatem et comodum rei publice, et cum predicta in lumen et verificacionem artis medicine redundent, sic de certa sciencia fieri ordinaverimus et velimus.

In cujus rei testimonium presentem vobis fieri jussimus nostre majestatis sigillo impendenti munitam.

Data in loco Daytona, IIIa die junii, anno a nativitate Domini Mo CCCo XCo Io, regnique nostri quinto.

Sig ✠ num Johannis, Dei gratia regis Aragonis, etc. — Rex Johannes.

Testes sunt Eymericus de Scintillis. — Poncius de Perillionibus, majordomus. — Bernardus Margariti. — Franciscus Çagarriga, milites, — et Guillelmus de Vilarnau, camerarius domini regis predicti.

Sig ✠ num Bernardi de Jonqueriis, secretarii dicti domini regis qui, mandato ipsius, hec scribi fecit et clausit, cum literis rasis et emendatis in linea VIa *officiales nostros predictos*.

(*Archives de la couronne d'Aragon.*)

IV

Le document qui suit montre combien était autrefois généralement répandue dans toutes les classes de la société la superstition populaire qui attribuait aux descendants des parents de saint Hubert le pouvoir de guérir de la rage. Mais la famille de saint Hubert n'avait pas seule le don de ces guérisons miraculeuses, et, sans parler du privilège de *toucher les écrouelles* réservé aux rois de France (1), à l'exclusion de tous les autres monarques, les fils aînés de la maison du baron d'Aumont, comte de Châteauroux, jouissaient du même pouvoir en se servant de pain bénit, tandis que le septième fils légitime d'une même mère, lorsque aucune fille n'était venue interrompre cette suite de garçons, faisait aussi disparaître ces mêmes écrouelles ou guérissait de la fièvre par l'invocation de saint Marcoul. Les enfants atteints de la maladie appelée le *carreau* étaient guéris par les descendants de la famille de Coutance, dans le Vendômois; les épileptiques par ceux qui se disaient *de la race de saint Martin*, etc.

Don d'une somme de 400 livres fait par les États de Bretagne à un sieur de Saint-Hubert, qui prétendait avoir le pouvoir de guérir de la rage (2).

Les gens des trois États du pays de Bretagne convoqués et assemblés par authorité du roy en la ville de Vitré, délibérans sur la requête qui leur a été présentée par le sr chevalier de Saint-Hubert, tendant à ce qu'il leur plût lui faire présent de quelque somme d'argent pour lui donner moyen de continuer ses soins pour la guérison de ceux qui sont affligés de la rage ou qui ont été mordus des bêtes enragées, ayant plu à Dieu lui donner la grâce de guérir ceux qui sont malades en les touchant au chef, en l'honneur de Dieu, de la Vierge et de Monsieur saint Hubert, de la race duquel il a l'honneur d'être issu, dont il en a montré des preuves devant

---

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 15 février 1881.

(1) Nous trouvons dans un récit du temps sur l'entrée et le séjour de Charles IX à Agen, au mois de mars 1564, un passage s'y rapportant et « le lendemain vingt-cinquiesme de mars, l'an mil cinq cens soixante-quatre, jour de dimanche, feste de la Annonciation de Nostre-Dame, à l'issue de ladite messe, le Roy alla dans le cloistre de l'esglise Saint-Estienne d'Agen, où y avoit grand multitude de malades des escrouelles, lesquels sadite Majesté toucha pour les guérir, à l'aide de Dieu le Créateur . . . .

. . . .

et après vespres, le Roy alla toucher les malades qui estoient demeurés à toucher le matin audit cloistre; et après s'en retourna au cueur de ladite église truver la Royne sa mère ». (Bulletin du Comité de la langue, de l'histoire et des arts de la France.)

(2) Communication de M. Quesnet (de Rennes), au Comité de la langue, de l'histoire et des arts de la France.

toute la Cour, et même depuis qu'il est en cette ville en ayant touché et guéry sept mordus de chiens enragés. Et pour le désir qu'il a de servir le général de la province et soulager les habitants d'icelle, il requiert, en outre, qu'il leur plût lui ordonner une pension viagère et faire bâtir une chapelle dans les fauxbourgs de Rennes à la gloire de Dieu, de la Vierge et de Mr saint Hubert avec les ordres qu'il plaira à nosseigneurs les évêques lui donner.

Messieurs des ordres, pour délibérer sur la dite requête, se sont séparés aux chambres, et retournés sur le théâtre ont ordonné audit sr chevalier de Saint-Hubert la somme de 400 livres ; de laquelle somme il sera payé sur les conditions du bail qui se fera en la présente assemblée sans diminution du prix d'icelui. Fait en ladite assemblée, le 31 juillet 1655.

Signé : Henry DE LAMOTTE, évêque de Rennes ;
Henry DE LA TRÉMOILLE et Eustache DE LYS (1).

Extrait du registre des délibérations des États de Bretagne, du samedi 31 juillet 1655, quatre heures après midy. (*Archives d'Ille-et-Villaine.*)

V

Rebouteurs et bandagistes.

Le n° 4 du tome LI des *Mémoires de la Société des sciences d'Orléans* contient un article de M. le docteur Charpignon qui intéresse l'histoire de la chirurgie et que nous résumerons en quelques lignes :

Les rebouteurs, qui font encore une concurrence fort désagréable aux médecins de la province et surtout des campagnes, auraient fait partie, avant la réorganisation de l'exercice de la médecine en 1802, de la corporation des chirurgiens. En effet, le règlement des maîtres en chirurgie d'Orléans dit à l'article 66 : « Les bailleurs ou renoueurs d'os présenteront une requête signée d'eux et à laquelle ils joindront leur extrait baptistaire, leurs certificats de vie et mœurs, de religion catholique, apostolique et romaine, et services en la pratique de chirurgie que nous nommons fractures et luxations. Après les avoir interrogés sur lesdites maladies, s'ils sont jugés capables, ils payeront 150 livres. »

On comprend maintenant que la tradition ait maintenu la confiance dans les rebouteurs, qui ont été, jadis, des spécialistes autorisés, mais qui, depuis quatre-vingts ans, n'ont plus leur raison d'être.

L'article 65 du même règlement était ainsi conçu :

« Ceux qui exerceront la partie de la chirurgie appelée herniaire, à cause des bandages, hernies ou descentes pour lesquelles ils fabriquent des bandages, se feront recevoir par nous, lieutenant, greffier, prévôt, doyen et receveur. Après avoir été interrogés sur les maladies qui demandent le secours des bandages, s'ils sont jugés capables, ils payeront la somme de 45 livres. » Cet article était assurément plein de sagesse, car l'application d'un bandage n'est pas toujours une chose simple et sans danger, et le premier venu qui, aujourd'hui, vend et pose un bandage, est-il toujours apte à reconnaître un testicule arrêté à l'anneau, une anse intestinale non rentrée ou une hydrocèle ?

Ces dispositions, en vigueur dans le ressort du bailliage d'Orléans, l'étaient-elles dans les autres provinces ? Pour l'affirmer, il faudrait connaître les règlements des divers collèges de chirurgie, qui, malgré une unification d'organisation opérée au dix-septième siècle par les lieutenants premiers chirurgiens du roi, n'en conservèrent pas moins une autonomie très-accentuée.

(1) Il n'est plus question du chevalier de Saint-Hubert dans les tenues des états des années suivantes, et il ne paraît pas qu'aucune chapelle de Saint-Hubert ait jamais été construite à Rennes, ni dans les faubourgs de cette ville.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Bordreau et Rondeau, docteurs en médecine, sont délégués provisoirement et pour un an, à dater du 16 mars 1881, dans les fonctions de moniteurs des travaux pratiques de physiologie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Ferré (Jean-Hippolyte-Gabriel) est nommé préparateur du laboratoire d'histologie, en remplacement de M. Vaillant, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Gariel, agrégé, suppléant de M. le professeur Gavarret, reprendra son cours de physique médicale dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le jeudi 12 mai 1881, à deux heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera de l'optique.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11188.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie semblait hier avoir la conscience d'un temps perdu à réparer. Aussi sa séance a-t-elle été une des mieux remplies que nous ayons eues depuis longtemps. Après un rapport officiel de M. Constantin Paul en réponse à une demande du commissaire général de la future exposition d'électricité, elle a entendu un très-bon rapport de M. Proust sur un travail de M. Riembault (de Saint-Étienne) relatif à l'encombrement charbonneux des poumons chez les ouvriers houilleurs et la lecture d'un mémoire de M. Brouardel fait en commun avec M. Boutmy sur une question qui intéresse au plus haut degré la médecine légale, la formation, pendant la putréfaction cadavérique, d'alcaloïdes toxiques, désignés sous le nom de ptomaïnes, pouvant être facilement confondus par un examen insuffisant avec des alcaloïdes végétaux qui auraient été introduits dans l'économie. On frissonne vraiment à la pensée que, plus d'une fois peut-être, ces produits naturels de la putréfaction ont pu être pris, dans des expertises médico-légales, pour des substances introduites par une main criminelle. Puisse le réactif proposé par MM. Brouardel et Boutmy avoir toute l'efficacité qu'ils lui attribuent pour distinguer ces produits de la putréfaction des substances analogues venues du dehors et prévenir ainsi les graves erreurs qui pourraient résulter de leur confusion ! Ce sera un véritable et grand service rendu à la médecine légale et aux experts.

Ce travail a eu encore un autre intérêt aux yeux de l'Académie ; il a soulevé une discussion sur le fait même des fermentations putrides et sur le rôle respectif des microbes et des microzymas, et de ces nouveaux venus, les ptomaïnes, qui viennent réclamer leur place et leur action dans ce grand phénomène. Ceux-ci se substituent-ils à ceux-là ? Ou bien agissent-ils séparément, parallèlement et chacun pour leur propre compte ? Dans ce monde des infiniment petits, qui a fait tant de bruit déjà, il y a bien des obscurités encore, et il est à craindre que nous ne soyons pas sortis de la période des orages dont cette question est grosse. Où était donc M. Pasteur ?

Au commencement de la séance, M. J. Guérin a présenté, après le traitement auquel il l'a soumis, l'enfant atteint de double pied-bot varus équin, qu'il avait déjà soumis à l'Académie dans la séance du 7 décembre dernier. On se rappelle que cet enfant, auquel un chirurgien avait pratiqué la section des deux tendons d'Achille, était resté, à la suite de cette opération, avec sa difformité primitive, aggravée encore par le fait d'adhérences cicatricielles résultant de cette opération. Il s'agissait de remédier à la fois à la difformité, restée entière, et aux conséquences d'une opération insuffisante et qui avait entraîné à sa suite des accidents tenant à ce qu'elle n'avait pas été exécutée conformément aux principes de la méthode sous-cutanée. La section multiple des tendons des muscles, dont la rétraction avait produit et maintenait l'attitude vicieuse du pied, une double section des deux tendons d'Achille, au-dessus et au-dessous des adhérences cicatricielles, et l'application d'un appareil orthopédique approprié, ont remédié à la difformité et aux conséquences de la première opération. M. H. Bouley, qui a été témoin de cette opération, semblait ne pas trouver d'expression assez admirative pour louer l'habileté opératoire de son collègue et le merveilleux résultat de l'opération. Pour nous, qui avons vu pratiquer ces opérations par centaines, ce n'est pas tant l'habileté du chirurgien, qui nous a toujours paru digne d'éloges, que la conception même de l'opération, substituant à une pratique aveugle et empirique un ensemble rationnel de moyens adaptés en quelque sorte analytiquement à chacun des éléments de la difformité à combattre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Maurice Raynaud.

Sclérose en plaques et paralysie générale progressive.

Nous venons de faire l'autopsie d'une malade qui a succombé, il y a trois jours, après avoir passé un très-long temps dans nos salles. Cette femme avait cinquante-sept ans et avait toujours été très-bien portante jusque six mois avant son entrée à l'hôpital. Elle n'avait ni antécédents syphilitiques ni alcoolisme, mais elle avait éprouvé pendant longtemps de violents chagrins, une misère excessive, enfin de grandes fatigues auprès de son mari malade.

Le fait saillant qui faisait date dans son esprit, comme premier état maladif, se rapportait à certain jour du mois de février 1879, où, en se baissant pour soulever un seau de charbon de terre, elle avait éprouvé une douleur très-vive dans la région lombaire. Celle-ci, irradiant presque aussitôt

dans les jambes, la força à garder le lit pendant quatre ou cinq jours.

Elle put reprendre néanmoins, après cela, ses occupations ordinaires, et ce n'est que cinq mois plus tard que la maladie débuta. En effet, au mois d'août 1879, elle commençait à éprouver des sautillements d'abord dans le membre inférieur gauche, puis dans la main du même côté. Un peu plus tard, il survenait de l'embarras de la parole et au bout de deux mois un certain tremblement.

Enfin, quand elle entrait, l'an dernier, dans notre service, elle avait le faciès hébété, un sourire niais, un certain ânonnement de la parole, une trépidation vermiculaire des lèvres et de la langue. Elle éprouvait un tremblement unilatéral des membres supérieur et inférieur gauches au moindre mouvement volontaire, qui allait en augmentant jusqu'à la fin du mouvement commencé et cessait dès que la malade était au repos ; tremblement spécial à oscillations considérables et croissantes.

Comme phénomènes accessoires, elle présentait un peu d'inégalité des pupilles, une légère atrophie de la papille, léger nystagmus, des élancements de douleurs fulgurantes aux genoux *des deux côtés*, — seul phénomène bilatéral que nous ayons constaté, — enfin un peu d'incontinence d'urine.

Après avoir éliminé la chorée, le tremblement post-hémiplégique, la paralysie agitante et l'ataxie locomotrice, j'avais circonscrit mon diagnostic entre la paralysie générale progressive et la sclérose en plaques pour m'arrêter bientôt à cette dernière affection, mais avec quelque réserve.

Celle-ci, bien décrite surtout depuis dix ans, est caractérisée : 1° anatomiquement par des plaques de sclérose, isolées, disséminées au hasard sur l'encéphale, le bulbe, la moelle, le tissu blanc et gris; 2° cliniquement, par trois symptômes fondamentaux : *a.* un tremblement spécial existant seulement dans les mouvements volontaires; *b.* de l'embarras de l'épaule; *c.* des contractures, à une période avancée de la maladie, des membres inférieurs surtout, s'accompagnant d'épilepsie spinale. Comme symptômes accessoires : des phénomènes d'ordre nerveux, du nystagmus, une certaine modification de la vue et une paralysie partielle de telle ou telle paire de nerfs moteurs de l'œil, enfin de l'incoordination motrice, des douleurs fulgurantes et des troubles intellectuels variables d'intensité.

Chez notre malade, nous trouvions presque tout cela avec cette singularité particulière, tout à fait insolite, que tous ces phénomènes étaient unilatéraux gauches, un seul excepté: les douleurs fulgurantes.

Je concluais donc à une sclérose en plaques probable, sans exclure complètement, cependant, une paralysie générale progressive, car l'on a tort de faire de ces deux affections des espèces morbides absolument distinctes l'une de l'autre. Ce ne sont réellement que les degrés d'une même maladie, et entre les deux il existe des affinités anatomiques, telles que la prolifération de la névroglie, une névrite interstitielle, ainsi que des affinités cliniques très-grandes.

Jusqu'au mois de mai 1880, cette femme répondait encore bien aux questions qu'on lui adressait; elle n'avait encore que de la perte de mémoire. Mais, à cette époque, son caractère se modifie considérablement, devient surtout d'une niaiserie excessive ; ses pleurs, ses rires, sont disproportionnés à l'intensité de la cause qui les motive, son impressionnabilité est extrême. Ces différents phénomènes vont en augmentant presque jusqu'à la démence.

Puis, dans les derniers mois, apparaît un nouveau phénomène, des contractures dans les membres supérieur et inférieur gauches; ce n'est pas une rigidité absolue avec extension, mais une contracture avec flexion. En même temps le tremblement s'accuse de plus en plus sous la moindre influence et arrive jusqu'à la convulsion, et l'on constate des accès d'épilepsie spinale. La susceptibilité du côté gauche du corps devient telle qu'il suffit de regarder cette femme avec attention, pour qu'elle en ressente instantanément une impression capable d'amener à elle seule un tremblement et des convulsions qui durent dix minutes, un quart d'heure même. Ce n'est pas de l'hyperesthésie cutanée, mais une sorte d'hyperesthésie morale.

Dans les derniers quinze jours de la vie, les crises convulsives se reproduisaient spontanément, avec une extrême fréquence, et l'épuisaient d'une façon visible; en même temps il se faisait des eschares aux fesses. Enfin, il y a sept jours, c'est-à-dire quatre jours avant de mourir, après un certain assoupissement, elle devenait complètement aphasique, dans l'impossibilité absolue de s'exprimer même par signes, et restait tout à fait étrangère au monde extérieur.

Le lendemain et le surlendemain, les mouvements convulsifs ne discontinuaient plus à gauche, et, le matin même de la mort, d'unilatéraux qu'ils étaient restés, ils devenaient bilatéraux, et la malade succombait le soir dans le coma.

L'autopsie ne nous a montré aucune plaque de sclérose, mais bien les lésions de la paralysie générale progressive. Le cerveau, un peu plus petit que d'habitude, semble flotter dans la dure-mère, les circonvolutions sont amaigries, la pie-mère injectée et épaissie avec adhérences intimes en certains points avec la substance cérébrale, prononcées beaucoup plus à droite qu'à gauche, justifiant ainsi en partie l'unilatéralité gauche des accidents constatés pendant la vie, adhérences cantonnées enfin dans la moitié antérieure de l'encéphale. A droite, les trois circonvolutions frontales, la troisième surtout, sont complètement adhérentes ; la deuxième et la troisième circonvolutions temporales sont également atteintes. Mais c'est surtout dans la scissure de Sylvius que la lésion cérébrale atteint son maximum; le ramollissement y est tel qu'il forme un véritable magma. A gauche, les lésions sont moindres. Fait bizarre, si l'on se rappelle que cette femme est devenue aphasique dans les derniers jours, la troisième circonvolution frontale gauche ou circonvolution du langage ne paraît pas sensiblement malade dans ses trois quarts postérieurs; il n'y a que la partie tout à fait antérieure, c'est-à-dire celle qui n'aurait aucun rapport avec le langage, qui présente quelques adhérences avec les méninges. Il n'existe pas davantage de compression de voisinage. Enfin le plancher du quatrième ventricule présente une certaine vascularisation.

De cette autopsie, il résulterait que, sauf les réserves que nous avons faites, nous avons commis une erreur de diagnostic si l'on veut faire deux entités morbides différentes de la sclérose en plaques et de la paralysie générale ; que nous étions, au contraire, dans le vrai, si l'on veut chercher la véritable interprétation des faits.

La paralysie générale est une affection diffuse; elle est caractérisée par des îlots mal limités et ressemble par là à la répartition irrégulière des plaques de la sclérose; de là cette variété de symptômes qui rend le diagnostic si difficile au début. De plus, à côté des formes classiques, que de formes réellement frustes, que de phénomènes spinaux divers précèdent la paralysie générale cérébrale proprement dite,

quelquefois pendant dix et même quinze ans? En somme, ce sont des foyers diffus, irrégulièrement disséminés, sans aucune uniformité dans la paralysie générale, pouvant donner lieu par là à mille et une formes cliniques.

Pour la sclérose en plaques, à côté des cas classiques avec intégrité de l'intelligence, vous en avez d'autres où celle-ci est plus ou moins altérée, depuis la perte de la mémoire jusqu'au délire de la démence et même au délire ambitieux dès le début.

Or, lorsque, avec les phénomènes de la sclérose, se joignent le délire ambitieux, l'embarras de la parole, vous pouvez conclure aussi à la paralysie générale progressive. C'est ainsi que, chez notre malade, avec tous les phénomènes de la sclérose nous avons trouvé les lésions de la paralysie générale.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation de ces faits, une question qui n'est pas résolue est celle-ci : Comment se fait-il que la maladie se soit présentée avec des phénomènes unilatéraux, alors qu'il y avait une double lésion, plus prononcée seulement d'un côté, sauf tout à fait au début, où la malade a éprouvé, ce que j'avais oublié de vous signaler, des douleurs fulgurantes des deux côtés, sauf aussi le dernier jour, où les symptômes ont été bilatéraux? J'en suis réduit à me demander alors si les deux moitiés de l'encéphale n'ont pas été envahies successivement et à des intervalles considérables.

En résumé, nos classifications n'ont encore qu'une valeur provisoire, et les groupes des maladies nerveuses ne sont pas définitivement constitués; une gradation est donc possible entre les deux maladies avec des nuances presque insensibles de l'une à l'autre.

La plupart du temps, elle est le résultat d'un surmenage du système nerveux par le plaisir ou la douleur, qui sont les deux grands excitants. Les malades atteints de paralysie générale progressive ou de sclérose en plaques sont généralement des tempéraments mal trempés, au point de vue de la résistance nerveuse. Après la première période ou celle de l'excitation de début, la seconde apparaît, période de dépression, de déchéance finale, avec l'atrophie terminale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Lipome du bras chez une cardiaque ; chloroformisation.

Nous allons opérer dans quelques instants une femme qui porte à la partie supérieure du bras droit, ou mieux à la réunion du tiers supérieur du membre droit avec les deux tiers inférieurs, une tumeur du volume d'une orange ordinaire. Cette tumeur occupe principalement la face externe et un peu antérieure du bras; elle est un peu ovoïde et a son grand diamètre dirigé verticalement de haut en bas. Elle forme un relief assez considérable au niveau de l'insertion humérale du muscle deltoïde.

Le seul diagnostic que l'on puisse porter est celui d'un lipome, bien que l'on sente, dans un certain point, une partie un peu plus dure que partout ailleurs. Mais ceci n'a rien de bien extraordinaire, lorsque l'on se rappelle que ces tumeurs sont susceptibles de s'enflammer partiellement et, par suite, de donner lieu à des points d'induration, voire même parfois à de la suppuration.

Notre malade souffre beaucoup de sa tumeur, qui envoie aussi des irradiations douloureuses dans l'épaule, dans le bras et jusque dans la main, irradiations résultant de la compression produite par son lipome.

Cette femme est déjà d'un certain âge; elle paraît être d'une assez mauvaise constitution. Elle est pâle, blême et anémique. Si nous consultons ses antécédents morbides, nous trouvons que nous avons affaire à une rhumatisante qui a eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme.

A son entrée à l'hôpital, elle était même encore sous l'influence d'une nouvelle atteinte rhumatismale généralisée, caractérisée par des douleurs qui se faisaient sentir un peu partout et s'accompagnaient de quelques phénomènes fébriles.

La diathèse rhumatismale, qui donnait lieu lors de son arrivée dans nos salles à une de ses manifestations, a attiré notre attention vers l'organe central de la circulation sanguine. C'est ainsi que nous avons pu constater chez elle quelques troubles du cœur, notamment des battements anomaux, un claquement valvulaire très-prononcé, dû au défaut de souplesse des valvules par le fait de leur induration, conséquence d'une ancienne endocardite. Enfin nous avons entendu un léger bruit de souffle.

Dans toute opération que le chirurgien doit pratiquer, il doit tenir compte des affections cardiaques, tant à cause de leur influence sur le traumatisme chirurgical que de l'action de ce dernier sur la maladie du cœur.

La connaissance des cardiopathies est aussi très-importante relativement à l'acte initial de toute opération sérieuse, c'est-à-dire à l'anesthésie du malade. Pour un certain nombre de chirurgiens, les affections cardiaques, de même que certaines lésions du poumon, sont une contre-indication de l'emploi du chloroforme.

Mais, je l'ai dit autrefois et je persiste à le dire encore aujourd'hui, je ne refuse pas la chloroformisation à des sujets dont le poumon est malade, non plus qu'à ceux qui sont atteints de maladie du cœur, si ce n'est dans les cas où il existe de trop grands désordres, où les bruits de souffle sont intenses, les battements du cœur irréguliers. J'ai tant de fois administré le chloroforme à des cardiaques présentant une insuffisance mitrale ou aortique, mais ayant conservé des battements réguliers du cœur, que j'en suis arrivé aujourd'hui à ne plus considérer comme beaucoup plus dangereux chez eux l'emploi du chloroforme, bien que, je n'ai pas à le dissimuler, ces individus soient un peu plus exposés que d'autres à des accidents. Seulement je recommande que l'administration du chloroforme soit toujours faite chez ces malades avec le plus grand soin; je recommande que le pouls et la respiration soient surveillés très-rigoureusement. Je dirai même que, pour plus de sécurité encore, je préfère anesthésier moi-même les malades qui sont dans le cas de cardiopathie, comme je vais le faire encore dans quelques instants, afin d'en assumer seul toute la responsabilité. De plus, dès que le malade est anesthésié, je suspends l'emploi du chloroforme, et je continue à faire surveiller l'état des vaisseaux et de l'appareil respiratoire.

Chez les sujets cardiaques il faut savoir aussi que les accidents locaux des plaies sont d'autant plus fréquents que l'hémostase est toujours plus difficile à obtenir. Ici nous n'avons pas cela à redouter beaucoup, car la région occupée par la tumeur est peu vasculaire.

D'autre part nous ne devons pas oublier qu'une affection du cœur un peu latente, comme elle l'est ici, peut à son tour s'exaspérer sous l'influence opératoire, que le bruit de

souffle peut devenir plus intense, enfin qu'un œdème considérable peut survenir. J'ai ainsi surveillé un certain nombre d'observations d'œdème consécutif des extrémités, et même d'anasarque.

J'ai vu ainsi, chez un homme auquel j'avais fait une résection tibio-tarsienne, l'œdème se manifester sur les membres inférieurs, sur l'abdomen, et un anasarque général se déclarer. Cet homme nous a appris alors que, deux ou trois ans auparavant, il avait eu déjà des phénomènes d'anasarque généralisé en dehors de toute opération chirurgicale, et par le seul fait qu'il était cardiaque. Ce malade a désenflé tout seul sous l'influence d'un traitement un peu plus tonique que celui que nous avions employé chez lui avant de connaître cette particularité.

Les suites de toute opération chez les malades atteints d'affection du cœur sont donc toujours importantes à observer au point de vue des hémorrhagies, de l'œdème, voire même de l'anasarque, au point de vue aussi du traumatisme chirurgical qui peut exagérer la cardiopathie. Enfin les accidents qui peuvent survenir pendant la chloroformisation exigent donc que l'état du cœur soit toujours constaté avec le plus grand soin préalablement à toute opération chirurgicale.

INFLUENCE DE L'ASPHYXIE

SUR LA CIRCULATION DE LA RÉGION BUCCO-LABIALE.

Par MM. Dastre et Morat.

MM. Dastre et Morat ont fait connaître précédemment (1) l'influence de l'état asphyxique sur les mouvements du cœur et la circulation périphérique. En étudiant les différents organes, ils ont constaté que les vaisseaux du revêtement cutané (pavillon de l'oreille, pulpes digitales, régions glabres transparentes de la peau) étaient dilatés sous l'influence de l'asphyxie, tandis que les vaisseaux de l'intestin étaient resserrés.

La région bucco-labiale est éminemment propre à ce genre d'observations et permet d'analyser le mécanisme de l'action vaso-motrice de l'asphyxie. Les vaisseaux de cette région se comportent comme ceux du tégument cutané; l'asphyxie les congestionne. La production du phénomène est subordonnée à une condition pratique essentielle, l'état de jeûne de l'animal.

Quels sont les agents, quel est le mécanisme de cette dilatation? L'expérience suivante les démontre de la manière la plus simple.

Avant de pratiquer l'asphyxie on coupe le sympathique cervical d'un côté. La congestion asphyxique se manifeste alors sur la muqueuse bucco-labiale seulement du côté où le sympathique est intact: la muqueuse reste pâle du côté où le nerf a été coupé; le contraste est frappant.

Les travaux de Brown-Séquard et de Paul Bert ont démontré l'action excitante du sang asphyxique sur les tissus. Les expériences de Luchsinger ont prouvé qu'à l'égard du système nerveux, cette action excitante porte primitivement sur le centre encéphalo-rachidien. Notre expérience montre que la congestion bucco-labiale d'origine asphyxique est subordonnée à l'intégrité du sympathique cervical chez le chien. La conclusion qui s'impose, c'est évidemment que les nerfs dilatateurs buccaux suivent la voie du sympathique pour aller de l'axe rachidien à la bouche.

Voilà donc un troisième genre de preuve, ajouté aux deux premiers qui ont été donnés par MM. Dastre et Morat au sujet des propriétés vaso-dilatatrices du grand sympathique. Ils ont montré ces propriétés par l'excitation directe du cordon cervical, isolé du vague. Ils ont ensuite manifesté cette action dilatatrice par la voie réflexe, en agissant sur le vague isolé du sympathique et sur quelques-unes de ses branches. Ils la manifestent aujourd'hui par l'excitation asphyxique des centres nerveux.

(1) Voir le numéro du 17 mars 1881, p. 253.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

MM. Lepage (de Gisors) et Nivet (de Clermont-Ferrand), récemment élus membres correspondants, adressent des lettres de remerciements. M. le docteur E. Durand adresse un travail manuscrit intitulé: Considérations sur une épidémie de variole observée à Marseillan (Hérault).

PRÉSENTATION

Traitement chirurgical du pied-bot varus équin. — M. Jules Guérin présente de nouveau l'enfant qu'il avait présenté il y a quatre mois, atteint à cette époque d'un double pied-bot varus équin des plus considérables et qui avait été opéré sans succès par un autre chirurgien.

Pour M. Jules Guérin ce fait était un exemple de l'insuffisance des méthodes en usage pour remédier à l'adduction considérable de l'avant-pied et à l'enroulement du pied qui constituent les deux principaux éléments du varus équin.

En effet, on se bornait presque toujours à couper le tendon d'Achille, et les sujets conservaient après l'opération une adduction extrême de l'avant-pied. Or, pour faire disparaître cet élément qui avait persisté chez cet enfant, M. Jules Guérin a eu recours à la section des jambiers antérieurs et postérieurs, à celle des longs et courts fléchisseurs des orteils.

Indépendamment de ces opérations complémentaires, M. Jules Guérin a été obligé de refaire la section des tendons d'Achille en deux points différents, au-dessus et au-dessous du siège des précédentes opérations. Ces dernières, ayant été pratiquées sans les précautions prescrites par la vraie méthode sous-cutanée, avaient été suivies de suppuration, ce qui avait déterminé des adhérences cicatricielles des parties.

Aujourd'hui, toutes ces complications ont disparu, et les deux pieds se présentent avec une régularité parfaite.

Il est à noter que le fait de la rétraction musculaire, comme cause du pied-bot, continue à être inscrit après la disparition de la difformité, dans la forme particulière du mollet, lequel reste court et élevé en contraste avec la longueur disproportionnée du tendon d'Achille.

M. Bouley, qui a assisté à l'opération dont M. Jules Guérin vient de rendre compte, dit qu'il lui faut une bien grande confiance dans les assertions de son collègue pour le croire lorsqu'il se dit octogénaire, après avoir vu avec quelle sûreté de main, avec quelle merveilleuse dextérité il a accompli les différents temps de cette délicate opération, dont le résultat est véritablement magnifique.

RAPPORTS

Exposition d'électricité. — M. Constantin Paul, à la demande formulée par M. le commissaire général de l'exposition prochaine d'électricité relativement aux propositions et aux observations que pourrait faire l'Académie, répond, au nom de la commission nommée à cet effet, qu'il serait important de réunir dans un même groupe tout ce qui est relatif à l'emploi de l'électricité en médecine. Dans ce groupe pourraient être établies les trois divisions suivantes: 1° appareils et instruments destinés aux recherches purement scientifiques; 2° appareils spécialement destinés à la pratique médicale et chirurgicale; 3° publications physiologiques et médicales relatives à l'emploi de l'électricité.

Encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs. — M. Proust, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouillaud et Parrot, lit un rapport sur un travail

de M. le docteur Riembault (de Saint-Étienne) relatif à l'*Encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs*.

M. le rapporteur, après une analyse détaillée du travail de M. Riembault, résume son rapport en ces termes :

Nous nous plaisons à reconnaître que M. Riembault a su séparer avec un incontestable talent les affections diverses, qui, jusque-là étaient confondues. Il a précisé avec netteté l'action de la poussière de houille sur les poumons, et il a déduit de cette étude d'utiles conséquences au point de vue de la prophylaxie. Il a tracé un tableau remarquable des symptômes et de la marche de l'accumulation de la poussière de charbon dans les poumons, et l'on peut dire qu'il a eu le mérite de nous faire connaître l'encombrement charbonneux des houilleurs.

Cet important travail mérite d'être accueilli par vous avec faveur ; aussi la commission propose-t-elle à l'Académie :

1° De remercier M. Riembault de son intéressante communication ;

2° De renvoyer ce travail au comité de publication, afin qu'il soit inséré dans les mémoires de l'Académie.

M. COLIN (d'Alfort) fait remarquer que, chez les animaux, les poussières de charbon ne produisent pas ces accidents irritatifs de voisinage dont il vient d'être question dans le rapport de M. Proust. Ce sont les poussières organiques qui produisent chez eux ces résultats et deviennent si souvent le point de départ de la tuberculisation pulmonaire. Peut-être que dans les faits rapportés par l'auteur du mémoire il n'y a que de simples coïncidences.

M. PROUST. Il n'y a pas de similitude entre les faits qui font le sujet de ce rapport et ceux dont parle M. Colin. L'état décrit par M. Riembault comme conséquence de l'encombrement charbonneux n'est nullement la phthisie tuberculeuse, ni la phthisie caséeuse. C'est une phthisie différente et d'une nature particulière.

M. COLIN. En ce cas, cette distinction n'avait pas été faite par Tardieu qui assimilait la phthisie des mineurs à la phthisie tuberculeuse.

Après ce court échange d'explications, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES

Réactif des ptomaïnes. — M. BROUARDEL, en son nom et au nom de M. E. Boutmy, lit un mémoire sur un réactif propre à distinguer les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux.

Dans ces derniers temps, l'attention des savants qui s'occupent de toxicologie a été appelée sur une classe particulière de composés organiques qu'on a nommés ptomaïnes et qui se produisent au cours de la décomposition cadavérique.

Les ptomaïnes sont des alcalis souvent cristallisables et qui présentent les propriétés générales des alcaloïdes végétaux.

On conçoit facilement l'importance qu'offrent les ptomaïnes lorsqu'il s'agit d'expertises médico-légales et la gravité des erreurs qu'elles peuvent faire commettre si le chimiste chargé de l'analyse des viscères ne connaît pas un moyen précis de les distinguer des alcaloïdes proprement dits.

Chargés par la justice de nombreuses expertises médico-légales, nous avons eu l'occasion de rencontrer des ptomaïnes, et nous les avons caractérisées par certaines différences qu'elles ont présentées dans leurs propriétés chimiques ou dans leur action physiologique avec les alcaloïdes provenant des végétaux.

MM. Brouardel et Boutmy sont parvenus à simplifier la recherche des ptomaïnes par l'emploi d'un réactif dont on n'avait pas encore fait usage dans ce genre d'investigation.

En résumé, les ptomaïnes (alcaloïdes cadavériques) présentent en général les plus importants des caractères chimiques et des propriétés physiologiques des alcaloïdes végétaux et peuvent, pour cette raison, être confondues avec ces derniers.

Le réactif proposé par MM. Brouardel et Boutmy est le cyanoferride de potassium. Ce sel, mis en présence des bases organiques pures prises au laboratoire ou extraites du cadavre, après un empoisonnement avéré, n'est suivi d'aucune modification. Il est, au contraire, ramené immédiatement à l'état de cyanoferrure par l'action des ptomaïnes et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer.

Il n'y a, jusqu'à ce jour, d'exception à cette règle que pour la morphine, qui réduit abondamment le cyanoferride, et pour la vératrine, qui donne des traces de réduction.

M. COLIN (d'Alfort) fait observer que les travaux de MM. Brouardel et Boutmy sont très-intéressants en ce sens qu'ils démontrent qu'il peut se développer sur le cadavre des alcaloïdes toxiques, soit au contact de l'air, soit à l'abri de l'air, analogues en cela aux deux grandes classes de microbes de M. Pasteur. On peut se demander, ajoute M. Colin, si dans les liquides altérés il ne se développe pas également des alcaloïdes semblables aux ptomaïnes, et quelle part leur revient dans l'action des matières putrides.

M. BROUARDEL dit qu'il a observé un empoisonnement chez une femme morte après avoir mangé de l'oie farcie. L'analyse des organes de la femme et de l'oie a montré la coexistence du même principe toxique dans le cadavre de la femme et dans les restes de l'oie. M. Brouardel admet qu'il peut se développer dans les liquides de l'organisme un principe toxique, la sepsine, sur laquelle M. Verneuil a appelé jadis l'attention de l'Académie.

M. COLIN dit qu'il a été autrefois consulté par la justice au sujet d'accidents survenus chez des personnes ayant mangé de la chair d'un animal malade. On croyait que cet animal était mort du charbon ; M. Colin, n'ayant point trouvé les symptômes de cette maladie, fut très-embarrassé pour répondre ; il pense que ces accidents pourraient être attribués aux ptomaïnes.

M. BOULEY fut un jour appelé à donner une consultation dans une affaire d'accidents survenus par l'usage de la viande d'un veau. Les inspecteurs de la boucherie accusaient le propriétaire, d'une honorabilité incontestable, d'avoir vendu ce veau, le sachant malade, et cet homme fut condamné. Mais M. Bouley ayant démontré que ces accidents pouvaient tenir à ce que le veau, jouissant, pour la première fois, de sa liberté, en avait abusé et s'était surmené par une course folle et que la chair de l'animal avait pu être altérée par suite de ce surmenage, le jugement fut rapporté et le propriétaire absous. Il fait remarquer, à l'encontre des objections de M. Colin, que les microbes et les alcaloïdes peuvent parfaitement coexister et exercer une action toxique indépendante. Du reste, les microbes, qui agissent à doses infinitésimales, ne sauraient être assimilés aux alcaloïdes cadavériques, car ils se multiplient dans l'organisme, ce que ne font pas les alcaloïdes.

M. LEROY DE MÉRICOURT rappelle que M. Corre, médecin de la marine, a, le premier, attiré récemment l'attention sur la cause des accidents qui suivent l'usage de la chair des poissons dits toxicophores. Il attribue ces accidents à l'altération de la chair qui a lieu quelques heures après la mort des poissons. Il faut les manger dès qu'ils sortent de l'eau.

M. BERTHELOT confirme ce fait.

M. GAUTIER dit que Selmi (de Bologne) n'est pas le premier qui ait parlé des alcaloïdes de la putréfaction. Dans un ouvrage de chimie physiologique, M. Gautier en avait déjà fait mention. Du reste, il pense qu'il y a lieu de faire de grandes réserves sur la valeur du moyen indiqué par M. Brouardel pour reconnaître la présence des alcaloïdes de la putréfaction et les distinguer des alcaloïdes végétaux. Certains de ces derniers, tels que la nicotine, exercent sur le cyanoferride de potassium la même action réductrice que celle que l'on a attribuée à la ptomaïne. Quant à la coexistence des microbes avec les alcaloïdes de la putréfaction, il n'y a pas de raisons de ne pas l'admettre ; leur action, du reste, ne saurait être assimilée, puisque les premiers agissent à dose infinitésimale, ce que ne font pas les seconds.

Enfin, suivant M. Gautier, ces alcaloïdes auraient un rapport très-direct avec les microbes ; les ptomaïnes seraient différentes suivant les microbes qui produisent le travail de la putréfaction.

M. J. GUÉRIN fait observer que dans cette question il convient de faire la part de l'inconnu. On a généralement une fâcheuse tendance à préjuger la cause des faits. Il existe de nombreuses observations qui établissent que l'altération de substances alimen-

taires peut déterminer des accidents. Il a observé, il y a trente ans, des accidents graves produits par l'usage de pâtés altérés. On peut trouver, dans les matières putréfiées, d'autres principes que ceux connus actuellement. Cela a de l'importance au point de vue de la médecine légale, et il y a lieu de recommander une plus grande réserve aux médecins experts.

M. BROUARDEL dit que, dans leur travail, M. Boutmy et lui ont eu pour but précisément de signaler l'existence de ces alcaloïdes de la putréfaction, afin de mettre en garde les experts contre de graves erreurs possibles, la présence des ptomaïnes pouvant donner le change.

M. COLIN rappelle que Liebig, dont le nom a fait si longtemps autorité en chimie, a écrit que les ferments étaient capables de se régénérer et de pulluler dans les matières fermentescibles. Il n'y a donc pas de raison pour que ces ferments n'agissent pas à la manière des microbes.

M. BÉCHAMP dit que, depuis longtemps, il s'est étudié à montrer que la cause des fermentations putrides, au lieu d'être extérieure, comme on le croit généralement, est toute interne; il n'est pas besoin de germes atmosphériques pour expliquer ces faits. Ce sont les microzymas, les plus petits des êtres microscopiques, puisqu'il n'en faut pas moins de quinze milliards pour remplir 1 millimètre cube, ce sont, dit-il, les microzymas qui deviennent la cause des accidents attribués à la présence des germes atmosphériques. M. Béchamp se fait fort de démontrer que dans un pancréas de bœuf il n'existe pas moins de 130 grammes de ces microzymas. Il y a là, suivant lui, tout un côté de la science qui reste encore dans l'ombre et qu'il s'agit de mettre en lumière. Il ne faut pas étudier seulement les germes venus du dehors, mais tenir compte des microzymas du foie, du pancréas, des poumons, etc. M. Béchamp espère que l'Académie voudra bien lui accorder mardi prochain quelques minutes d'attention.

M. GAUTIER déclare que M. Liebig n'a pas émis sur les ferments les opinions que lui prête M. Colin. Il a dit que les ferments étaient constitués par une matière albuminoïde en voie de décomposition, entraînant la matière fermentescible dans le même mouvement de dédoublement. La ptomaïne est, suivant lui, un alcaloïde inapte à se produire.

M. BÉCHAMP fait remarquer que plusieurs chimistes admettent une distinction entre les ferments organisés et les ferments solubles. Ces derniers supposent le corps qui les a produits.

Occlusion des orifices auriculo-ventriculaires. — M. S. ROSOLIMOS lit sous ce titre un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La théorie du redressement en dôme des valvules est vraie, mais elle est vraie en ce qui concerne les solipèdes. Par conséquent, c'est à tort que MM. Chauveau, Faivre et Marey ont voulu faire de la théorie du redressement une théorie générale se basant sur ce qu'ils ont observé chez le cheval.

2° La théorie de l'abaissement des valvules ou entonnoir est exacte dans son principe seulement; et les physiologistes qui admettent cette doctrine ont tort aussi de vouloir faire d'elle une théorie générale et d'avoir la prétention de combattre les uns par des raisonnements anatomiques, les autres par de fausses analogies, ce qui est exactement constaté sur des chevaux. Cette théorie s'applique parfaitement quant à la constitution de l'entonnoir aux ruminants, aux chiens et, à la rigueur, au cœur humain. J'ai fait tout à l'heure la distinction que la théorie en question est exacte « dans son principe seulement », faisant allusion à ce que je ne veux pas attribuer le rôle capital que Parchappe et ses adeptes ont attribué à la contraction des muscles papillaires pour la constitution de l'entonnoir. Mes expériences prouvent que la contraction de ces muscles n'est point indispensable à cet effet.

3° Dans l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit chez l'homme la valve interne ne reste point appliquée contre la cloison interventriculaire, comme l'a pensé M. Marc Sée; elle se comporte, pendant l'action du courant que je faisais agir du côté des ventricules, comme les autres valves. Je fus frappé, au contraire, d'avoir constaté chez le cheval ce que M. Marc Sée avait décrit à propos du cœur humain. La valve interne du cœur de cheval reste appliqué contre la cloison interventriculaire dans l'occlusion de l'orifice droit pendant l'action du courant. J'ai remarqué que cela tient à ce que de nombreux cordages assez courts la fixent contre cette cloison.

4° Le tracé cardiographique s'explique aussi bien étant admise la théorie du redressement que celle de l'abaissement des valvules. Par conséquent, contrairement à l'opinion des physiologistes, le tracé cardiographique ne doit pas servir d'argument en faveur de la théorie du redressement.

5° La contraction ne contribue directement ni en totalité (comme l'a pensé M. Onimus), ni en partie, comme le pensent d'autres physiologistes (Bouillaud, etc.), à l'occlusion des orifices, par la simple raison que, lorsque je faisais agir le courant sur des cœurs de cadavre, où évidemment il ne s'agit plus de contraction, au lieu de constater une insuffisance totale ou partielle, j'ai constaté au contraire l'occlusion parfaite des orifices auriculo-ventriculaires.

Le travail de M. Rosolimos est renvoyé à l'examen d'une composée de MM. Bouillaud, Marc Sée et Marey.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve du concours de l'adjuvat de la Faculté de médecine de Paris, épreuve écrite, a eu lieu vendredi. La question donnée était : « Le périoste, anatomie et physiologie. »

— L'administration de l'Assistance publique vient de faire changer les noms des salles de malades de l'hôpital de la Pitié, attribuant à chacune d'elles le nom d'un médecin ou d'un chirurgien français, voire même du célèbre inventeur de la vaccination, Jenner. C'est ainsi que la salle Saint-Gabriel a reçu le nom de Broca ; Saint-Jean, Gerdy ; Saint-Augustin, Lisfranc ; Saint-Louis, Michon ; Sainte-Claire, Grisolles ; Saint-Benjamin, Rostan ; Notre-Dame, Cruveilhier ; Saint-Michel, Monneret ; Sainte-Eugénie, Trousseau ; Saint-Raphaël, Rayer ; Sainte-Geneviève, Lorain ; Sainte-Marthe, Piorry ; Saint-Charles, Valleix ; Saint-Paul, Serres ; du Rosaire, Laënnec ; Saint-Athanase, Jenner.

— M. le professeur Gavarret, inspecteur général de l'enseignement supérieur, est nommé membre de la commission chargée d'étudier et de reviser les programmes de l'enseignement secondaire spécial.

— M. le docteur Chambard, chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, reprendra ses conférences d'anatomie normale et pathologique du système nerveux le samedi 14 mai à dix heures et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa leçon du samedi 14 mai 1881 au carré des plantes utiles du Muséum (grille d'Austerlitz), à une heure de l'après-midi, en remplacement de l'herborisation du dimanche.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Montmorency, le dimanche 15 mai 1881. Le départ aura lieu par la gare du Nord, pour Domont, par le train partant de Paris à huit heures vingt-cinq minutes du matin. On est prié de se faire inscrire dans les galeries de botanique du Muséum, de midi à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 13 mai inclusivement.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11200.

N° 56. — SAMEDI 14 MAI 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 14 MAI 1881. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du diabète sucré chez les enfants.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de diabète sucré chez des enfants dans le service de son maître, M. Labric, à l'hôpital des Enfants-Malades, M. le docteur H. Leroux en a profité pour étudier quelques points de cette affection.

Il y a quatre ans, en 1877, nous avons résumé les résultats de recherches faites sur ce même sujet par M. le docteur Redon. Entre autres points nouveaux ou peu connus jusque alors de l'histoire de cette affection dans l'enfance, qui ressortaient de ces recherches, nous rappellerons notamment : le fait de sa fréquence plus grande qu'on ne l'avait cru d'après le petit nombre d'observations rapportées dans les auteurs les plus connus parmi nous; la durée en général plus courte de la maladie; le fait à peu près constant, chez tous les petits malades, de la polyurie et de la polyphagie et d'une plus grande proportion de sucre que chez les adultes; la rareté relative de la complication de la phthisie; enfin une atténuation du pronostic, les guérisons s'étant montrées assez nombreuses toutes les fois que la maladie avait pu être reconnue de bonne heure et traitée en temps opportun.

Nous allons voir par l'analyse rapide de quelques faits rapportés dans le travail de M. Leroux, notamment de ceux qu'il a observés lui-même, la confirmation qu'ils donnent à quelques-unes des propositions de M. Redon, les réserves qu'ils commandent sur quelques autres et enfin les particularités nouvelles qu'ils mettent en lumière.

Au point de vue symptomatologique, voici les principales modifications que M. Leroux a constatées dans le fonctionnement des grands appareils.

La polyurie a été constatée dans tous les cas. Le nombre des mictions était plus considérable le jour que la nuit. L'urine était peu colorée, d'un jaune pâle ou légèrement verdâtre. La densité moyenne a varié entre 1030 et 1040.

Les observations personnelles de M. Leroux confirment l'opinion de M. Redon sur la quantité de sucre proportionnellement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte. Dans l'une d'elles, elle oscillait de 91 à 81 grammes par litre, au début, pour tomber ensuite à 70, 64, 50, et remonter à 80 au moment de sa sortie de l'hôpital, quoique l'état de l'enfant fût alors très-amélioré. Chez un deuxième malade, elle était de 80 grammes par litre et s'éleva à 105 grammes.

Dans l'appareil digestif, deux symptômes ont primé tous les autres : la polyphagie et la polydipsie. L'un de ces malades a présenté sous ce rapport un des types les plus complets. Il ne vivait que pour manger et boire, surtout pour boire. La polyphagie a été moins accusée et elle a été plusieurs fois troublée par les crises gastriques. Les nausées et les vomissements ont été notés, ainsi que la constipation et les douleurs épigastriques.

Dans les quatre cas soumis à son observation directe, M. Leroux a constaté les états décrits de la langue, des gencives, de la muqueuse buccale et des dents, et l'existence du parasite spécial de la bouche.

Dans deux observations, les bruits du cœur étaient normaux. Dans une troisième, il y avait des troubles cardiaques; le cœur était dilaté; on entendait un léger souffle à la pointe, le choc était faible; il y avait un affaiblissement évident dans la contractilité du muscle cardiaque.

Pour les organes respiratoires, voici ce qu'a constaté M. Leroux. Chez un premier malade dont la respiration était pure au début, il se manifesta des craquements au sommet gauche, puis une pleurésie du même côté. Un deuxième a eu une bronchite légère. Chez un troisième, qui n'avait présenté aucune modification du bruit respiratoire pendant la vie, on trouva à l'autopsie quelques noyaux caséeux.

La fièvre n'a joué qu'un rôle très-secondaire chez ces quatre malades. Elle a été tout à fait nulle chez l'un d'eux. Un deuxième a présenté une seule fois une température un peu élevée. Un troisième a eu un léger mouvement fébrile lié à une bronchite. Enfin le quatrième a eu une légère élévation thermique dans les derniers jours de sa vie, mais explicable par l'existence d'un noyau d'hépatisation pulmonaire.

Les quatre malades ont présenté l'état de sécheresse de la peau signalé par plusieurs auteurs, notamment par M. Redon, des furoncles, des abcès, des éruptions multiples. L'un d'eux a offert d'abord un érythème intense symétrique, formé de larges plaques surélevées, prurigineuses, occupant le nez et les régions géniennes; puis un psoriasis guttata généralisé sur le tronc, les membres, jusqu'au bout des doigts; une affection curieuse des ongles, suivie de leur chute; enfin, avec des sueurs, une éruption papuleuse, lichénoïde, et des furoncles.

Trois fois sur quatre, il y a eu phimosis et balanoposthite.

Un affaiblissement des facultés intellectuelles, consistant en une sorte d'apathie, a été constaté chez deux malades.

L'émaciation musculaire et l'amaigrissement général ont eu lieu chez tous.

Dans tous les cas observés et rapportés par M. Leroux, la terminaison a été fatale. Chez l'un d'eux, elle est survenue après une amélioration apparente qui avait autorisé un moment l'espoir de la guérison, par une de ces attaques d'un état dyspnéique et comateux traduisant une sorte d'intoxication qui a été récemment l'objet d'études et de recherches spéciales. C'est par un examen rapide de l'état de la question, à cet égard, que nous terminerons ce petit aperçu sur le diabète infantile.

L'acétonémie, cause de la mort chez les diabétiques.

A peu près à la même époque où nous résumions les recherches de M. Redon sur le diabète des enfants, les *Archives générales de médecine* publiaient un très-intéressant mémoire de M. le docteur Cyr sur la mort subite ou très-rapide dans le diabète, genre de mort assez fréquent, comme on le sait, chez les diabétiques, et qui survient souvent, sans transition, au milieu, quelquefois, d'un état de santé en apparence excellent, au moins relativement, ce qui a fait dire, dans le temps, que la vie était si fragile chez les diabétiques, qu'ils semblaient marcher toujours au bord d'un précipice. A quelques-unes des causes déjà connues de ces terminaisons fatales brusques, il faudrait en ajouter une récemment découverte et dont on doit la connaissance aux recherches de Cantani, de Kussmaul, Foster, etc.; nous voulons parler d'une intoxication spéciale déterminée par la présence dans le sang d'un produit des transformations que subit le sucre au sein de l'organisme, l'acétone, et à laquelle on a donné, à cause de cette origine, le nom d'*acétonémie*. La *Gazette des hôpitaux* en rapportait un exemple dans son numéro du 31 juillet 1880.

D'après Kussmaul, à qui on doit la première étude clinique complète sur ce genre d'intoxication, son symptôme caractéristique serait une dyspnée souvent très-intense, avec fréquence des mouvements respiratoires, sans qu'à l'auscultation on constate le moindre obstacle à l'entrée de l'air ou la moindre modification du murmure vésiculaire. Dès le début, cette dyspnée s'accompagne d'une vive agitation avec gémissements, cris et accélération des battements du cœur. Bientôt paraît le coma, qui va s'accentuant jusqu'à la mort. Celle-ci arrive au bout de quelques heures ou de quelques jours, trois ou quatre au plus.

Dyspnée, agitation, coma, tels seraient les trois symptômes capitaux de cette intoxication, auxquels s'ajoutent souvent des douleurs à l'épigastre, des troubles digestifs, nausées, vomissements, etc.

L'analyse des observations rapportées par M. Leroux dans les recherches précitées a donné, à ce point de vue, les résultats suivants.

Dans l'un des cas de mort que M. Leroux a observés, le malade, qui avait présenté une dyspnée intense, avec refroidissement des extrémités, n'exhalait pas l'odeur d'acétone ni aucune odeur rappelant celle du chloroforme ou de l'éther. Il n'oserait affirmer qu'il y ait eu là un cas d'acétonémie.

Dans un autre fait, pendant quelques jours, l'haleine avait une odeur chloroformique très-nette : en même temps l'enfant souffrait de vomissements répétés; la quantité des urines avait diminué et était tombée de 6 et 7 litres à 3 et 4. Le malade était très-abattu. Après une amélioration passagère, nouvelle crise avec diarrhée, vomissements répétés, diminution des urines, grand affaiblissement, dyspnée et odeur chloroformique; puis disparition de tous ces troubles. Ce malade, envoyé à la campagne, paraissait se rétablir, son état général était devenu satisfaisant, ses forces augmentaient, il reprenait un peu d'embonpoint, lorsqu'un jour il est mort brusquement sans que l'on ait pu obtenir de détails circonstanciés sur sa mort. M. Leroux se demande encore ici si l'on a affaire à un cas réel d'acétonémie, d'autant que, depuis les premières recherches que nous venons de rappeler, la valeur clinique de l'odeur chloroformique de l'haleine et des urines a été diversement interprétée et la signification même donnée à l'acétonémie contestée.

Ainsi, d'une part, pour quelques-uns l'origine de l'acétone ne saurait être séparée de l'idée de troubles digestifs; on l'aurait trouvée dans diverses maladies de l'estomac, d'après Kaulich, dans les intestins d'individus non diabétiques, d'après Cantani, pour qui la fréquence relative de l'acétonémie dans le diabète serait connexe à l'altération fonctionnelle des glandes de l'appareil digestif, cause même du diabète, suivant lui.

Kussmaul, après une série d'expériences sur des animaux chez lesquels il a déterminé par l'inhalation ou l'injection de cet agent des phénomènes de stupeur, de respiration stertoreuse et de dyspnée, a été conduit à admettre la théorie de Kaulich.

Des expériences de Foster et de Sandby semblent établir bien nettement que le sang des enfants morts de diabète contient de l'acétone dont les effets destructifs sur les globules sanguins expliquent à leurs yeux la dyspnée et la cyanose croissante en dépit de l'activité fonctionnelle des poumons.

D'un autre côté, des résultats tout différents auraient été constatés par Sanders et Hamilton.

En présence de ces dissidences, M. Leroux a cru pouvoir envisager la question un peu différemment. Il a observé un cas de terminaison fatale survenue brusquement dans le cours d'un diabète à marche lente, dans des conditions qui l'ont vivement frappé et l'ont amené à se demander quelle était la valeur de l'hypothèse de l'acétonémie. Le malade lui a présenté le tableau assigné à cet état : douleurs épigastriques, vomissements, puis dyspnée, agitation, délire, enfin cyanose, algidité et coma terminal; mais à aucun moment son haleine et son urine n'ont eu une odeur chloroformique ou éthérée.

L'examen des urines lui a montré d'abord une diminution notable dans leur quantité, qui, de 6 litres par nychthémère, est tombée à 2 litres et demi. Puis il a constaté que la quantité de sucre avait baissé (de 71 grammes par litre ou 426 grammes par jour, à 45 grammes par litre ou 125 par jour) en deux jours.

Il a trouvé de plus que l'urée a subi une diminution proportionnellement plus considérable : de 8 grammes par litre, soit 20 grammes par jour, elle est tombée à 3,90 par litre, soit 10 grammes environ en vingt-quatre heures. Enfin l'urine des deux derniers jours contenait une quantité notable d'albumine.

Qu'il y ait eu, dans ce cas, comme dans les précédents, une intoxication par le fait de la rétention de certaines des substances contenues dans l'urine, cela ne pouvait faire doute

aux yeux de personne. Mais quelles étaient ces substances? Était-ce dans ce cas l'acétone? M. Leroux fait remarquer avec juste raison qu'au point de vue clinique, le tableau que l'on a tracé de l'acétonémie ressemble tellement à celui de l'urémie, au caractère près de l'odeur spéciale dégagée par quelques malades, qu'en l'absence de ce caractère il ne lui a pas paru qu'il y eût lieu, dans ce cas, à admettre un autre élément toxique retenu dans le sang que l'urée.

Il y a, comme on le voit, bien des études et des recherches à faire encore sur ce sujet.

Aphasie spasmodique ou fonctionnelle.

A l'occasion de l'article de notre dernière Revue sur l'aphasie spasmodique ou fonctionnelle transitoire, M. le docteur d'Échérac nous communique le fait suivant, qu'il pense avec raison devoir conserver son intérêt, malgré sa date déjà un peu ancienne :

« C'était en 1866, à Montlignon (Seine-et-Oise), où j'exerçais à cette époque la médecine. Une jeune femme de 28 ans, accompagnée de sa petite fille, s'était trouvée en présence d'un chien atteint ou suspecté de la rage et poursuivi par une foule assez nombreuse de personnes; l'effroi était grand, et la pauvre mère, en proie à une terreur indicible, avait saisi son enfant dans ses bras, et, pour la soustraire au danger, s'était enfuie vers son domicile, outrepassant de beaucoup la mesure de ses forces.

« Arrivée chez elle, elle était incapable de raconter les faits qui venaient de se passer, et dont sa petite fille seule, âgée de sept ans, put nous donner les détails. Je la vis quelques instants après; elle était dans un état d'agitation très-grande encore, et d'impatience surtout, causée par l'impossibilité absolue dans laquelle elle se trouvait de prononcer une parole intelligible. Ce n'était pas du mutisme. Mais la pauvre femme n'avait à son service pour traduire sa pensée qu'une série de sons inarticulés. Il n'y avait eu ni perte de connaissance, ni attaque spasmodique, aucune trace d'hémiplégie ni d'hémianesthésie, ni céphalalgie, ni vomissements. L'intelligence était dans un état d'intégrité parfaite. Espérant que peut-être elle serait plus habile à écrire les mots qu'elle ne pouvait prononcer, je lui donnai un crayon; mais les lettres qu'elle traçait sans suite reproduisaient tout à fait l'incohérence de son langage. Cependant la conservation intacte des facultés mentales de la malade lui permettait de répondre par signes affirmatifs ou négatifs aux questions qu'on lui adressait.

« Cet état s'améliora rapidement sous l'influence d'un repos complet, de quelques dérivatifs et d'un traitement antispasmodique. Le lendemain, le vocabulaire de la malade, bien que très-incomplet encore, lui laisse la possibilité d'esquisser quelques phrases interrompues par de nombreuses lacunes, et, huit jours après, le rétablissement de sa santé était complet, sans qu'elle eût présenté aucun autre accident. »

Bien que, par certains points, cette observation diffère de celles que nous avons rapportées dans l'article précité, il y a néanmoins entre elles une grande analogie. Dans le fait rapporté par notre confrère, comme dans les autres, on ne peut, en effet, invoquer, comme cause des accidents, aucune lésion cérébrale, mais bien seulement un ébranlement profond spasmodique du réseau capillaire, très-probablement limité au lobe frontal gauche.

Traitement prophylactique de l'éclampsie par le régime lacté.

Nous avons appelé dans le temps l'attention sur les effets du régime lacté dans le traitement de l'albuminurie des femmes enceintes, et sur ses indications comme traitement préventif de l'éclampsie, formulées dans un remarquable travail de M. Tarnier sur ce sujet. On se rappelle que ce traitement consiste à soumettre la femme reconnue albuminurique au régime lacté exclusif, sans mélange d'aucun autre aliment. Nous trouvons, dans une leçon faite à la clinique d'accouchements par M. Chantreuil, pendant qu'il était chargé intérimairement du service de M. Depaul, et qui fait partie d'un petit recueil de ses leçons récemment publié, une série de faits en faveur de cette méthode, qu'il nous a paru intéressant de résumer ici.

Une Américaine parvenue au huitième mois de sa grossesse, ayant pris froid pendant un voyage, arriva à Paris la face bouffie, les jambes infiltrées; ses urines contenaient une quantité énorme d'albumine. Mise par M. Chantreuil au régime lacté, à la dose de 4 litres par jour, au bout de six jours elle ne rendait déjà plus d'albumine dans ses urines. L'albumine étant revenue, mais en petite quantité, quelques jours après elle reprit et suivit le même régime pendant trois semaines. Au bout de ce temps, elle accoucha sans la moindre attaque d'éclampsie.

Le même régime fut prescrit à la femme d'un confrère, enceinte et fortement albuminurique. L'albuminurie disparut complètement en quinze jours, et l'accouchement eut lieu à terme sans éclampsie.

Une femme, au septième mois de sa grossesse, avait vu survenir une anasarque généralisée : jambes, cuisses et ventre très-œdématiés, face bouffie, poumons envahis dans une grande étendue, d'où accès de dyspnée effrayants, urine contenant une grande quantité d'albumine. La malade, que M. Chantreuil voyait en consultation avec deux confrères, fut mise à l'usage du régime lacté exclusif, après avoir administré toutefois 35 grammes d'eau-de-vie allemande qui amenèrent des selles copieuses, sans aucun retentissement fibreux de l'utérus. Sous l'influence du régime lacté, élevé jusqu'à la dose de 5 litres de lait par jour, au bout de quelques jours, la dyspnée et l'anasarque avaient disparu d'une façon complète. L'albumine, dont la quantité avait augmenté considérablement sous l'influence du purgatif, disparut aussi progressivement. Au bout de trois semaines, il n'y en avait plus aucune trace. Un mois après le début des accidents, vers sept mois et demi de grossesse, elle accoucha spontanément, sans éclampsie, d'un enfant mort depuis quelques jours.

Chez d'autres malades, bien que, sous l'influence du même régime, l'albumine ait diminué seulement de quantité, l'accouchement a eu lieu également sans éclampsie. Chez une, entre autres, qui avait éprouvé des accidents éclampsiques graves à une précédente grossesse, et qui était redevenue enceinte et parvenue au septième mois, avec nouvelle albuminurie, le régime lacté exclusif a diminué considérablement la proportion de l'albumine, sans la faire disparaître complètement, et elle est arrivée au terme de sa grossesse, sans accidents; elle a accouché spontanément d'un enfant bien portant. Peu après l'accouchement, l'albumine a disparu.

Chez une femme atteinte d'albuminurie liée à des lésions persistantes des reins, et parvenue au septième mois et demi de sa grossesse avec une albuminurie extrêmement abon-

dante, accompagnée de fièvre et de douleurs dans le flanc et les lombes, le régime principalement lacté ayant été institué, la fièvre et les douleurs disparurent, l'albumine diminua de quantité. Ayant été soumise ensuite au régime lacté exclusif, l'albumine se maintint à des proportions très-minimes pendant tout le reste de sa grossesse. Il n'y eut ni œdème, ni aucun trouble nerveux, et l'accouchement se fit à terme, très-péniblement, en raison d'une présentation vicieuse, et après un long travail et la nécessité de manœuvres obstétricales, mais sans aucun phénomène d'éclampsie.

Ces exemples, que nous choisissons parmi ceux qu'a rapportés M. Chantreuil dans cette leçon, nous paraissent suffisants pour encourager les praticiens à recourir à cette méthode dans les mêmes circonstances.

REVUE DE LA PRESSE

De la laryngite striduleuse considérée comme symptôme de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiqués trachéo-bronchiques. — D'une étude basée sur de nombreuses observations, M. le docteur Barêty a tiré les conclusions suivantes : La laryngite striduleuse, ou faux croup, est une affection aiguë, caractérisée par un trouble moteur de la glotte et reconnaissant pour cause un engorgement ou une congestion rapide des ganglions trachéo-bronchiques. Cette affection se traduit par un ou plusieurs accès de dyspnée subite, parfois effrayants, survenant le plus souvent la nuit, entre minuit et quatre heures du matin, avec sifflement expiratoire aigu, bruyant, avec raucité de la toux, tandis que la voix est généralement claire, congestion de la face, avec ou sans mouvement fébrile, absence ou rareté de l'expectoration. Elle est habituellement précédée d'un léger catarrhe nasal, pharyngien et laryngo-trachéal, consécutif à un refroidissement rapide. Elle est souvent suivie d'un peu de toux. Elle atteint les enfants âgés de un à neuf ans et particulièrement les enfants lymphatiques, nés de parents lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux. Elle est compatible avec un état de santé en apparence florissant.

Les récidives ne sont pas rares. Parfois l'affection se borne à un seul accès plus ou moins violent. Souvent l'accès se répète la nuit suivante ou les deux nuits suivantes, quelquefois aussi deux fois dans la même nuit; mais les accès qui suivent le premier dans la même atteinte du mal sont de moins en moins violents. D'autres accès peuvent se manifester dans la même année et les années suivantes, et dans les mêmes conditions étiologiques. Mais avec l'âge les accès diminuent de violence sans que pourtant la cause essentielle, l'engorgement ganglionnaire du médiastin, soit pour cela moins prononcée. Cela paraît dépendre surtout de la grandeur de la glotte, qui, très-petite dans le jeune âge, s'élargit plus tard.

Le pronostic peut être très-bénin, comme il peut être très-grave, jusqu'au point de causer la mort par asphyxie, dans un espace de temps excessivement court. Les complications les plus habituelles, lorsqu'elles surviennent, sont : 1° une congestion plus ou moins aiguë de l'un des sommets, le sommet qui correspond précisément au côté où l'adénopathie est la plus prononcée; 2° une bronchite plus ou moins intense avec ou sans congestion des bases. Ces deux complications sont spécialement aggravées par l'engorgement ganglionnaire, en raison de la gêne que ces ganglions hypertrophiés exercent dans la libre circulation du sang et de l'influx nerveux dans les poumons en comprimant et en excitant morbidement les nerfs et les vaisseaux qui les avoisinent.

Les troubles laryngés se produisent par l'intermédiaire des nerfs récurrents qui sont en rapport direct dans le thorax et le long de la trachée, avec les ganglions trachéo-bronchiques. Le traitement est curatif et prophylactique; il faut traiter l'accès et en traiter les causes aujourd'hui connues, au moins je l'espère, dit M. Barêty, c'est-à-dire le tempérament lymphatique et la constitution plus ou moins faible. En dehors de l'accès, dont le traitement consiste dans des vomitifs et des révulsifs cutanés et dans l'administration de quelques calmants, le traitement fondamental et prophylactique est le traitement antiscrofuleux : préparations iodées, huile de foie de morue, lait phosphaté, habitation au bord de la mer, etc. (*Journ. des connaiss. méd.*)

De l'anasarque dans les collections purulentes de la plèvre et des poumons. — M. le docteur Édouard Rondot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a eu l'occasion d'observer dernièrement, avec le docteur Gautier (de Mamers) un vieillard d'une soixantaine d'années, atteint d'une pleurésie qui s'accompagna, dès le début, d'une anasarque rapide, sans albumine dans l'urine, et qui prit fin pour reparaître plus tard. La thoracentèse révéla la nature purulente de l'épanchement dont une partie seulement fut évacuée, tandis qu'une poche séparée se vida partiellement par les bronches, le reste ayant probablement disparu par résorption comme dans un fait analogue rapporté par M. Moutard-Martin. Le malade guérit parfaitement.

Cette observation ayant engagé M. Rondot à faire des recherches sur le même sujet, il a trouvé dans les auteurs, notamment dans un travail de M. Moutard-Martin, intitulé : *La pleurésie purulente et son traitement* (1), un certain nombre de faits qui, joints à celui qu'il venait d'observer, lui ont permis de déduire les conclusions suivantes : 1° l'anasarque, à des degrés variables, s'observe parfois dans le cours de la pleurésie purulente, en dehors de la période cachectique, d'une affection cardiaque ou de l'albuminurie. Son mode d'apparition ressemble à celui des œdèmes de la maladie de Bright. Elle disparaît plus ou moins rapidement, après l'évacuation spontanée ou provoquée de l'épanchement pleural. Sa constatation corrobore celle des autres symptômes indiquant l'existence du pus, et peut, en leur absence, être invoquée comme l'indice d'une collection purulente. On ne la trouverait pas dans les pleurésies séreuses.

2° Cette anasarque, coïncidant avec un abcès du poumon, traduirait la formation de la cavité purulente et disparaîtrait ensuite avec le rejet du liquide par vomiques. L'anasarque survient donc quelquefois comme complication dans les collections purulentes de la plèvre et du poumon. (*Gaz. hebd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Syphilis héréditaire. — M. LANNELONGUE communique plusieurs observations de syphilis héréditaire chez des enfants ou des adolescents, et fait suivre ces observations de réflexions qu'il résume en ces termes :

Il résulte de ces faits un certain nombre de conclusions qu'il importe de mettre en relief.

La syphilis héréditaire donne lieu, pendant la période d'activité du squelette, à des troubles qui ont diverses conséquences. Suivis dès l'origine, ces troubles se montrent à l'état d'inflammations subaiguës de l'os et du périoste.

Le gonflement de l'os prend la forme des périostoses et des hyperostoses, et il amène une augmentation du volume et de la longueur de l'os. Le siége de ces hyperostoses est la région des diaphyses voisines des épiphyses, point où l'activité nutritive est extrêmement accentuée; de cette région, le travail néoplasique se propage le long des diaphyses, suivant une marche centrale ou périphérique. Il peut comprendre 10 et 15 centimètres de la longueur d'un os long. — L'évolution ultime de ces hyperostoses

(1) Paris, 1872.

amène quelquefois, comme chez l'adulte, des abcès et des esquilles osseux. Elle laisse, en tout cas, des déformations singulières et permanentes que le traitement est impuissant à guérir. Ces déformations ont une physionomie particulière qui permet de les reconnaître.

Les os longs des membres peuvent en être frappés; mais il semble, d'après les faits précédents, qu'on doit mettre au premier rang le tibia, le cubitus, le radius, le fémur, l'humérus.

Je ne saurais affirmer que toutes ces observations soient absolument du domaine de la syphilis héréditaire, car on pourrait, à la rigueur, concevoir et soutenir qu'il y a eu, avant l'époque de l'apparition des accidents osseux, un accident primitif qui a échappé.

Dans la deuxième observation, il a existé, en effet, à l'âge de deux ans, des plaques muqueuses anales. Mais, dans les autres faits, on ne trouve aucune trace de l'inoculation primitive, et l'un des parents, sinon les deux, fournissent la preuve de la syphilis avant la procréation du nouveau-né. Il est d'ailleurs parfois bien difficile d'arriver à une enquête satisfaisante; le mauvais vouloir des parents, leur incurie, leur ignorance, sont des obstacles contre lesquels on se heurte vainement.

Que ces accidents soient imputables dans un cas à l'hérédité et dans l'autre à une inoculation pendant la naissance ou le bas âge, il n'en importe pas moins de reconnaître, dès leur origine, ces formes de syphilis infantile tardive, lorqu'elles frappent le squelette.

En effet, les accidents syphilitiques qui atteignent les os en pleine activité de leur développement impriment à ce développement une direction fausse et viciée, dont la cause méconnue conduira à des déformations permanentes et incurables.

Au contraire, le traitement mixte d'abord, ensuite par l'iodure de potassium longtemps prolongé, arrête l'évolution des lésions osseuses quand les malades sont traités au début. Il amène la disparition presque complète du gonflement de l'os dans les premières phases du mal. Mais il n'en est plus de même lorsque l'os a pris une nouvelle contexture; le traitement spécifique n'a plus guère d'effet que sur les complications de voisinage, à partir du périoste jusque dans les parties molles.

Ces complications guérissent, mais l'os conserve sa forme défectueuse avec une densité plus grande et une apparence beaucoup plus compacte.

M. VERNEUIL a eu l'occasion d'observer trois faits analogues à ceux que vient de présenter M. Lannelongue. Il n'y a, dit-il, dans ces cas, aucune difficulté pour le diagnostic, car il est impossible d'en porter un autre que celui de syphilis. Les lésions sont, en effet, absolument caractéristiques. Aussi n'est-ce pas sur ce point que je veux m'arrêter, mais bien sur la difficulté, dans ces cas, du diagnostic différentiel entre la syphilis héréditaire proprement dite et la syphilis tertiaire acquise de l'adolescence. Je n'ai pas encore rencontré d'exemples de syphilis héréditaire dans le sens littéral du mot. Dans les trois faits que j'ai observés, il s'agit bien évidemment de syphilis acquise.

Le premier fait se rapporte à un garçon de dix-sept ans qui vint me trouver avec la jambe droite couverte de gommes depuis le haut jusqu'en bas. Il portait des cicatrices anciennes. Les premières manifestations tertiaires s'étaient développées chez lui à l'âge de douze ans. Voici ce que j'appris de la mère de cet enfant: Alors que cet enfant était âgé de deux ans et qu'elle venait d'avoir une petite fille, cette femme avait pris un nourrisson de Paris, lequel nourrisson lui donna la syphilis ainsi qu'à ses deux enfants. J'avais donc devant les yeux un fait extrêmement net de syphilis tertiaire qui éclata à l'âge de douze ans, mais qui avait été contractée à l'âge de deux ans.

Je reçus un jour à Lariboisière une femme très-respectable avec sa nièce âgée de douze ans. Celle-ci avait une jambe couverte de gommes suppurées. La tante m'apprit qu'au moment de la naissance de cette enfant, un homme était devenu l'amant de la mère et lui avait donné la syphilis ainsi qu'à son enfant.

Une de ces Italiennes qui servent de modèles aux peintres m'amena un jour, à la Pitié, son enfant qui présentait une gomme du coude, une périostose du fémur et une ulcération de la jambe absolument caractéristiques. Le père et la mère n'avaient jamais rien eu. Mais la mère, pendant qu'elle posait dans les ateliers, avait mis son enfant en nourrice, et c'est en nourrice qu'il avait contracté la syphilis.

Ces enfants, en dehors de la syphilis, ne présentaient aucune diathèse, aucune autre affection, et ils étaient parfaitement développés.

Il s'agissait là d'accidents de syphilis acquise comme chez l'adulte. En résumé, je terminerai en posant cette question: Étant donné des accidents de syphilis tertiaire chez l'enfant ou chez l'adolescent, est-il possible de distinguer s'il s'agit de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise?

M. DUPLAY a communiqué, il y a trois ans, deux observations d'ostéo-périostite subaiguë survenue chez des sujets âgés de douze à quinze ans et qui avait amené une déformation considérable de l'os, laquelle avait disparu sans laisser de traces et sans aucun traitement.

D'après les faits observés par M. Lannelongue, on pourrait considérer cette affection comme de la syphilis héréditaire; toutefois il faut bien remarquer que ces jeunes sujets ont parfaitement guéri sans aucun traitement. Il est donc bien important, avant d'accepter ce diagnostic de syphilis, de faire observer que la guérison a été tout à fait spontanée.

M. BOINET soigne depuis 1849 une famille dont le père, alors garçon à cette époque, revint d'Amérique avec des chancres, des plaques muqueuses dans la gorge et une gomme testiculaire. Malgré l'opposition de M. Boinet, cet homme se maria; sa femme devint une première fois enceinte et fit une fausse couche à six semaines. Elle contracta la vérole, qui se manifesta surtout chez elle par une périostose du frontal. Après trois ou quatre mois, nouvelle grossesse, fausse couche à trois mois. Troisième grossesse, fausse couche à quatre mois et demi. Elle eut ainsi sept enfants dont pas un seul n'arriva à terme. La septième arriva à sept mois et demi, portant toutes les traces de la syphilis. Enfin à la huitième grossesse, l'enfant vint à terme, mais chétif, malade: il a vécu un an, puis il est mort de méningite. A la neuvième grossesse, ce fut une petite fille qui vit encore. A trois ou quatre ans, elle fait une chute d'où il résulte une écorchure au bras qui ne voulait pas guérir. Je finis par reconnaître un ulcère syphilitique. J'employai l'emplâtre de Vigo. Elle finit par guérir de cette ulcération, mais elle est restée chétive, et il est bien évident que cette jeune fille est en possession d'une syphilis héréditaire à laquelle elle finira par succomber.

M. TRÉLAT a eu l'occasion d'observer les faits suivants: Le premier a trait à une petite fille de deux ans et demi dont le pouce présentait un aspect fusiforme et dont deux phalanges portaient de grosses tumeurs en forme de fuseau, avec une rougeur subintense. La mère de cet enfant était extrêmement grosse. L'enfant est aujourd'hui une jeune fille grosse, molle et blonde, manifestement atteinte de scrofule. Sous l'influence d'applications de teinture d'iode, de l'huile de foie de morue iodé, elle guérit très-bien. Mais, deux ans après, il se fit une reproduction sur le cinquième métacarpien. L'huile de foie de morue iodée amena cette fois encore la guérison en l'espace de six semaines. Une autre jeune fille présenta la même lésion sur un troisième métacarpien; même traitement et même disparition des accidents. Le traitement, dans ces cas, est donc absolument vainqueur de l'affection. Dans les faits de M. Lannelongue, ce succès du traitement par l'iodure de potassium ne suffirait donc pas pour faire admettre la syphilis, puisque ce traitement réussit tout aussi bien dans certaines autres affections non syphilitiques.

M. DESPRÈS ne met pas en doute que plusieurs des cas de M. Lannelongue sont des cas de syphilis franchement héréditaire. Mais, chaque fois qu'il y a des plaques muqueuses après la naissance, on peut être certain qu'il s'agit de syphilis communiquée. Dans le cas de M. Boinet, ce n'est qu'à la neuvième grossesse, c'est-à-dire quand la maladie est épuisée par elle-même et non parce qu'on a donné du mercure, que l'enfant a pu venir à terme.

M. Lannelongue aurait dû rechercher avec plus de soin les antécédents. Il y a, en effet, des accidents tertiaires de maladies graves telle que la variole, le choléra, les chutes graves, qui ressemblent beaucoup aux accidents observés par M. Lannelongue.

M. HEURTELOUP. Dans les observations de M. Lannelongue, les malades n'ont pas présenté les plaques érosives syphilitiques du début. On voit parfois des accidents du périoste et de l'os survenir dans l'année qui suit l'accident primitif du début. Ces accidents guérissent très-rapidement et presque sans traitement. Il reste seulement sur l'os quelques nodosités comme celles qu'a signalées M. Lannelongue.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'iodure de potassium agit aussi bien sur les accidents scrofuleux que sur les accidents syphilitiques. Le succès du traitement employé par M. Lannelongue ne suffirait donc pas pour faire admettre la syphilis. Quant aux lésions du système dentaire, telles que celles qu'a montrées M. Lannelongue, rien ne prouve qu'elles soient syphilitiques, puisque, comme l'ont démontré Hutchinson, Broca, toutes les lésions constitutionnelles qui apparaissent au moment de l'évolution dentaire agissent sur le système dentaire. On peut donc ainsi trouver des altérations très-variées du système dentaire et qui n'ont rien de syphilitique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Missions du docteur Crevaux dans l'Amérique équatoriale, 1876-1881.

La Société de géographie a fait vendredi dernier les honneurs d'une séance solennelle, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, au docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, de retour depuis peu d'une troisième mission scientifique dans l'Amérique équatoriale.

Notre jeune et distingué confrère a commencé le récit, qu'il était appelé à faire devant une assistance des plus nombreuses, en résumant en quelques mots les résultats de ses précédents voyages. Le premier (1876-1877) eut pour but l'exploration du Maroni et du Yary dans la Guyane française. Le second (1878-1879), d'un parcours beaucoup plus considérable, — il n'a pas été moindre de 1,400 lieues, dont une grande partie en pays nouveau, — comprenait l'exploration du Oyapock et du Parou dans la Guyane française, d'une longue portion du fleuve des Amazones dans sa traversée du Brésil, puis de deux de ses affluents de tête, le Yapura ou Caqueta et l'Iça ou Putumayo, qui prennent tous deux naissance dans la Cordillère des Andes. Dans la troisième mission scientifique (1880-1881), qui lui avait été confiée par M. le ministre de l'Instruction publique, et dont il est tout récemment de retour en France, le docteur Crevaux, parti de Saint-Nazaire le 6 août 1880, toucha terre à Savanilla (Colombie) dans la mer des Caraïbes. C'est de ce point que, accompagné de M. Lejanne, pharmacien de la marine, et de son fidèle serviteur, le nègre Apatou, qui ne l'a pas quitté un seul instant dans aucun de ses voyages, il a remonté le Magdalena à travers la Colombie, il a franchi la Cordillère des Andes, atteint les sources du Guayabero qu'il a baptisé du nom de Rio de Lesseps et suivi tout le cours de l'Orénoque, jusqu'à son embouchure dans l'Océan.

Durant ce voyage, long de 850 lieues, dont 425 dans un pays inconnu, nos courageux explorateurs eurent à affronter mille périls de toute nature, au milieu d'une contrée des plus malsaines et tellement dénuée d'habitants qu'ils naviguèrent pendant dix-sept jours sans rencontrer un seul être humain, et qu'ils furent réduits à vivre un certain temps n'ayant pour toute nourriture que des bourgeons de palmier. C'est ainsi qu'ils perdirent des suites d'une piqûre un jeune marin, Burban, qui succombait en quelques heures, payant de sa vie son dévouement à la science; c'est ainsi qu'Apatou, entraîné au fond de l'eau par un caïman, n'échappa, pour ainsi dire, que par miracle à une mort certaine; c'est ainsi que M. Lejanne faillit aussi, à son tour, être saisi par le même saurien, et que notre confrère, pris sous un bambou comme sous un laminoir, n'en sortit que contus, meurtri, presque broyé.

Le docteur Crevaux n'attribue, avec une modestie qui lui fait le plus grand honneur, « le succès de ses voyages qu'à sa bonne constitution, à un peu d'audace et à beaucoup de chance »; il ne serait que juste d'ajouter : à une grande énergie et à un courage à toute épreuve.

En outre de la découverte de régions absolument inconnues jusqu'ici, nos savants voyageurs ont encore le mérite d'avoir rapporté de nombreuses collections ethnographiques, anthropologiques et d'histoire naturelle les plus précieuses. Enfin la fabrication du curare, naguère encore un mystère, a été complètement élucidée par le docteur Crevaux au point de vue botanique et géographique, grâce à l'influence d'un collier sur une jeune Indienne qui se laissa séduire et entraîner au milieu des bois pour montrer à notre confrère la plante dont on se servait pour empoisonner les flèches. Ainsi les Indiens du haut Amazone emploient le *Strychnos Castelneana*, ceux de la Guyane le *Strychnos Crevauxii* décrit par M. Planchon, et ceux de l'Orénoque le *Strychnos toxifera*.

Nous ajouterons que, dans son intéressant récit, M. Crevaux a rapporté le fait que les Indiens de ces contrées attribuent les affections de poitrine, dont ils sont parfois atteints, à la présence des blancs, fuient ceux-ci le plus possible et s'éloignent à de grandes distances dès qu'ils entendent le moindre accès de toux ou même le moindre éternuement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps de l'internat des hôpitaux de Paris vient d'être cruellement frappé. M. Jarry, interne de M. le professeur Gosselin, a succombé, à l'âge de vingt-quatre ans, aux complications cardiaques et pulmonaires d'un rhumatisme articulaire.

Mardi soir, à cinq heures, une assistance nombreuse composée en majorité d'internes des hôpitaux, était réunie à l'hôpital de la Charité pour adresser un dernier adieu à Jarry.

Près du cercueil se pressaient les chirurgiens et médecins de la Charité, le directeur de l'hôpital et M. Quentin, directeur de l'Assistance publique.

Un des internes de M. le professeur Gosselin, M. Michaud, s'est détaché de ses collègues et est venu en termes émus retracer la vie trop courte de son collègue.

Jarry débuta brillamment dans la carrière médicale comme interne, puis comme prosecteur à Nantes. Il n'était arrivé à Paris que depuis deux ans; il contracta en 1880 la diphthérie dans le service de M. le professeur Parrot, et il eut la douleur de perdre sa mère, qui avait, en le soignant, contracté le germe fatal de cette maladie : à peine rétabli, il prend part au concours de l'internat et obtient le premier rang, juste récompense de tant de sacrifices et de tant de travail. Ce succès, hélas! devait être bien éphémère. La constitution de Jarry restait ébranlée; dans le courant d'avril, Jarry était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui, au bou de peu de jours, prit la forme la plus grave.

Malgré les soins les plus assidus de tous les médecins de la Charité, de ses collègues, de son malheureux père, accouru du fond de la Vendée, il ne tarda pas à succomber, laissant des regrets unanimes parmi tous ceux qui ont pu le connaître et l'apprécier.

M. Quentin, directeur général de l'Assistance publique, a pris ensuite la parole pour saluer une dernière fois ce jeune interne si dévoué à ses malades, ce jeune lauréat dont la brillante carrière a été si brusquement et si tristement interrompue.

— Le sujet de la composition écrite du concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris est : le système artériel, circulation artérielle, anévrysme artérioso-veineux. Quant aux

questions orales, elles sont formulées : 1° prostate et portion prostatique de l'urèthre ; 2° vessie. Enfin pour l'épreuve dite des pièces sèches, les candidats devront remettre le 14 juin prochain des préparations anatomiques et histologiques sur : le testicule, l'épididyme, vaisseaux, nerfs et lymphatiques.

— M. Borel (André-Amédée), pharmacien à Saint-Ouen, secrétaire de l'Association philotechnique de cette ville, est nommé officier d'académie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Baur, préparateur du laboratoire de chimie, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Lambling, démissionnaire.

M. Demange, aide-préparateur de chimie, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1880-81, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Baur, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Charazac (Joseph-Félix-Eusèbe), né le 13 août 1858 à Beaulieu (Corrèze), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de géologie.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste du cours de géologie au Muséum, fera, dimanche prochain 15 mai 1881, une excursion géologique à Bellevue, Meudon et Vanves. On se réunira à la gare Montparnasse où l'on prendra à dix heures cinq minutes du matin le train pour Bellevue.

— M. le docteur Ribemont, chef de la clinique d'accouchement et de gynécologie, commencera un nouveau cours théorique et pratique d'accouchements le lundi 16 mai 1881, à quatre heures et demie du soir.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, reprendra son cours de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 17 mai, à quatre heures, amphithéâtre n° 3 de l'École Pratique, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— M. Fouqué, professeur d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collège de France, ne recommencera son cours que le jeudi 19 mai 1881, à neuf heures du matin ; il le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11200.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

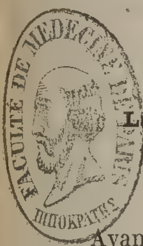
Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

La clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de médecine de Paris.

I

Avant de reprendre le cours de mes leçons cliniques, je voudrais vous dire quelques mots du nouvel hôpital où nous nous trouvons réunis aujourd'hui pour la première fois, de cet hôpital qui nous a donné beaucoup de tribulations, beaucoup de tracas, et que l'on vient enfin d'ouvrir.

Je l'ai déjà dit le jour de l'inauguration, si je ressens une grande joie en voyant enfin réalisées ces améliorations si vivement désirées, j'éprouve aussi quelque serrement de cœur d'avoir quitté l'ancienne clinique, où s'était écoulée toute ma vie médicale, où j'avais débuté comme élève, bien loin de me douter alors de l'honneur qui m'était réservé de remplacer un jour dans la chaire de clinique obstétricale le maître éminent en l'art des accouchements, Paul Dubois.

Malgré ses imperfections, notre vieille clinique a permis au maître, dont nous vénérons la mémoire, de former un grand nombre d'hommes capables, actuellement répandus sur tout le territoire de la République.

La clinique d'accouchements n'est pas de création bien ancienne. A l'époque où je commençais mes études médicales, l'enseignement clinique obstétrical n'existait pas à la Faculté de médecine de Paris, et, si un étudiant assistait une fois par hasard à un accouchement dans le cours de ses études, c'était en dehors de la Faculté, soit chez quelque sage-femme, soit dans quelque cours particulier et moyennant une petite rétribution. Aussi, avant 1835, les jeunes médecins, en quittant Paris, rentraient-ils chez eux sans jamais avoir vu une femme accoucher, sans même avoir examiné une seule femme enceinte. Combien de centaines de médecins ne se sont-ils pas trouvés aux prises avec les difficultés inhérentes à la pratique obstétricale, par suite de leur ignorance forcée, dès leurs premiers pas dans l'exercice de la profession! Quelques-uns même abandonnèrent courageusement, pendant un certain temps, leur clientèle pour venir étudier à la Faculté la plus voisine l'art des accouchements.

Aujourd'hui même, l'un de mes auditeurs, docteur en médecine, est venu me demander une carte pour étudier les accouchements, ce dont je le loue vivement, car nul d'entre nous ne doit s'embarquer pour faire ce qu'il ne sait pas.

Je vous disais donc que l'origine de l'enseignement clinique des accouchements est de date relativement récente. En effet, en 1794, lorsque l'on organisa trois grandes écoles de santé pour tout le territoire de la République française, on créa dans l'École de Paris douze chaires, dont une d'accouchements, mais d'enseignement purement théorique. Elle fut donnée à Alphonse Leroy, accoucheur d'une certaine valeur pour cette époque-là, tandis que Baudelocque, esprit sage et d'un grand mérite, fut seulement nommé adjoint à cette chaire.

En 1818, ces trois écoles furent réorganisées, et, sous le nom de Facultés, furent installées à Paris, Montpellier et Strasbourg. A cette époque, l'enseignement théorique des accouchements fut confié à un homme, en réalité bon chirurgien, mais qui ne connaissait pas les accouchements, à Pelletan. Il est vrai qu'il fut prié de ne jamais professer et de laisser faire son cours par Desormeaux. En 1822, la Faculté fut dissoute et supprimée pour, l'année d'après, être réorganisée de nouveau ; vingt-trois professeurs furent nommés, et la chaire théorique d'accouchements fut confiée à Desormeaux, tandis que l'on créait une chaire de clinique d'accouchements pour Deneux, accoucheur bien connu et bon praticien, qui a écrit un certain nombre d'ouvrages sur la matière. Mais, si le cours enfin était créé, l'établissement où il devait avoir lieu était encore à construire, si bien que de 1823 à 1830 la chaire n'exista que sur le papier, Deneux ne professait pas et les élèves n'observaient absolument rien.

En 1830 la Faculté est dissoute, les professeurs sont destitués par mesure politique, comme si les questions gouvernementales devaient avoir quelque influence sur l'enseignement médical! Deneux, destitué, comme ses collègues, avec cette différence qu'il était encore à faire sa première leçon, adressa au Gouvernement une lettre de protestation, dont, bien entendu, il ne fut tenu aucun compte.

Quelque temps après, l'école était réorganisée sans qu'il existât encore une fois de clinique obstétricale. Enfin 1834 arrive, où l'on comprend qu'il est impossible de résister plus longtemps aux nécessités impérieuses de l'enseignement des accouchements, et la chaire de clinique décidée est enfin mise au concours, concours mémorable, s'il en fut, qui eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

J'étais alors élève de première année, et je n'oublierai jamais ni l'impression que j'éprouvai à la vue de tous ces hommes en robe rouge, ni mon admiration en face des candidats émus parlant longuement en connaissance de cause de faits que j'ignorais absolument. Aussi, en sortant de ces séances, je me disais que je serais bien heureux si je pouvais arriver jamais à retourner dans ma province avec mon petit diplôme de docteur.

Le concours eut donc lieu, et tous ceux qui le suivirent durent lui rendre cette justice que les quatre candidats qui y prirent part étaient des hommes d'un talent véritable; c'était Velpeau, qui, à l'époque, avait déjà publié un traité d'accouchements de premier ordre; c'était Paul Dubois, alors déjà professeur d'accouchements et chirurgien de la Maternité. C'était encore Lecorché-Colombe et Bazignan, hommes d'une valeur incontestable.

Tous firent un excellent concours, mais deux surtout se mirent en évidence par la façon remarquable dont ils soutinrent les épreuves, et la lutte resta longtemps incertaine entre eux, jusqu'au moment où, la thèse de Paul Dubois l'emportant, celui-ci fut nommé par huit voix contre quatre données à Velpeau. Ceci se passait au mois de mai 1834, et au mois de décembre suivant on aménageait enfin les services d'une clinique d'accouchements dans les bâtiments que nous venons de quitter. Que de critiques dans les journaux d'alors sur la manière dont cet hôpital était aménagé, sur le voisinage des amphithéâtres de dissection, etc.! Cependant, pour être juste, nous devons reconnaître qu'il ne fut pas aussi mal organisé qu'on l'a prétendu, et, si nous voulions comparer, après tant d'années, la mortalité dans notre vieille clinique à celle que l'on a observée pendant le même laps de temps à la Maternité, nous ne trouverions aucune différence sensible. De plus, dans l'intérêt même de la science, dans l'intérêt de l'enseignement, nous attirons chaque jour à la Clinique les cas les plus curieux, les plus instructifs, les femmes boiteuses, rachitiques, les malformations du bassin, les cas d'hémorrhagie, les insertions vicieuses du placenta, etc., toutes causes d'une mortalité plus grande, dont la statistique doit tenir compte.

En réalité, notre ancienne clinique de la Faculté a rendu de grands et véritables services, et c'est à Paul Dubois que nous devons faire hommage de l'enseignement qui depuis 1835 a formé tant de générations, à Paul Dubois, qui fut un professeur hors ligne, qui n'a jamais été remplacé et qui ne le sera pas encore de longtemps, à Paul Dubois si remarquable par son expérience et son jugement de premier ordre, par sa prudence extrême. Nul, comme opérateur, n'a manié dans l'obstétrique les instruments avec une sûreté de main plus grande, nul n'a montré une sûreté d'appréciation plus parfaite sur les opérations à pratiquer ou à rejeter selon les cas.

Aussi, lorsque, par hasard, il commettait une de ces erreurs inévitables dans la carrière, savait-il la reconnaître, l'avouer avec la plus grande franchise ,et proclamer qu'elle devait être pour tous un enseignement afin de l'éviter désormais dans un cas analogue.

Dans la préface du premier volume de mes leçons cliniques, j'ai dit que Paul Dubois avait été l'organisateur de la clinique obstétricale en France. C'est là une erreur involontaire sur laquelle M. Stoltz (de Strasbourg) a appelé amicalement mon attention, en me faisant savoir que la clinique d'accouchements de Strasbourg était de création plus ancienne que celle de Paris.

De plus, j'ai reçu, il y a deux jours, de M. Hergott, son élève d'autrefois, son successeur d'aujourd'hui, une petite lettre me donnant l'historique de la clinique obstétricale et ajoutant qu'il avait été vivement touché du souvenir que j'avais accordé à son ancien maître dans les paroles que j'ai prononcées le jour de l'inauguration de cet hôpital, paroles que M. Stoltz lirait, disait-il, avec le plus vif plaisir dans sa retraite volontaire.

Strasbourg, m'écrit M. Hergott, a été le berceau de l'enseignement obstétrical en France. C'est en 1738, sous le règne de Louis XV, que fut fondée dans cette ville une Maternité, où les sages-femmes et les étudiants en médecine pouvaient recevoir un enseignement clinique au lit des malades. Fried (Jean-Jacques) le premier fut nommé professeur d'accouchements, tandis qu'un peu plus tard Rœderer (de Strasbourg) fondait également une clinique obstétricale à Gœttingue. Lors de la réorganisation des Facultés de médecine, Flamand (de Nantes) fut chargé de la chaire de clinique d'accouchements de Strasbourg, et c'est en 1834, c'est-à-dire quelques mois après sa mort survenue le 7 juillet 1833, que M. Stoltz, son élève, lui succéda, professant jusqu'en 1879, époque à laquelle il prit sa retraite et fut remplacé par M. Hergott, le professeur actuel.

Je suis heureux, en terminant cette courte revue sur la clinique obstétricale en France, de pouvoir rétablir la vérité historique, et j'ajoute que, si l'enseignement pratique officiel de l'art des accouchements existait en France longtemps avant la création de la chaire de clinique de Paris, néanmoins c'est à Paul Dubois que revient l'honneur d'avoir inauguré cet enseignement à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dieulafoy.

Traitement de la pneumonie lobaire aiguë.

Maintenant que vous connaissez les différentes variétés de la pneumonie lobaire aiguë (1), il me reste à vous parler des moyens que la thérapeutique et l'hygiène mettent à notre disposition pour combattre cette maladie.

Je dois vous dire tout d'abord que, si vous lisez tout ce qui a été écrit depuis le commencement du siècle sur le traitement de la pneumonie lobaire aiguë, vous vous trouverez au milieu d'une quantité de médications telle que vous aurez peine à vous y reconnaître. Vous verrez en effet les systèmes les plus opposés dominer tour à tour la thérapeutique générale, et tous avec des chances égales de succès, selon les époques où ils ont été employés.

Vous verrez Broussais, et avec lui Bouillaud, Andral, etc., saigner leurs malades et les guérir.

A une autre époque, vous verrez Brown, Todd, etc., répudier et combattre la saignée pour employer les stimulants avec non moins de succès également. Que penser, en effet, devant ces systèmes si opposés? Quand on voit des hommes aussi éminents préconiser des théories aussi inverses et entraîner avec eux toute leur génération, il est impossible de pouvoir donner tort aux uns ou aux autres; nous devons admettre que ces hommes, arrivant à des époques différentes, se sont trouvés aux prises avec des constitutions médicales également différentes et auxquelles ils ont dû obéir.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 3 mai 1881.

Il est évident que ce n'était pas pour le bon plaisir de saigner que Broussais soutirait du sang à tous ses malades; cette médication avait sa raison d'être à cette époque, de même que la médication stimulante de Brown était rationnelle à l'époque où il l'employait. Ceci revient à dire qu'il y a, sur les tempéraments et la marche des maladies, une influence que nous ne pouvons expliquer, qui domine toute la pathologie et à laquelle nous devons subordonner le traitement des maladies; c'est ce que nous avons appelé la *constitution médicale* d'une époque.

Les pneumonies, de même que toutes les phlegmasies en général, subissent cette influence; elles varient de forme, d'intensité, selon les époques et selon les épidémies; de là leur diversité très-grande dans le mode de traitement.

C'est ainsi que les maladies peuvent affecter deux grands caractères: elles sont *sthéniques* ou *asthéniques*, selon qu'elles se produisent à une époque où la constitution médicale permettra aux malades de réagir avec vigueur contre elles, ou, au contraire, qu'il leur arrive de se déclarer au milieu d'une population empreinte du signe de la débilité organique, sans énergie fonctionnelle et résistant mal à l'action des causes morbides. Vous voyez immédiatement combien différera la manière de faire et l'opinion du médecin, selon qu'il se trouvera en présence d'une constitution médicale ayant le caractère sthénique, ou au contraire à une époque où la maladie aura le caractère asthénique.

C'est précisément ce qui nous explique cette contradiction si grande entre la doctrine de Broussais et celle de Brown.

Cette disposition qu'ont les maladies à une certaine époque de prendre une certaine tournure, qui est la même pour toutes les affections, même les plus différentes, peut se prolonger pendant un temps indéterminé, et durer ainsi dix, douze, quinze ans, pour changer ensuite peu à peu et revêtir un caractère complètement opposé. Un auteur moderne a donné le nom de *constitution médicale stationnaire* au temps pendant lequel toutes les maladies semblent se rapprocher d'un type commun et prendre un air de famille.

Sydenham, qui pratiqua les saignées, se trouva à une époque où la constitution médicale avait le caractère sthénique, et pendant laquelle la population réagissait vigoureusement.

Après lui arrive Brown, qui proscrivit complètement la saignée, pour ordonner les stimulants, le vin et l'alcool, parce que la constitution médicale de son époque était asthénique; il y avait chez ses malades un défaut de résistance à l'action des causes morbides.

Nous voyons chez nous Broussais, Bouillaud, Andral conseiller et employer la saignée, à une certaine époque, tandis que, depuis vingt-cinq ou trente ans, la constitution médicale est telle que l'indication de soustraire du sang au malade est très-rare, surtout à Paris.

Donc il ne suffit pas, appelé près d'un malade, de faire le diagnostic de sa maladie; il faut encore en reconnaître la forme et tenir compte de la constitution médicale de l'époque.

C'est en vous appuyant sur toutes ses données que vous instituerez un traitement en rapport avec la nature de la pneumonie.

Si votre malade va bien, soyez sobres de médicaments, bornez-vous à lui donner 20, 25 à 30 centigrammes de sulfate de quinine pour combattre le mouvement fébrile; appliquez quelques ventouses sèches si le malade se plaint d'oppression. Bouillons et potages. Bornez là votre intervention.

Si vous vous trouvez en présence d'un homme vigoureux chez lequel la réaction est violente, c'est dans ces cas que la saignée est indiquée et rendra de grands services, puis vous prescrirez la digitale à la dose de 50 et 60 centigrammes par jour et même un gramme. Vous aurez soin de cesser cette médication au bout de cinq ou six jours, pour la reprendre plus tard, s'il y a lieu, car vous savez que ce médicament, s'éliminant très-lentement, s'accumule dans l'organisme et pourrait, à un certain moment, donner lieu à certains accidents si l'on n'y prenait garde. Au lieu de la saignée générale, vous pourrez appliquer, selon la vigueur du malade et l'intensité des symptômes, quinze, vingt ventouses scarifiées sur le côté de la poitrine où existe la pneumonie.

A côté de ces formes franchement inflammatoires, il en existe d'autres caractérisées par une céphalalgie intense, une teinte subictérique, etc., c'est la forme bilieuse; dans d'autres cas, principalement chez les alcooliques, outre la céphalalgie, qui est très-intense, vous trouvez du délire, du tremblement général, des hallucinations; c'est la forme ataxique, dont l'issue est, dans la majeure partie des cas, funeste au malade. Enfin, vous verrez chez les vieillards des pneumonies à forme adynamique; les forces sont perdues, prostration universelle, etc. Toutes ces formes vous demanderont une médication particulière: c'est ainsi que, dans la pneumonie à forme bilieuse, vous aurez recours à la médication évacuante, vous purgerez le malade, vous lui donnerez des vomitifs au début.

Poudre d'ipéca.	1gr,50.
Tartre stibié.	5 centigrammes.

M. s. a. et diviser en deux paquets égaux à prendre à une demi-heure d'intervalle.

Vous ne négligerez pas l'état local, c'est-à-dire le poumon.

Dans les cas de pneumonie à forme ataxique; vous aurez recours aux calmants, au sirop d'éther et au musc à la dose de 20, 25, 30 centigrammes.

Si vous avez affaire à un alcoolique, il ne sera pas mauvais de lui donner une potion de Todd, dont voici la formule:

Eau de tilleul.	150 grammes.
Rhum. . . . . . . 40, 50 ou	60 —
Sirop de quinquina.	40 —

Du côté du poumon, vésicatoire ou quelques ventouses sèches, selon l'indication.

Quant aux pneumonies adynamiques, que l'on rencontre chez les vieillards, chez les sujets débilités par une cause ou par une autre, c'est dans ces cas surtout que vous devez avoir recours à la médication stimulante: potion de Todd selon la formule indiquée ci-dessus; l'acétate d'ammoniaque à la dose de 3, 4 et 5 grammes dans une potion cordiale.

Les toniques sous toutes les formes: vin de quinquina, extrait de quinquina, etc.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Leçons sur les hallucinations et les illusions (1).

X

Manie raisonnante (2). — L'aptitude morbide à engendrer des illusions sensorielles coexiste donc un certain nombre de

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 mai 1881.

(2) Legrand du Saulle, *les Signes physiques des folies raisonnantes*, Paris, 1878.

Campagne, *Traité de la manie raisonnante*, Paris, 1868.

fois d'une façon très-nette avec la lucidité, et, suivant qu'elle se manifeste sur tel ou tel appareil sensoriel, elle détermine des conceptions fausses, des interprétations vicieuses de la réalité, et, par conséquent, un certain écart du sens commun.

Ces écarts d'appréciation des choses ambiantes, alors qu'ils sont fugitifs et passagers, ne constituent pas chez l'individu atteint des troubles notablement sérieux. — Mais, lorsqu'à la suite de ces troubles de la perception, l'émotion se traduit par une irascibilité très-vive, et si ces phénomènes persistent et s'implantent dans l'esprit, il en résulte un état permanent d'irritabilité, une tendance incessante à la discussion qui, compatible encore avec la lucidité, forme un complexus de raison et de déraison, connu sous le nom de *manie raisonnante*. — Cet état psychopathique, éclatant par accès, disparaissant pour reparaître à propos des plus futiles prétextes, suscite des troubles, des tracasseries incessantes, des provocations inopinées, qui deviennent pour l'entourage intime une source d'amertumes infinies.

Les maniaques raisonnants ont une certaine conscience de leur état ; ils sentent combien ils se rendent antipathiques dans la vie intime, et, lorsqu'ils sont vis-à-vis des étrangers, ils arrivent avec adresse à masquer leurs travers, à se dire persécutés, alors que ce sont eux qui, par leurs faux raisonnements, leurs interprétations vicieuses de la réalité, leurs extravagances multiples, leur violence de caractère réitérée, rendent la vie impossible à ceux qui les approchent (1).

Tous les troubles morbides d'origine sensorielle qui se manifestent sous forme d'illusions sont, ainsi que leurs congénères hallucinatoires, susceptibles, la plupart du temps, d'avoir une allure fatalement progressive. L'hérédité joue un certain rôle dans leur apparition, et c'est une étiologie qui, dans une certaine limite, concourt à la gravité de leur pronostic et à celle de la manie raisonnante en particulier.

En raison de la superficialité, en quelque sorte, des désordres psychiques qui les caractérisent et de la conservation parallèle de la lucidité, les progrès de la démence sont moins nettement rapides lorsqu'il s'agit d'illusions sensorielles que quand il s'agit d'hallucinations.

Les malades illusionnés (maniaques raisonnants) peuvent vivre longtemps dans la société. Pour le monde, ce sont des originaux et des excentriques. Pour leur famille, ce sont de véritables fléaux. Pour les médecins, ce sont des malades acariâtres et vindicatifs. — Mais, en somme, avec des alternatives d'excitation et de calme, ils peuvent parcourir leur carrière et ne deviennent dangereux que quand les hallucinations viennent se combiner avec les illusions et développer de véritables accès de délire.

Le pronostic est donc, en général, très-sérieux au point de vue de la durée de l'état psychopathique.

Les illusions d'origine viscérale sont souvent le point de départ d'un état lypémaniaque, susceptible d'acquérir une grande gravité et de se transformer en délire hypochondriaque des plus accusés.

Inversement, le pronostic peut, dans certaines limites, être considéré comme favorable, alors qu'on a affaire à des sujets jeunes chez lesquels les conceptions morbides ne se sont développées qu'à la suite d'une sollicitation extérieure, et surtout lorsqu'à la jeunesse se trouve jointe une certaine dose d'intelligence et de bonne volonté pour suivre un raisonnement contradictoire et accepter la discussion.

L'absence des hallucinations est encore une condition favorable qui permet, dans les cas simples, et chez un sujet intelligent, de bonne volonté, indemne d'influence héréditaire, d'obtenir une guérison stable.

(1) Trélat, *Folie lucide*, 1864.

TRAITEMENT DES HALLUCINATIONS ET DES ILLUSIONS.

Le traitement des processus hallucinatoires et des illusions ne comporte pas en lui-même d'indications particulières. Il convient de leur appliquer les principes généraux qui sont en usage dans la thérapeutique spéciale des maladies mentales. C'est surtout à propos de l'accès d'excitation concomitant que le médecin devra s'évertuer d'agir vite, en opérant l'isolement, qui est la première des conditions destinées à avoir une action réellement sédative.

En changeant, en effet, le milieu du malade, on change son régime, ses habitudes de vie, on modifie la direction de ses idées, et finalement on agit sur son moral. Le malade est saisi, étonné, et c'est déjà une sorte de révulsion qui s'est opérée en lui.

Les gens du monde et un certain nombre de médecins aiment assez, en ces circonstances, à conseiller les distractions mondaines, et surtout les voyages au point de vue de la dérivation possible qu'ils peuvent amener dans l'esprit. — Je ne saurais trop m'élever contre cette pratique, que je considère comme inopportune et souvent même dangereuse : j'ai vu un certain nombre d'hallucinés revenir d'un voyage beaucoup plus excités qu'au départ.

Il ne faut pas oublier qu'au point de vue somatique, l'accès d'excitation hallucinatoire est entretenu par un état spécial d'éréthisme du système nerveux, provoqué lui-même par un afflux anomal du sang dans les centres nerveux.

Il convient donc d'avoir recours à la méthode réfrigérante et sédative que nous avons indiquée, aux bains tièdes prolongés et répétés tous les deux jours, de trois à quatre heures de durée, aux applications fraîches sur la tête et, dans les intervalles, à quelques légers purgatifs. On pourra simultanément avoir recours au bromure de potassium ou à l'opium pour provoquer l'apparition du sommeil, qui doit être considéré comme un commencement de guérison.

Dans certains cas, chez les sujets anémiques et débilités, il faut recourir à la médication tonique et reconstituante, qui est un des moyens les plus efficaces.

Il va de soi que, pendant ce temps, l'halluciné devra être surveillé, nuit et jour, tant au point de vue du mal qu'il pourrait se faire lui-même, que du mal qu'il pourrait faire à autrui.

Lorsque l'accès hallucinatoire est heureusement terminé, et que l'état des facultés intellectuelles permet au malade de rentrer dans sa famille, il convient, pendant un certain temps encore, de le surveiller, de lui faire subir une direction morale et, autant qu'il est possible, de lui trouver une occupation.

Néanmoins il faut toujours reconnaître que ces malades devenus tranquilles ont des allures plus ou moins bizarres, qu'ils sont plus ou moins excentriques et toujours exposés à la possibilité d'une rechute.

Celle-ci peut apparaître au bout de quelques mois ou au bout de deux ou trois ans. Et comme, à la suite de chacune d'elles, il s'ensuit un certain déchet des forces morales, l'individu tombe dans un état hallucinatoire presque continu, avec intervalles passagers de lucidité, et cesse de pouvoir continuer à vivre dans la société. — Désormais les murs de l'asile doivent se fermer sur lui, et il lui faut continuer à vivre

de cette existence tranquille et monotone qui doit le conduire fatalement à la démence.

Les principes généraux que nous venons d'indiquer au sujet des mesures à prendre pour le traitement des hallucinations sont pareillement applicables au traitement des illusions sensorielles avec manie raisonnante, lesquelles ne présentent pas d'indication thérapeutique spéciale, tant qu'elles demeurent sur la zone neutre de la raison et de la folie.

Quant aux moyens pharmaceutiques généralement conseillés tels que la belladone, la jusquiame, le hachisch même, je n'ai jamais vu ces agents avoir une action directe et faire mieux que les moyens généraux signalés précédemment.

THÉRAPEUTIQUE

De la peptone phosphatée dans les accidents consomptifs de la phthisie pulmonaire.

Par le docteur Choffart.

Il n'y a certainement pas, à l'heure actuelle, de médecin instruit qui mette en doute la curabilité de la phthisie confirmée. Il n'y en a pas non plus qui ne la voie toujours traitable alors qu'elle est incurable et qu'elle paraît justifier le mot de Fonssagrives : « C'est une maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on panse. » Curable ou seulement réduite à ces termes plus modestes, le rôle de la thérapeutique n'en demeure pas moins des plus consolants et des plus utiles.

D'agent spécifique de la phthisie, il n'y en aura évidemment jamais que pour les charlatans ; mais de ceux-là qui, associés à une hygiène raisonnée, hygiène corporelle, morale, alimentaire et climatérique, de ceux-là, dis-je, la liste n'est pas fermée ; elle s'est seulement modifiée de la façon la plus heureuse en même temps qu'on apprenait à mieux connaître la lésion anatomique qui caractérise la tuberculose pulmonaire, ainsi que ses causes et son étiologie.

En fait, ce qui doit dominer la thérapeutique tuberculeuse, c'est cette conviction que la phthisie n'est que la manifestation locale, le symptôme d'une vitalité épuisée ; « le dernier terme des affections cachectisantes », dit Gueneau de Mussy ; et Peter, « le témoignage de la déchéance de l'organisme, une maladie qui finit » ; « une manière de mourir », dit Bennet.

Rien d'étonnant, dès lors, rien de plus rationnel que le rôle considérable de la médication reconstituante dans le traitement de la phthisie. Dans cet ordre d'idées, j'ai, aujourd'hui, un exemple frappant, que je vais relater en quelques mots, de l'utilité grande que la thérapeutique devra retirer de l'emploi de la peptone phosphatée à de certaines phases de la phthisie :

Observation. — Marthe D... a vingt-et-un ans ; elle est domestique à la campagne, à Savigny-sur-Orge. Ses maîtres, qui l'ont en grande estime, me font appeler pour lui donner mes soins le 17 juillet dernier. Au moment où je la vois, cette jeune fille fait remonter sa maladie, son *rhume négligé*, comme elle dit, à l'automne précédent. Les renseignements, assez obscurs d'ailleurs, qu'elle me donne sur sa famille, ne me permettent pas de voir chez elle une prédisposition héréditaire ; elle a eu dans son enfance de l'engorgement des ganglions cervicaux. Aujourd'hui la situation est celle-ci : muqueuses décolorées, amaigrissement très-notable, dégoût pour les aliments à ce point que, depuis quinze jours, dit-elle, elle n'a pas mangé 250 grammes de pain ; un peu de douleur à l'épigastre, fièvre le soir, sueurs profuses, dyspnée, toux fatigante, expectoration assez abondante formée de crachats opaques. L'examen de la poitrine me permet de constater, en avant et en arrière, de la matité au sommet du poumon gauche, de la respiration bronchique et de gros râles humides. Deux vésicatoires volants en avant et en arrière à appliquer à quatre jours d'intervalle, potion codéine bromurée à alterner avec la potion de Todd. Sous l'influence des vésicatoires, il y a d'abord un mieux réel, mais ce mieux est de courte durée, et, lorsque je revois la malade quinze jours plus tard, je la trouve de nouveau en proie à une anorexie incoercible qui lui fait rejeter les quelques aliments qu'elle essaye d'ingérer ; ces aliments sont rendus dans un état d'inaltération qui dénote la profonde adynamie de l'estomac. Cette anorexie, ajoutant son action à celle des sueurs, de la fièvre, d'un peu de diarrhée qui est survenue, l'ont amenée à un véritable état de déliquation me laissant peu d'espoir d'enrayer l'évolution implacable d'un mal qui semble devoir aller rapidement à un dénouement fatal. Badigeonnages de teinture d'iode, régime lacté, continuation de la potion bromurée, mais la potion de Todd sera remplacée par trois cuillerées à bouche de peptone phosphatée (*vin de Bayard*) à prendre en trois fois dans la journée. Quinze jours plus tard, je trouve l'état de la malade très-avantageusement modifié. Plus de vomissements, plus de diarrhée, nuits calmes et appétit assez vif qui se développe chaque jour. La malade me raconte que, le jour même où elle fit usage de ce vin, elle fut bien étonnée de se surprendre portant machinalement à sa bouche quelques-unes des fines tranches de pain qu'elle coupait pour le potage de ses maîtres ; depuis ce jour, l'appétit n'a fait que croître, les forces reviennent un peu. Continuation des badigeonnages, tantôt en avant, tantôt en arrière ; suppression graduelle de la potion, six cuillerées de peptone phosphatée en trois fois. Le mieux ne s'est pas ralenti. Aujourd'hui fièvres et sueurs ont totalement disparu ; les crachats, peu abondants, sont redevenus muqueux ; la malade récupère rapidement ses forces et son embonpoint ; je ne constate plus qu'un léger souffle râpeux au sommet du poumon.

Tout me porte à espérer une guérison complète, dont je fais remonter le bénéfice à la *peptone phosphatée*. Étant par elle-même un reconstituant de premier ordre, en quelque sorte tout digéré, et, de plus, un excitant de la nutrition générale, qui devait provoquer l'assimilation des aliments concurremment ingérés, la peptone phosphatée Bayard a eu, pour premier effet, d'arrêter le mouvement de dénutrition, et, comme conséquence, le processus de la néoplasie tuberculeuse. Je ne crois pas téméraire non plus de supposer que plus tard elle a contribué, par son phosphate de chaux, à enrayer la caséification des tubercules et leur désagrégation finale pour les transformer en tissu fibro-calcaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1881. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

PRÉSENTATIONS

M. Martineau présente : 1° de la part de M. Prieur, sa thèse inaugurale sur la syphilis vaginale secondaire, affection dont on a nié l'existence et qui est cependant au moins aussi fréquente que la syphilis du col de l'utérus ; 2° en son propre nom, une brochure sur la propagation de la syphilis.

Affection des amygdales. — M. Féréol présente un homme atteint d'une affection singulière des amygdales, qui sont rouges, hypertrophiées. Depuis vingt ans, cet homme a, tous les hivers, des amygdalites. Il a eu quatre fois des abcès du côté gauche. Il porte, en ce moment, en outre, une roséole généralisée. S'agit-il là de

lupus, de syphilis, d'épithélioma ou simplement d'une hypertrophie chronique? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. Jusqu'à présent, le traitement a consisté dans l'huile de foie de morue et le chlorate de potasse. Ce malade sera maintenant soumis au traitement antiseptique qui, peut-être, permettra d'éclairer le diagnostic.

M. BESNIER. On ne peut faire que des inductions sur ce malade. Il faudrait prendre un fragment de ces amygdales et l'examiner au microscope. A l'œil nu, on ne trouve là ni les caractères d'un épithélioma, ni ceux de la syphilis. On serait tenté, au premier abord, d'admettre qu'il s'agit là d'une hypertrophie chronique.

M. GOUGUENHEIM. Ce malade est atteint de cette affection depuis vingt ans, mais il est beaucoup plus malade depuis huit semaines. On pourrait donc admettre qu'il s'agit là d'une syphilis greffée sur une ancienne hypertrophie.

M. MARTINEAU croit également, comme l'indique la roséole, qu'il s'agit là d'une syphilis récente survenue dans le cours d'une hypertrophie chronique.

LECTURE

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. La mortalité générale a été supérieure à la normale calculée pour les neuf années antérieures. Cette constatation montre à quel point les conditions de l'atmosphère influencent le taux mortuaire d'une période déterminée. Aussi doit-on se rappeler que la notion exacte du coefficient mortuaire d'une époque déterminée est indispensable à tout expérimentateur en thérapeutique pour la correction de ses résultats.

Affections des voies respiratoires. — Rien autre à signaler que l'extrême léthalité des pneumonies, 42 pour 100. Ce résultat, peu consolant, semble établir que les phlegmasies diverses du poumon ne sont guère de nature à bénéficier des progrès de la clinique.

Diphthérie. — Contrairement à nos espérances, une nouvelle ascension s'est reproduite, en 1880 et dans le premier trimestre de 1881, dans la mortalité de la diphthérie. 543 décès dans le premier trimestre de 1881, au lieu de 514 dans le premier trimestre de 1880. En ville, c'est surtout dans le onzième arrondissement que la mortalité a été considérable. Chez les enfants, dans les hôpitaux, la mortalité dépasse 71 pour 100.

Fièvres éruptives. — Selon la loi formulée par M. Besnier, elles ont toutes subi un mouvement ascensionnel pendant l'hiver. La mortalité par la variole, dans les hôpitaux, a été considérable : 24 pour 100. Les statistiques montrent que la mortalité est bien plus considérable (70 à 80 pour 100) chez ceux qui n'ont pas été vaccinés que chez ceux qui l'ont été antérieurement (10 à 15 pour 100). Voilà, certes, un argument en faveur de la légitimité de la loi Liouville. Toutefois il n'en faut pas moins reconnaître que, sous le régime de la liberté vaccinale, la grande majorité des Français est vaccinée, et que, si le service des vaccinations était pourvu de fonds nécessaires et convenablement organisé, il n'y aurait pas besoin d'une loi pour en étendre le bienfait à la nation entière. M. Besnier voit quelques difficultés dans l'application de la loi. En outre, la vaccine du nouveau-né ne suffit pas pour le garantir, sa vie durant, contre la variole et la mort par la variole. Or les plus ardents défenseurs du projet de loi n'ont pas osé aller jusque-là, se rendant bien compte des difficultés considérables que présenterait l'application d'une pareille loi. Voilà donc cette loi vaccinale derechef forcément incomplète, tronquée et contestée même dans sa nécessité légale. M. Besnier s'applique à bien montrer la réalité et à bien faire comprendre toute la difficulté qui s'attache à cette question des revaccinations. Ici, en effet, la difficulté est bien plus grande que pour la vaccine elle-même. C'est d'abord la rareté des sources du vaccin. Que de revaccinations non avenues! Avant donc d'imposer la revaccination, il faudrait assurer sa possibilité par la création régulière, normale et largement conçue, d'instituts vaccinaux permanents.

Ce n'est pas tout. En attendant que toute la nation soit officiellement prémunie contre la variole, il reste encore d'assez fortes éventualités épidémiques pour que quelques confrères aient pensé que la loi pourrait s'étendre aux mesures plus radicales de préservation immédiate par la séquestration, l'internement ou la transportation dans un lazaret des sujets atteints. Tout cela serait aussi légitime que la revaccination légale; mais ici l'impossibilité absolue apparaît flagrante. Si, d'autre part, on agissait ainsi pour la variole, quelle raison y aurait-il de ne pas faire de même pour la diphthérie, pour la scarlatine, pour la rougeole, pour la fièvre typhoïde ?

Personne, plus que M. Besnier, n'a demandé l'isolement des affections contagieuses, mais exclusivement dans les agglomérations administrées, casernes, collèges, hôpitaux, etc., c'est-à-dire partout où cet isolement est directement et immédiatement applicable. Pour les varioleux, en particulier, un grand progrès, l'isolement, a été obtenu, non sans peine, dans les hôpitaux. Mais combien de progrès restent encore à réaliser dans cet ordre d'idées, la prophylaxie des affections contagieuses! Combien nous sommes loin d'avoir compris et régularisé cette prophylaxie des maladies contagieuses au degré nécessaire pour songer à l'imposer par des lois!

Un dernier point : il faut savoir que la variole ne marche pas d'un pas égal à travers les saisons et les années, mais aussi en raison de circonstances qui restent absolument inconnues.

Espérons qu'instruits de toutes ces choses, forts de l'appui des corporations médicales, nos confrères qui siègent au Parlement s'efforceront d'obtenir enfin, avec ou sans loi, que les administrations municipales soient dotées des moyens nécessaires pour donner enfin satisfaction, dans la mesure du possible, aux exigences démontrées urgentes et faire ainsi acte de philanthropie bonne, véritable et réellement démocratique.

Fièvre typhoïde. — Pour la seconde fois nous assistons à une anomalie extraordinaire dans l'évolution saisonnière de la fièvre typhoïde à Paris, laquelle a subi, en 1881 comme en 1880, un paroxysme considérable durant la deuxième partie de l'hiver.

Affections puerpérales. — Une épidémie de fièvres puerpérales à l'hôpital Tenon montre que l'on n'est pas encore parvenu à se soustraire à toutes les causes évidemment locales qui tiennent ces explosions épidémiques sous leur dépendance.

Diphthérie. — M. LEREBOULLET rapporte l'observation d'une petite fille de onze ans, lymphatique, ayant eu l'année dernière un eczéma de la face, et qui, le 20 avril dernier, fut prise de fièvre et d'angine avec adénite sous-maxillaire et hypertrophie amygdalienne. Bientôt apparurent trois plaques blanches qui s'étendirent rapidement, si bien que, dès le lendemain, la gorge tout entière était prise et que la diphthérie gagnait déjà le nez. Comme traitement, badigeonnages avec le perchlorure de fer, lait alcoolisé, bouillon concentré. Après quarante-huit heures, cet enfant se trouvait dans un affaissement complet, dans une grande prostration; l'inappétence était absolue. Attouchements avec le perchlorure de fer, injections et pulvérisations phéniquées, médication et alimentation toniques. M. Archambault, appelé en consultation, déclare qu'il s'agit d'une diphthérie maligne et porte un pronostic des plus graves, en raison surtout de ce que l'inappétence était absolue. Les badigeonnages devenaient de plus en plus difficiles. Le 25, apparaissait un premier accès de croup; le cas semblait désespéré, quand M. Lereboullet eut l'idée de recourir aux injections sous-cutanées de pilocarpine. Il fit, en même temps, appliquer une cravate de glace, fit faire sur le corps des lavages à l'eau éthérée et alcoolisée et fit continuer les pulvérisations phéniquées d'une façon constante. La malade avait eu déjà trois accès de croup, quand M. Lereboullet se décida à faire, par jour, trois injections de 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine. Dès la seconde injection, apparut une abondante salivation; l'enfant cracha des fausses membranes. Comme il y avait quarante-huit heures qu'elle n'avait pris aucun aliment, on lui donna, par jour, deux lavements avec trois cuillerées à soupe de peptone, et, le soir, un lavement avec 1 gramme d'acide phénique. Le second jour de ce traitement, elle fut prise d'une soif extrême et put croquer quelques morceaux de glace. Puis elle ne tarda pas à prendre des glaces, d'abord aromati-

sées, puis mélangées à une préparation de viande. La salivation était toujours extrêmement abondante, mais sans sudation; les fausses membranes s'éliminaient avec facilité. L'albuminurie, qui avait été très-intense pendant huit jours, diminua notablement, l'état général se releva très-rapidement, et, le seizième jour, tout accident était conjuré. M. Lereboullet ajoute qu'il a eu affaire à une malade extrêmement docile et à des parents très-intelligents qui l'ont admirablement secondé. Quelle part revient, dans ce traitement, aux pulvérisations phéniquées, aux lavements de peptones, à l'application de la glace, aux injections de pilocarpine? C'est ce qu'il est difficile de déterminer; mais, quoi qu'il en soit, l'évacuation des fausses membranes paraît avoir été surtout favorisée par les injections de pilocarpine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvrira le jeudi 19 mai 1881, se compose de MM. Verneuil, Delens, Polaillon, Marc Sée, Le Fort, Périer et Fernet.

— La troisième épreuve éliminatoire du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, — consultation écrite, — s'est terminée vendredi soir 13 mai 1881. Ont été admis, par ordre de mérite, à subir les deux épreuves définitives les dix candidats suivants : MM. Danlos, Gingeot, Cuffer, Lorey, Robin, Barth, Tapret, Roques, Hirtz (Edgard) et Chouppe.

— M. le docteur Roux, médecin de première classe de la marine, vient de donner sa démission.

— M. Hébert, membre de l'Institut, est chargé d'une mission à l'effet de représenter la France au congrès géologique international qui aura lieu au mois de septembre 1881 à Bologne.

— Clientèle médicale à Paris, à céder, de suite, avec appartement; quartier riche et central. Conditions modérées. — S'adresser à la pharmacie Thibault, rue Neuve-des-Petits-Champs, nº 76, de dix heures à midi et de quatre heures à six heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11228.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LEPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

ANALYSE DE MAI DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de mai, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à la température de 14°		1.031
	gr.	
Beurre par litre	49.600	
Albumine	10.037	
Caséine	19.363	
Sucre de lait	57.100	
Sels	7.600	
Total des matières fixes	143.700	143.700
Eau par litre		893.150

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.265
Chaux	1.966
Magnésie	0.212
Potasse	1.671
Soude	0.685
Acide sulfurique	0.223
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.578
Total	7.600

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes au *Dépôt central de la Ferme d'Arcy*, rue de Paradis-Poissonnière, 22, Paris, ou à M. Nicolas, à la Ferme d'Arcy, par Chaumes (Seine-et-Marne).

Peptone Catillon

à 19° Baumé, 4 p. 100 d'azote, représentant TROIS FOIS SON POIDS DE VIANDE ASSIMILABLE par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gouttes laudanum*, 0,30 *bi-carbonate de soude.*

SIROP DE PEPTONE CATILLON, préféré pour l'administration par la bouche, plaît mieux au goût ; — 1 cuillerée contient 30 gr. de viande 2 à 8 par jour dans un peu d'eau.

VIN DE PEPTONE CATILLON, utile complément de nutrition ; — 1 verre à madère contient 30 gr. de viande.

Maladies d'estomac et d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents, etc.

Paris, 1, r. Fontaine-St-Georges et r. Chaptal, 2.

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliq^es hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Produits diastasés du Dr Baud

La DIASTASE est ce ferment *digestif* si indispensable et si puissant qu'il peut dissoudre 2,000 fois son poids d'aliments féculents. C'est en outre le principe actif de la *salive*, si souvent insuffisante ou dénaturée par l'état des dents, etc.

A la *Diastase salivaire* ou *animale* on substitue la *Diastase végétale* qui possède les mêmes propriétés.

Cette *Diastase* se produisant par la *germination de l'orge* ou autres graines, l'étude en a conduit le Dr BAUD à ses

MÉDICAMENTS DIASTASÉS

lesquels se résument à de très-petites *dragées* de graine de cresson qui ont germé en absorbant une solution *titrée* de FER ou d'IODE ou d'ARSENIATE, etc. Le médicament, ainsi *digéré* par la plante, se trouve chargé de la *Diastase* qui le rend *assimilable* sans fatigue pour l'estomac ni pour l'intestin.

C'est la *vie végétale* ingénieusement substituée aux manipulations souvent *incertaines* des laboratoires.

Paris, 22 et 19, rue Drouot, et les pharmacies.

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titran un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extracti par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux.— Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

Solution, VIN ET SIROP Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

Laboureur, 26. rue des Missions, et les phies.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La commission dite du charbon, par l'organe de son rapporteur M. Villemin, a présenté son rapport sur le fait de transmission du charbon par la terre recueillie au-dessus des fosses où ont été enfouis des animaux charbonneux, communiqué à l'Académie par MM. Pasteur, Chamberland et Roux. Les expériences répétées devant la commission lui ont paru pleinement confirmatives des propositions énoncées dans cette communication. Les termes du rapport, comme ses conclusions, sont extrêmement nets et précis à cet égard. M. Colin s'est réservé de présenter quelques observations à ce sujet dans la séance prochaine.

L'Académie a entendu ensuite une lecture de l'un de ses savants correspondants étrangers, M. le docteur de Vry (de la Haye) sur un nouveau fébrifuge ; une lecture de M. le docteur Niepce (d'Allevard) sur une anémie spéciale qui a atteint les ouvriers du tunnel du Saint-Gothard et qui était produite par l'ankylostome ; et une communication verbale de M. Béchamp sur les microzymas en général et en particulier sur les microzymas pancréatiques.

M. Béchamp, qui a déjà lu il y a une dizaine d'années à l'Académie un travail très-remarqué sur les microzymas dans leurs rapports avec la pathologie et la thérapeutique, s'est proposé, dans sa nouvelle communication, de démontrer que toutes les propriétés connues du pancréas sont concentrées dans l'élément histologique le plus méconnu de cette glande, comme de toutes les autres et de tous les tissus, savoir : dans les granulations moléculaires ou microzymas. M. Béchamp a comparé les fonctions de ces microzymas à celles du produit de la sécrétion de la glande, du suc pancréatique et de la pancréatine de Cl. Bernard. Il a montré ensuite, en résumant les recherches des docteurs E. Battus et J. Béchamp (son fils), que ces microzymas en injections intraveineuses sont mortels à dose extrêmement minime, de même que la pancréatine elle-même.

« Toute cette histoire ne conduit-elle pas à reconnaître que les microzymas, morphologiquement identiques aux ferments organisés, ont, dans chaque groupe naturel d'êtres et pour un même organisme dans chaque centre d'activité, quelque chose de spécifique qui est caractérisé par la fonction ?

« Enfin, s'il est vrai que dans l'être organisé tout procède de l'œuf au point de vue des éléments histologiques, n'est-il pas évident que, parallèlement à l'évolution anatomique, il y a une évolution fonctionnelle qui aboutit, pour le pancréas, aux très-remarquables propriétés de ses microzymas chez l'adulte ?

« Mais si, physiologiquement, il y a évolution fonctionnelle du microzyma, ne peut-il pas y avoir évolution morbide transmissible ? »

Telles sont les propositions générales d'un ordre très-élevé, comme on le voit, que M. Béchamp a été conduit à formuler par l'étude intéressante à laquelle il s'est livré sur ce sujet, et qui terminent sa communication.

On verra, dans le compte-rendu, les critiques assez vives et les objections quelque peu embarrassantes, il faut en convenir, que M. Colin a opposées au système ingénieux, et très-habilement présenté d'ailleurs, de M. Béchamp.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Polyurie symptomatique de la néphrite interstitielle.

Nous avons en ce moment dans les salles trois malades atteints de polyurie symptomatique, et je profiterai de leur présence pour parler de cette affection en prenant pour exemple le malade du n° 10 de la salle Saint-Charles.

Cet homme, âgé de soixante-cinq ans, est un ancien comptable, sans aucun antécédent morbide, mais que la perte de sa place a réduit à une telle misère que plus d'une fois il a couché sur l'herbe des fortifications, faute d'un logis où s'abriter la nuit.

Il est malade depuis deux ans. Il a commencé par souffrir de vives douleurs de reins, localisées d'abord dans la région lombaire, irradiant ensuite le long de la partie supérieure du nerf sciatique. En même temps les extrémités inférieures étaient œdématiées jusqu'au milieu des cuisses. Ces douleurs ont actuellement disparu. L'été dernier, la face elle-même était enflée, le matin principalement.

Puis peu à peu il s'est affaibli, ses tissus ont pâli ; enfin, arrivé par la misère à une déchéance physique considérable, il est entré à l'hôpital il y a neuf jours.

A son arrivée, les jambes étaient enflées jusques un peu au-dessus du genou, mais la figure n'avait rien; il était dans un état de faiblesse très-grande, il n'avait pas de céphalalgie, pas d'envies de vomir, pas d'oppression ni de palpitations. Le cœur, en effet, ne présente rien de bien particulier; la matité précordiale est seulement un peu plus grande qu'à l'état normal. Les battements du cœur sont réguliers, peu sensibles; il n'y a pas d'autre altération qu'un dédoublement du premier bruit, et encore ce dédoublement n'a-t-il été observé que le jour de son entrée par mon chef de clinique, M. Dejérine. Depuis lors il n'a plus été perçu.

Le pouls est régulier comme le cœur, un peu faible, un peu dépressible; les artères radiales sont très-flexueuses, dures et résistantes à la pression, et les tracés du sphygmographe indiquent la présence d'athéromes artériels.

Depuis deux ans, les urines sont abondantes : la moyenne est de trois litres environ par vingt-quatre heures; les envies d'uriner sont fréquentes; l'urine est pâle, transparente, aqueuse, pauvre en matières solides, un peu mousseuse et sans dépôt au fond du vase. Sa densité, assez faible, varie entre 1008 et 1011. Elle est loin d'atteindre encore le chiffre que nous constations dans ces derniers temps (1001 à 1003) sur un malade dont la polyurie simple était telle qu'il rendait 22 litres d'urine par jour. Vous savez que la densité normale varie à l'état sain entre 1015 et 1025.

Nous trouvons aussi de temps en temps un peu d'albumine, mais sa présence est loin d'être constante. On la remarque un jour, le lendemain elle a disparu. Si l'on traite l'urine par l'acide nitrique, elle prend une coloration rosée due à l'existence d'une certaine quantité d'urohématine ou matière colorante du sang.

Notre malade nous présente donc tous les caractères d'une néphrite insterstitielle type, caractérisée cliniquement par les modifications quantitatives et qualitatives des urines, par la dilatation du cœur et les phénomènes symptomatiques que nous venons d'indiquer; caractérisée aussi anatomiquement par le développement morbide du tissu conjonctif du rein.

La néphrite interstitielle se distingue de la néphrite parenchymateuse, maladie plus commune, en ce que les tubes du rein sont sains dans la première, tandis qu'ils sont altérés dans la seconde.

Depuis Bright jusqu'à il y a vingt ou vingt-cinq ans, ces deux néphrites étaient confondues anatomiquement sous un seul nom, maladie de Bright. Mais à cette époque cette dénomination a été exclusivement réservée à la néphrite parenchymateuse, tandis que la néphrite interstitielle a reçu encore le nom de sclérose du rein. Cette dernière a surtout été étudiée en Angleterre.

La néphrite interstitielle présente quatre degrés : le premier caractérisé par la congestion du rein, augmentation de vascularisation et de volume comme dans la néphrite parenchymateuse; le second degré est marqué par la formation de cellules embryonnaires nouvelles dans le tissu conjonctif; dans le troisième degré, les cellules, d'un développement plus avancé, forment de véritables trames conjonctives plus apparentes; enfin la maladie parvenue au quatrième degré est complète, le rein est contracté, resserré sur lui-même, dur, c'est-à-dire ce que les Anglais ont appelé le petit rein.

Les premiers symptômes de cette néphrite sont des douleurs de reins, douleurs constantes, qui persistent beaucoup plus longtemps que dans la néphrite parenchymateuse et ne disparaissent que plus tard. Puis viennent des mictions fréquentes, la polyurie (de 2 à 4 litres dans les vingt-quatre heures au lieu de 1,200 à 1,500 grammes, chiffre normal). Mais cette polyurie diminue et disparaît même si bien avec le temps, que la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures finit par tomber au-dessous de la normale.

Comme nous l'avons déjà dit, l'urine est claire, transparente, un peu mousseuse, sans dépôt; sa pesanteur spécifique diminue par la diminution même des produits solides qu'elle renferme, elle oscille ordinairement entre 1004 et 1012. L'urine est peu acide, elle est même quelquefois alcaline. L'urée qu'elle contient peut s'abaisser de 24, chiffre normal, à 3 grammes huit dixièmes; l'acide urique est également diminué, surtout à la fin de la maladie, lorsque surviennent les accidents urémiques. On constate aussi une diminution des phosphates, des sulfates et surtout des chlorures.

Il est rare que la néphrite interstitielle existe seule, sans qu'elle se complique d'un peu de néphrite parenchymateuse. Le plus souvent les deux affections sont mêlées, mais avec prédominance de l'une d'elles. Aussi trouve-t-on généralement un peu d'albumine dans l'urine, albumine dont la présence n'est pas constante, se montrant un jour pour disparaître le lendemain.

Enfin un caractère très-tranché aussi des urines qui nous a été révélé par les travaux de Gubler et par ceux de M. Robin, chef des travaux chimiques de ce cours, c'est la coloration rosée produite par la présence de la matière colorante du sang. Ce caractère est à peu près constant dans la néphrite interstitielle comme chez tous les individus anémiques.

Dans la néphrite interstitielle, l'œdème n'est pas un phénomène constant ; en tout cas, il est généralement peu considérable, de courte durée; il se montre de préférence aux extrémités inférieures. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on trouve un épanchement dans les séreuses, ce qui distingue encore cette maladie de la néphrite parenchymateuse où l'anasarque et les épanchements sont fréquents.

Le cœur est seulement dilaté avec hypertrophie des parois du ventricule gauche, sans lésions valvulaires, sans bruits de souffle, sans irrégularité des bruits autres qu'un dédoublement inconstant, passager, du premier bruit. Ce phénomène, assez fréquent, a été découvert par M. Potain; il survient surtout lorsque le malade a éprouvé quelque fatigue, il disparaît par le repos.

D'après les théories généralement admises, le cœur ne serait atteint que secondairement, par suite de la sclérose du rein qui produirait une gêne circulatoire dans les radicules des artères rénales, et le sang passant difficilement des artères dans les veines nécessiterait une force contractile plus grande du ventricule gauche; de là hypertrophie des parois et dilatation de la cavité ventriculaire.

Quoi qu'il en soit, les artères sont fréquemment atteintes de dégénérescence athéromateuse.

Dans le cours de la maladie, les hémorrhagies ne sont pas rares, qu'elles soient ou non la conséquence des altérations vasculaires ; ce sont des épistaxis, des hémorrhagies intestinales, cérébrales, etc. De plus, les malades sont sujets, dans la dernière période de la maladie, à des accidents urémiques par suite d'une épuration insuffisante du sang, accidents qui peuvent revêtir les formes délirante, convulsive ou comateuse, cette dernière surtout.

La marche de la maladie est lente; elle peut durer des

années, cinq, dix, quinze ans même, présentant tantôt une amélioration, tantôt une exacerbation.

La guérison est exceptionnelle. La mort est presque toujours la terminaison de la néphrite interstitielle, mort lente qui survient soit par l'affaiblissement graduel du malade, soit par les accidents d'une néphrite parenchymateuse venant compliquer la maladie première, c'est-à-dire par l'albuminurie, l'anasarque et quelque épanchement interne. Enfin la mort peut encore avoir lieu par hémorrhagie cérébrale et par l'urémie. Le pronostic est donc toujours grave.

Quant au diagnostic, il est facile d'après la symptomatologie que nous avons tracée, à la condition de se souvenir que cliniquement les deux néphrites, parenchymateuse et interstitielle, se trouvent souvent réunies sur le même sujet.

La néphrite interstitielle est plus commune chez l'homme que chez la femme; elle se rencontre surtout entre quarante et quatre-vingts ans. Les causes accidentelles sont: le froid, un coup sur les reins, une fièvre éruptive, une affection chronique, la goutte surtout, qui, en Angleterre, a fait donner à cette affection le nom de néphrite goutteuse. Nous ne devons pas omettre non plus dans l'étiologie l'alcoolisme et le saturnisme.

Aucun traitement ne parvient à guérir cette maladie. Parfois, au début, on peut arriver à l'enrayer par des ventouses sèches fréquemment appliquées ou des ventouses scarifiées, par des révulsifs cutanés, cautères, pointes de feu. Quant au médicament qui s'oppose le plus à la prolifération conjonctive, c'est l'iodure de potassium. Enfin précautions hygiéniques, alimentation suffisante, éviter le froid et les alcools, sont surtout aussi recommandés.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

La clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de médecine de Paris (1).

II

Maintenant quelques mots encore sur l'organisation de ce nouvel hôpital. Un service d'accouchements ne ressemble à aucun service de médecine ou de chirurgie. Il exige des agencements spéciaux, et, lorsque l'architecte chargé de la construction vint me demander conseil, avec une modestie et une bonne grâce dont je ne saurais trop le louer et le remercier au nom de l'intérêt général, je lui rédigeai un programme traitant des conditions générales et spéciales à remplir, ayant avant toutes choses la malade pour objectif.

Quatre départements particuliers sont nécessaires dans un service de clinique obstétricale : 1° les infirmeries ou salles dans lesquelles on met les femmes accouchées, salles vastes, à plafonds élevés, avec un chiffre de mètres cubes plus considérable que partout ailleurs, avec un système de ventilation aussi parfait que possible, par des cheminées à feu pour le chauffage et des cheminées d'appel le long des murs. De larges baies permettent une aération et un éclairage aussi grand que possible; 2° l'annexe de l'infirmerie, c'est-à-dire le local nécessaire aux femmes qui nous arrivent à une certaine époque de leur grossesse et aux nourrices mercenaires, et où les unes et les autres soient largement installées dans des pièces vastes et convenablement aérées, augmentées d'un réfectoire voisin et d'une salle de travail et de récréation munie de tables, de chaises et même de fauteuils. La salle des nourrices comprend dix lits, ainsi que chacune des deux salles de femmes enceintes. Près de là sont les lavabos, si nécessaires aux femmes qui viennent ici souvent couvertes de parasites et ignorant jusqu'aux lois les plus élémentaires d'une simple hygiène de propreté. Du reste l'eau et le gaz ont été placés partout, de même que l'on a installé des cabinets d'aisances à tous les étages. Ceux-ci sont disposés de façon à prendre jour et air sur une grande cour carrée; ils sont tous pourvus d'un réservoir à eau, et leurs parois sont tapissées de faïence du haut en bas; enfin deux portes les séparent des salles des malades, afin d'éviter la propagation de toute odeur. Les murs et les plafonds de toutes les salles sont stuqués et les parquets sont en mosaïque de marbre afin que le tout puisse être lavé facilement au moyen d'éponges. Les coins des salles sont arrondis pour que la poussière ne puisse s'y accumuler et des toiles d'araignée s'y former.

3° Quant au troisième département, il est constitué par la salle d'accouchements qui est placée assez loin des infirmeries et des femmes enceintes pour que les cris ne puissent être entendus jusque-là. Cette salle est très-vaste, et par ses dispositions elle est peut-être celle qui de toutes ici me plaît le plus. Elle contient quatre lits pour les accouchements, ce qui est suffisant, car il est bien rare que nous ayons plus de quatre femmes accouchant en même temps; plafonds, murs et parquets sont de stuc ou de marbre, comme dans les autres salles. Au centre se trouve une petite enceinte pour les opérations particulières, forceps, version, etc., enceinte entourée d'une barrière autour de laquelle vous pourrez vous grouper et assister facilement au manuel opératoire, sans gêner en quoi que ce soit, par un voisinage trop rapproché, les mouvements de l'opérateur. Cette salle renferme tous les instruments et appareils nécessaires pour les accouchements et pour les soins particuliers à donner, en certains cas, aux enfants nouveau-nés.

De plus, nous avons encore comme annexe une salle de bains spécialement destinée à la salle d'accouchements et munie de deux baignoires, l'une fixe, l'autre mobile de telle sorte qu'elle puisse être amenée auprès du lit de la malade lorsqu'il y a quelque danger à transporter celle-ci à la salle de bains, comme dans les cas de phlegmon de la fosse iliaque, etc. J'ai attaché une grande importance au bon fonctionnement du service des bains.

4° Enfin le dernier département est celui qui touche directement à l'enseignement officiel de l'obstétrique, qui, lorsqu'il sera complètement organisé, sera tel qu'il n'en existera pas un semblable en Europe. C'est d'abord l'amphithéâtre où nous pouvons dire ce qui ne conviendrait pas au lit de l'accouchée. Cela me rappelle certains mots qui m'échappèrent un jour, à mon vif regret, alors que j'examinais une pauvre femme qui me paraissait avoir succombé depuis quelques instants aux suites d'une hémorrhagie considérable. Me retournant en effet vers les personnes qui m'entouraient, je leur dis : « Cette femme est morte »; mais celle-ci à ces mots me répondait, à ma grande stupéfaction, d'une voix faible : « Pas encore. » La pauvre femme, en effet, était si peu morte, malgré toutes les apparences, que trois semaines plus tard elle quittait la Clinique parfaitement guérie.

Le « pas encore » de cette femme correspond assez bien à ce qui arriva à Récamier un jour qu'il était appelé par un

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 mai 1881.

de ses confrères auprès d'un homme du monde atteint de la fièvre typhoïde. Récamier se plaignait d'avoir été mandé trop tard, disant que le malade lui paraissait devoir succomber dans la soirée ; mais ce dernier, en l'entendant, se laissa aller à émettre certain bruit par les voies inférieures, qu'il accompagna des mots : *Qui crepitat vivit*. Et de fait, non-seulement il ne mourut pas de la fièvre typhoïde, mais cet homme vit encore aujourd'hui.

Ces anecdotes m'ont éloigné de mon sujet, et, pour vous faire connaître les résultats auxquels je suis parvenu dans l'intérêt de votre instruction clinique, je vous dirai qu'après avoir longtemps bataillé j'ai obtenu de la libéralité du ministre de l'instruction publique la création d'un laboratoire d'histologie, avec les instruments et les appareils nécessaires.

Ce n'est pas tout : j'ai commencé, dans l'ancienne Clinique, une collection de pièces anatomiques se rattachant à l'art des accouchements et dont les plus importantes représentent des vices de conformation du bassin, question que je me propose de traiter dans la prochaine séance. Cette collection déjà nombreuse a été reconnue par les savants étrangers qui l'ont visitée comme la plus belle de toutes celles qui ont été créées jusqu'à ce jour dans les Universités étrangères. J'ai aussi une collection d'observations qui comprennent une période d'une quarantaine d'années et qui sont une source de renseignements précieux pour quiconque voudrait faire des recherches sur l'obstétrique. Ces différents documents me paraissaient mériter réellement de constituer un musée ; mais pour cela il nous fallait la pièce d'abord, l'argent ensuite, afin d'acquérir les armoires et les vitrines nécessaires. Aussi, depuis deux ans et demi, j'avais adressé au ministre de l'instruction publique un mémoire dans lequel je m'efforçais d'exposer l'intérêt de cette collection personnelle que je voulais donner à la Faculté de médecine de Paris, mais à la condition qu'elle resterait attachée à perpétuité à la Clinique d'accouchements. Quand les constructions ont été sur le point d'être achevées, j'ai renouvelé ma demande ; on m'a répondu que l'on examinerait l'affaire. Toujours est-il que, le jour de l'inauguration arrivé, rien encore n'était décidé ; je profitai donc ce jour-là de la présence du directeur de l'enseignement supérieur, M. Dumont, pour lui rappeler ma demande et lui montrer ma collection que j'avais eu le soin de faire étaler sur le sol de la future salle du musée. M. Dumont, frappé du grand nombre d'objets qui la composaient, me promit la création du musée ; cette promesse a été aussi vivement tenue qu'elle avait été faite, car le surlendemain, c'est-à-dire vendredi, j'ai reçu une lettre des plus gracieuses qui m'annonce que le crédit nécessaire à l'installation du musée de la Clinique d'accouchements a été soumis à la signature du ministre.

Enfin jusqu'à présent la Clinique était absolument réservée aux accouchements, sauf une petite consultation instituée depuis sept ou huit ans pour les maladies des femmes. Cependant nul n'est mieux placé que l'accoucheur pour connaître ces affections ; aussi, dans le programme que j'avais remis à l'architecte, avais-je demandé qu'il fût réservé un petit coin pour l'installation d'un service de gynécologie qui comprendrait seulement douze ou quinze lits. J'ai eu cette fois encore le bonheur d'avoir gain de cause, et, après bien des difficultés, le problème a été résolu ; ce nouveau service est créé ; il est placé à l'extrémité du service d'accouchements, dont il est absolument indépendant, et pourvu d'un personnel spécial ; la Clinique de la Faculté de Paris s'appellera donc désormais Clinique d'accouchements et de gynécologie.

Tout ce qui constitue le nouvel établissement, tel qu'il est aujourd'hui terminé, a coûté en chiffres ronds 1 million 800,000 francs, somme dont il faut distraire 489 ou 490,000 francs pour la valeur du terrain ; les constructions et l'aménagement reviennent donc seulement à 1,300,000 fr. environ, dépense relativement minime dont tout le mérite revient à l'architecte. Chaque lit, en effet, ne coûte que 12,000 francs, tandis que nous pourrions citer, sans parler de certain établissement où les lits reviennent à 90,000 fr., tel autre hôpital qui n'a pas coûté moins de 10 millions pour un peu moins de six cents lits, c'est-à-dire entre 17 et 18,000 francs par lit.

Enfin j'oubliais de vous dire que vous trouverez aussi dans quelque temps, annexée au musée, une salle de lecture avec une petite bibliothèque où je tâcherai de réunir à votre intention le plus d'ouvrages possible se rapportant à l'obstétrique.

Tels sont, dans un résumé aussi succinct que possible, et l'historique de la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, et l'organisation du nouvel établissement dans lequel nous nous sommes efforcé d'introduire toutes les améliorations possibles au point de vue des malades et de l'enseignement clinique.

DES CONDITIONS DU SUCCÈS

DANS LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL ET DE LA NÉVRALGIE FACIALE EN PARTICULIER PAR LE CUIVRE, COMME PAR D'AUTRES MÉTAUX.

Par le docteur V. Burq.

Tous les métaux, soit qu'on les donne à l'intérieur, soit qu'on les applique à l'extérieur, se comportent invariablement de la même façon dans le traitement des maladies du système nerveux et de celles qui, comme la chlorose et la chloro-anémie, en dépendent. Quand ils agissent, le thermomètre, l'esthésiomètre et le dynamomètre en sont toujours les premiers avertisseurs.

Sont tributaires des métaux, du fer, du zinc, de l'or, de l'argent, etc., au même titre que du cuivre, les névralgies et les hyperesthésies de toute sorte, aussi bien que tous les désordres hypernerviques musculaires, intermittents ou permanents, dits spasmes, attaques ou contractures hystériques.

a). Lorsqu'elles sont greffées sur le nervosisme et s'accompagnent de troubles en moins ou « hyponerviques proportionnels », soit du côté de la sensibilité générale, — analgésie et anesthésie, — ou de la sensibilité spéciale, — achromatopsie, anosmie, anacousie, etc., — soit du côté de la motilité et de la contractilité viscérale, — amyosthénie et parésie des muscles de la vie de relation ou de la vie organique, — lorsqu'elles coexistent avec des troubles des vaso-moteurs, — ischémie des capillaires, dysménorrhée ou aménorrhée, athermie, etc. ;

b) Quand elles sont sujettes à se déplacer ou à se transformer en spasmes, attaques, voire même en désordres psychiques, ou qu'elles ont été déjà précédées d'autres troubles nerveux hypernerviques dont elles semblent avoir pris la place ;

c) Quand elles s'accompagnent de troubles gastriques, anorexie, gastralgie, dyspepsie, etc. ;

d) Quand elles affectent plus particulièrement le type périodique, sans qu'elles aient rien de paludéen ;

e) Quand elles subissent les influences ambiantes physiques et morales, qu'elles peuvent être atténuées par une dépense inusitée des forces ou de la sensibilité et que la volonté a sur elles quelque prise, etc. Mais la condition essentielle pour le succès du traitement, c'est que le malade soit sensible au métal qui est administré ou appliqué. Plus cette sensibilité sera prononcée, et moins il

faudra de temps pour la produire, plus le succès sera assuré et sera rapide, et moins il faudra de métal pour l'obtenir, sans qu'on soit obligé de recourir à quelque formule spéciale, souvent la division seule du métal pouvant suffire, si elle a été poussée assez loin.

Sont, au contraire, réfractaires à l'action des métaux, intus comme extra, sous quelque forme qu'on les administre et quelle que soit leur appropriation à l'idiosyncrasie, les névralgies en général et en particulier la névralgie à laquelle on a donné le nom de tic douloureux de la face :

f) Qui sont survenues d'emblée, sans antécédents de névrose d'aucune sorte, chez des sujets qui n'ont rien des attributs du tempérament nerveux ;

g) Qui sont fixes et plus ou moins continues ;

h) Qui n'offrent point de mutabilité ;

i) Lorsque les malades sont doués d'une sensibilité et d'une force musculaire normales ;

j) Lorsque la circulation périphérique ne laisse rien à désirer, pas plus que la calorification ;

k) Lorsque les fonctions digestives sont respectées ;

l) Lorsqu'un changement de milieu, des excitations cutanées répétées, un traitement hydrothérapique antérieur, n'ont produit aucune amélioration, etc.

Telles sont les indications et les contre-indications principales du traitement par les métaux, des névralgies diverses, quels qu'en soient la forme et le siège, et quelque nom qu'on leur donne, qu'une expérience de trente années nous a apprises ; telles sont les règles de la métallothérapie, tant interne qu'externe, mais qui dit règle dit aussi exception.

On sait comment se reconnaît la sensibilité métallique individuelle ou idiosyncrasie. On applique sur une surface anesthésique ou en regard des muscles frappés d'amyosthénie des plaques de différents métaux, à tour de rôle.

Si les métaux ne sont point malléables, ou même si l'on veut aller plus vite, on les injecte dans la peau en solution très-faible, et celui qui ramène la sensibilité, qui fait monter la force musculaire, qui active la circulation capillaire ou élève la température, est le métal qu'il faut administrer ou appliquer.

Il ne serait pas sans intérêt de montrer ici comment, dans quelques cas, on peut affirmer d'emblée une sensibilité métallique sans recourir à l'examen métalloscopique, par exemple d'ajouter de nouveaux cas à ceux déjà rapportés, l'an dernier, par M. le docteur Revillout à cette place, pour démontrer que la sensibilité cuivre est toujours le corollaire de la sensibilité magnétique ou somnambulique ; mais c'est à peine s'il doit nous rester assez de place pour répondre à cette question qui nous est posée par la *Gazette des hôpitaux* du 26 mars dernier.

« Pourquoi le sulfate de cuivre perd-il une seconde fois son efficacité (dans le traitement de la névralgie faciale) après l'avoir manifestée d'une manière évidente une première fois ? »

Les armes de la thérapeutique, dirons-nous d'abord, sont sujettes à s'émousser tout aussi bien que celles qui sont faites avec l'acier le plus fin et le mieux trempé. Mais, en dehors de cette raison, devenue banale à force d'être vraie, il y en a une deuxième moins connue que voici :

Il existe des sensibilités métalliques doubles, triples même, comme il y a des tempéraments où les éléments nerveux, sanguins et lymphatiques sont plus ou moins associés ensemble, et, de même que, dans un tempérament mixte, il est rare qu'un élément ne prédomine, de même chez les *polymétalliques* il y a presque toujours un métal qui est la caractéristique vraie de l'idiosyncrasie, tandis que les autres métaux ne viennent qu'en sous-ordre, ne sont, pour ainsi dire, que des sous-caractéristiques.

Or, si c'est à l'un de ces derniers que, procédant, d'après les anciens errements, à l'aventure, on a eu recours, on pourra bien encore en obtenir de bons effets ; mais en général ces effets ne tarderont point à s'épuiser.

En résumé, *sauf exception*, le sulfate de cuivre ammoniacal ou autre, peu importe la préparation, ne guérit la névralgie faciale que dans les deux cas suivants :

1° Lorsque la névralgie est une névrose à retentissement dans tout l'organisme, qui se manifeste surtout par une anesthésie ou une amyosthénie proportionnelle, si ce n'est pas les deux à la fois, et par des troubles vaso-moteurs ;

2° Lorsque la caractéristique du sujet est la sensibilité cuivre. Quand le cuivre n'a point d'action dans une névralgie faciale ou autre de cette nature, il faut rechercher, à l'aide des procédés métalloscopiques aujourd'hui connus, quel est le métal auquel répond réellement le sujet, et ce métal, une fois trouvé, on obtiendra sûrement de son administration les mêmes bons effets que ceux qu'on avait d'abord espérés du cuivre.

Les métaux n'ont point de prise sur les tics en général et sur le tic facial en particulier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. Henri Fauvel adresse une note sur les altérations du lait dans les biberons constatées en même temps que la présence d'une végétation cryptogamique dans l'appareil en caoutchouc qui s'adapte au récipient en verre. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. Louis Caradec (de Brest) adresse une note intitulée : Considérations médicales sur la pression atmosphérique.

M. le secrétaire perpétuel communique, pour M. Gautier absent, une note sous ce titre : *Peut-on distinguer aujourd'hui les alcaloïdes cadavériques des autres alcaloïdes naturels ou artificiels ?*

A la liste des alcaloïdes cités par MM. Brouardel et Boutmy, comme ne donnant pas de bleu de Prusse quand on les traite successivement par le ferrocyanure de potassium et le perchlorure de fer, M. Gautier ajoute, d'après ses propres observations, une longue liste d'autres alcaloïdes, ce qui le conduit à montrer combien cette réaction est générale. Aussi ne saurait-elle, suivant lui, caractériser les ptomaïnes, car elle s'applique à la fois à des bases phényliques, à la naphtylomine, aux alcaloïdes picridiques, allyliques, acétaniques, etc., bases vénéneuses, la plupart, et qui ont quelquefois amené la mort.

Quoi qu'il en soit, ajoute M. Gautier, cette réaction n'en reste pas moins un précieux moyen de distinguer, dans les cas douteux, un alcaloïde artificiel ou cadavérique d'un alcaloïde naturel doué de propriétés chimiques et physiologiques analogues.

RAPPORT

Charbon. — M. Villemin, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Bouley, Vulpian, Davaine et Alphonse Guérin, lit le rapport sur le fait exposé à l'Académie par M. Pasteur en son nom et au nom de MM. Chamberland et Roux, savoir : De la terre recueillie au-dessus des fosses où sont enfouis des animaux charbonneux depuis plusieurs années, convenablement traitée, est susceptible de produire le charbon par inoculation. Les vers de terre sont les agents qui ramènent constamment les germes morbides de la profondeur des fosses à la superficie du sol, au moyen de leurs excréments.

Les expériences répétées devant la commission ont confirmé d'une façon évidente les faits annoncés par MM. Pasteur, Chamberland et Roux.

LECTURE

Nouveau fébrifuge. — M. de Vry (de la Haye) lit une note sur un nouveau fébrifuge, le borate de quinoïdine.

Considérant les opinions actuelles sur la cause des fièvres paludéennes et les propriétés antiseptiques de l'acide borique, cette combinaison de l'acide borique avec l'alcaloïde amorphe des

quinquinas pourra être une bonne acquisition pour la thérapeutique, surtout dans les contrées où ces fièvres sont endémiques et où le prix élevé du sulfate de quinine, environ 500 francs le kilogramme, est souvent un obstacle à l'usage de ce précieux médicament, tandis que le prix du nouveau fébrifuge ne dépassera pas 40 francs le kilogramme. Un gramme de borate de quinoïdine donne le même résultat que 0,666 milligrammes de sulfate de quinine.

Anémie des ouvriers du Saint-Gothard. — M. NIEPCE, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, donne lecture d'un travail intitulé : *Étude sur l'anémie aiguë des ouvriers du Saint-Gothard produite par l'ankylostome.*

Fonctions du pancréas. — M. BÉCHAMP fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé : Le pancréas a trois fonctions essentielles; il a d'abord une fonction glycogénique, appartenant non-seulement au tissu même de la glande, comme l'a démontré Claude Bernard, mais aussi au suc pancréatique. Bouchardat et Sandras ont, en effet, constaté, avec évidence, que non-seulement le tissu pancréatique lui-même, mais aussi le liquide qu'il sécrète possède la propriété saccharifiante à un très-haut degré. Claude Bernard a confirmé ces faits et a découvert en outre une autre fonction appartenant également au pancréas et au produit qu'il sécrète, fonction qui consiste à acidifier les corps gras. Berthelot a confirmé ce fait. Enfin Corvisart a démontré que ce suc pancréatique était un dissolvant très-énergique des matières albuminoïdes. C'est là ce qui l'a conduit à l'idée des corps qu'il a appelés peptones. Il a été démontré que le suc pancréatique avait son maximum d'activité cinq heures après le repas le plus copieux. Quel est l'agent producteur de ces fonctions? C'est la granulation moléculaire. Le pancréas, en effet, comme toutes les glandes, contient des granulations moléculaires. Pour étudier l'action de ces granulations, il fallait avant tout se mettre à l'abri des influences des germes extérieurs. C'est dans ce but que M. Béchamp a employé la créosote ou l'acide phénique. On obtient ainsi des produits sans odeur; puis, par une série de préparations, on arrive à obtenir les produits les plus ténus de cette opération, lesquels possèdent les trois propriétés essentielles du pancréas. Chaque granulation est, en effet, entourée de corps gras; on obtient le produit dans un état de pureté absolue, c'est-à-dire la granulation moléculaire, après plusieurs lavages et un traitement par l'éther.

Avec 20 pancréas de bœuf on obtient 130 grammes de ces granulations moléculaires, lesquelles possèdent toutes les propriétés les plus actives du pancréas. Claude Bernard a démontré que le pancréas était incapable d'intervertir le sucre de canne; il en est de même de ces granulations.

L'influence de ces granulations moléculaires du pancréas sur les matières albuminoïdes est très-considérable. Des matières absolument insolubles, telles que la fibrine, la musculine, l'osséine, sont rendues solubles et digérées par ces granulations; 140 grammes de fibrine sont attaqués par 10 grammes de granulations, et la solution s'opère en l'espace de six heures.

Les Allemands ont démontré que les produits de la digestion pancréatique contenaient toujours des matières cristallisables: mais, le suc pancréatique lui-même contenant de ces matières, il était difficile de savoir si elles étaient ou non le produit de la digestion. Ces granulations moléculaires du pancréas, après le traitement que leur fait subir M. Béchamp, ne peuvent plus renfermer aucune de ces matières; elles sont donc bien le produit de la digestion, c'est-à-dire le résultat d'une action chimique. Ce fait différencie la digestion pancréatique de la digestion gastrique, dans laquelle on ne trouve jamais de ces produits cristallisables.

Quelle est la théorie de ces faits? Selon M. Béchamp, la granulation moléculaire du pancréas est organisée; M. Béchamp l'appelle microzyma. Si, en effet, il s'agissait d'une matière amorphe, il serait impossible de comprendre son action sur les matières insolubles. Il y a donc une pancréatogénie dont les agents sont les microzymas ou granulations moléculaires pancréatiques. Quelle est l'origine de ces microzymas? M. Béchamp a étudié tous les tissus *ab ovo;* il a pu constater que le pancréas ne produit son action qu'à partir du cinquième mois de la gestation. Pour qu'un ferment soluble se forme, il faut donc un organisme producteur. Il y a donc une spontanéité vitale.

En terminant, M. Béchamp fait ressortir l'intensité de l'action de ces microzymas: injecté sous la peau d'un chien, 1 milligramme de cette substance par kilogramme du poids de l'animal suffit pour le foudroyer. Cette action ne s'exerce qu'autant qu'ils ne sont pas arrivés à putréfaction.

M. COLIN (d'Alfort) a étudié depuis longtemps les fonctions du pancréas, non par les procédés de M. Béchamp, mais par un procédé plus physiologique. Il s'est attaché à rechercher ce que le pancréas envoie dans l'intestin. Les recherches de M. Béchamp ne s'appliquent pas à la physiologie; en effet, ce ne sont pas des pulpes, plus ou moins triturées, que le pancréas envoie dans l'intestin, c'est le suc pancréatique. Il s'agissait donc de rechercher s'il y a des microzymas dans le suc pancréatique, tel qu'il sort de la glande. Je l'ai examiné au moment même de sa sortie, et je n'ai trouvé que de très-rares granulations moléculaires. Je me demande donc si, dans ce liquide, ces quelques granulations constituent le principe actif du suc pancréatique.

M. BÉCHAMP. Le suc pancréatique, produit formé dans la glande, a reçu de ces granulations moléculaires son activité; il n'est pas nécessaire que ces granulations sortent avec lui; il peut toutefois s'en échapper quelques-unes.

M. COLIN. Rien ne prouve que ces microzymas soient les agents des fonctions du pancréas. Je ne crois pas que ces granulations aient quelque chose de spécifique. On en trouve dans le suc pancréatique altéré, alors qu'il n'agit plus.

M. BÉCHAMP. C'est le contraire qui a lieu; l'action nocive propre aux microzymas disparaît dans la putréfaction.

M. COLIN. Les fonctions du pancréas sont loin d'être aussi nettes que semblent l'indiquer les expériences de M. Béchamp; si l'on examine ces fonctions dans la digestion en général, on voit que l'action saccharifiante du pancréas est très-peu importante, que ses propriétés émulsionnantes sont également très-peu importantes, tous les sucs intestinaux émulsionnant les graisses. Quand le pancréas est enlevé, les choses se passent à peu près de même que quand il existe. On peut enlever le pancréas chez de très-jeunes animaux, ils se développent aussi bien que les autres et engraissent comme eux. Ils ont donc digéré les graisses sans le secours du pancréas. Ces granulations du pancréas ne sont donc pas indispensables à la digestion. On lui attribue des propriétés dissolvantes qu'il n'a pas. Les injections de microzymas dans le sang, foudroyant l'animal, ne prouvent rien. On sait que la mort est dans ces cas le résultat d'embolies.

M. BÉCHAMP. Ce n'est pas seulement l'émulsion, mais bien l'acidification des graisses que produisent les microzymas du pancréas. J'ai démontré, en outre, que ces microzymas possèdent toutes les propriétés du suc pancréatique. Quant aux injections de microzymas dans le sang, j'insiste sur ce fait que les mêmes microzymas putréfiés ne tuent plus, et que les animaux tués, examinés avec le plus grand soin, n'ont présenté aucune embolie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil général du département de la Seine vient, dans sa séance du 14 de ce mois, d'approuver, dans la limite d'une dépense totale de 53,400 francs, l'installation d'appareils frigorifiques à la Morgue d'après le système de MM. Mignon et Rouart. Il a également approuvé en principe, dans cette même séance, l'établissement d'une salle d'autopsie, d'une chambre de microscopie, d'une chambre de chimie, d'une chambre pour des expériences physiologiques avec chenil et grenouillère, d'une salle pour les préparations anatomiques que l'on voudrait conserver et pour les moulages, d'une salle spéciale pour la remise des corps reconnus aux

familles, enfin la formation d'une bibliothèque, de collections de pièces anatomiques, de poisons. Le ministre de l'instruction publique contribuera dans les dépenses nécessitées par ces diverses créations pour une somme de 35,000 francs.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Capitan (Louis-Joseph), bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générale (emploi nouveau).

M. Le Noir (Paul-Louis), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide du laboratoire de pharmacologie.

MM. Bellangé et Vassaux sont nommés moniteurs d'histologie aux travaux pratiques de la Faculté.

— M. le docteur Devé est nommé médecin du collège de Beauvais, en remplacement de M. le docteur Colson, décédé.

— Un concours pour la place de prosecteur s'ouvrira le 1er août 1881, devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le lundi 3 octobre 1881 s'ouvrira, devant la même Faculté, un concours pour un emploi d'aide d'anatomie.

— A partir du 24 mai, M. Bertillon, professeur à l'École d'anthropologie, fera son cours de démographie le mardi et le vendredi, à quatre heures et demie.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation sur les bords de la Marne le dimanche 22 mai 1881. On partira de Paris, gare de Vincennes, à onze heures du matin pour la station de Fontenay-sous-Bois.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation le dimanche 22 mai 1881, à Bouray. On partira de la gare d'Orléans par le train de sept heures du matin. On est prié de se faire inscrire dans les galeries de botanique du Muséum, de midi à quatre heures. Les inscriptions seront reçues seulement jusqu'au vendredi 20 mai inclusivement.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 22 mai 1881, de Saint-Cloud à Versailles. Le rendez-vous est fixé à la cascade du parc de Saint-Cloud, à midi, par le train partant de Paris à onze heures du matin, rive gauche pour la station de Bellevue.

— M. Hébert, professeur de géologie à la Faculté des sciences, fera une excursion géologique dimanche prochain 22 mai 1881, à Meudon. Le rendez-vous est à la porte de Versailles (fortifications), à huit heures précises du matin.

— Stanislas Meunier, aide-naturaliste du cours de géologie au Muséum, fera, dimanche prochain 22 mai 1881, une excursion géologique à Auvers, Valmondois et l'Ile-Adam. On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures quarante-cinq minutes du matin, le train pour Auvers. On sera de retour à Paris à cinq heures quarante-deux minutes du soir.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11228.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le foie cardiaque.

Les auteurs classiques enseignent que les maladies du cœur déterminent une stase sanguine dans la veine centrale du lobule du foie, que cette stase peut à la longue produire autour de la veine lobulaire un degré d'hyperplasie plus ou moins prononcé, en même temps que les capillaires se dilatent et que les cellules s'atrophient par compression. Mais les premiers qui, ayant constaté ce fait, avaient rangé les affections du cœur au nombre des causes de la cirrhose hépatique, n'avaient établi aucune différence entre cette cirrhose et la cirrhose alcoolique. C'est plus près de nous, et par des médecins anglais, qu'a été établie pour la première fois la séparation des deux cirrhoses et qu'a pris naissance comme espèce pathologique distincte la cirrhose cardiaque.

Cette lésion spéciale de l'organe hépatique, survenue sous la dépendance d'une affection cardiaque, vient de faire l'objet de nouvelles recherches anatomo-pathologiques et cliniques très-intéressantes de la part de M. le docteur Ch. Talamon.

Ayant eu l'occasion d'observer pendant le cours de l'année dernière un certain nombre de malades enlevés par des affections cardiaques, dans l'un des services de l'Hôtel-Dieu auquel il était attaché alors comme interne, M. Talamon en a profité pour se livrer à des analyses histologiques des modifications subies par le tissu hépatique dans le cours de ces affections. Les lésions du foie dans les affections cardiaques, d'après ces recherches, pourraient tenir : 1° à l'artérite chronique, qui accompagne toutes les maladies du cœur, sclérose interlobulaire ; 2° à la gêne circulatoire du système porte, cirrhose hépatique diffuse, sans différence histologique appréciable avec la cirrhose péri-veineuse alcoolique ; 3° à la stase sanguine dans le système sushépatique et à la dilatation des capillaires intralobulaires, atrophie des cellules et lésions classiques du foie muscade, laquelle atrophie peut, paraît-il, aller beaucoup plus loin qu'on ne l'a dit jusqu'ici et donner lieu au syndrome de l'ictère grave, s'il s'y joint une inflammation des canalicules biliaires.

Ces lésions, quand elles ne dépassent pas un certain degré, c'est-à-dire le stade des lésions mécaniques avec un peu d'hyperplasie interlobulaire, ne déterminent d'autres symptômes que les phénomènes habituels de la congestion hépatique, de la pesanteur dans l'hypochondre droit, l'augmentation de la matité du foie, une légère teinte jaunâtre de la face propre, surtout aux lésions mitrales. Dans deux des observations rapportées, il s'y est joint des épistaxis. Mais, si l'hépatite interstitielle, d'ordinaire peu marquée, vient, pour une raison quelconque, à s'étendre ou à subir quelque poussée aiguë, de nouveaux phénomènes apparaissent, modifiant le tableau clinique ordinaire de l'affection cardiaque, et ces phénomènes varient suivant les parties du foie vers lesquelles se fait l'extension du processus surajouté. Deux des principales complications, qui ont paru à M. Talamon relever de l'hépatite cardiaque, sont l'ascite et l'ictère.

L'ascite étant un des effets communs des maladies du cœur, il ne sera pas toujours aisé d'en distinguer celle qui proviendrait de la lésion hépatique en question. Dans trois des observations que rapporte M. Talamon, l'ascite semble, au premier abord, s'être développée au même titre que l'œdème des membres inférieurs, comme simple conséquence de la gêne de la circulation veineuse. Mais l'abondance du liquide péritonéal et le volume de l'abdomen, hors de proportion avec ce qu'on observe habituellement dans l'asystolie, devaient faire soupçonner l'intervention d'un autre facteur. En effet, chez ces malades, tandis que l'œdème des membres inférieurs cédait à l'emploi des moyens ordinaires, l'épanchement abdominal nécessitait la paracentèse. De plus, dans ces trois cas l'ascite se reproduisit, dans l'un très-rapidement, amenant la mort à bref délai, dans les deux autres lentement et au bout d'un temps plus ou moins long. Dans l'une de ces observations, l'asystolie persistait ; mais on ne saurait attribuer uniquement à la faiblesse cardiaque la reproduction d'un épanchement abdominal aussi considérable dans un temps aussi court ; il fallait donc admettre l'intervention d'une cause agissant plus immédiatement sur la circulation abdominale. Enfin, dans les deux autres cas, l'ascite reparut isolément, sans œdème des jambes, montrant bien par là que cette cause plus immédiate peut à elle seule la déterminer. C'était évidemment dans l'état du foie qu'on devait chercher cette cause.

La teinte jaunâtre que les auteurs signalent comme caractérisant le faciès mitral est rapportée généralement à la congestion hépatique ou à la tuméfaction catarrhale des canaux biliaires. Mais on a omis de signaler que cette teinte subictérique peut s'accentuer, dans certains cas, au point de constituer un ictère foncé, grave, dominant complètement la scène morbide. — M. Talamon rapporte quatre exemples

remarquables de cette variété d'ictère. On y voit, dans le cours d'une attaque d'asystolie, une teinte jaunâtre apparaître d'abord à la face et aux conjonctives, puis s'étendre à tout le corps, se foncer de plus en plus, et cet ictère se terminer plus ou moins rapidement par la mort au milieu d'un ensemble symptomatique qui rappelle celui de l'ictère grave. En même temps que l'ictère se fonçait, les malades prenaient l'aspect typhoïque, les lèvres et la langue se desséchaient, s'encroûtaient de sang et de fuliginosités. Il y avait un subdélirium continu, avec agitation nocturne; puis survenait une sorte d'état demi-comateux, les malades restant immobiles dans le décubitus dorsal, ne paraissant plus souffrir ni avoir conscience de ce qui se passait autour d'eux, la bouche entr'ouverte, les yeux fixes, demi-clos. On ne les retirait que momentanément de leur torpeur en les secouant, mais ils ne tardaient pas à retomber dans le coma et mouraient dans cet état, sans fièvre et sans convulsions. Dans deux cas il y eut une épistaxis abondante vers la fin. Dans deux de ces observations, le foie, d'abord un peu augmenté de volume, diminua progressivement.

Les urines, chez tous ces malades, devinrent de plus en plus rares et présentèrent les caractères de l'urine hépatique.

Dans trois cas, la lésion cardiaque était ancienne; insuffisance mitrale dans deux cas, insuffisance mitrale et symphyse cardiaque dans l'autre. Dans le quatrième, il n'y avait pas d'altération valvulaire, mais seulement une dilatation considérable de l'orifice mitral.

Dans les quatre cas, la mort a été la conséquence de la lésion hépatique. A l'autopsie, on a trouvé les lésions de l'atrophie jaune du foie. Il y avait en même temps une inflammation des canalicules biliaires interlobulaires, à laquelle était attribuable l'ictère et une hyperplasie conjonctive interstitielle. Les altérations les plus graves portaient sur les parties centrales du lobule, dans les points où l'augmentation de la tension veineuse doit être le plus marquée. Enfin, dans un cas, la sclérose périlobulaire, excessivement développée, avait pénétré et dissocié la plupart des lobules, étouffant des groupes entiers de cellules.

D'où l'on doit induire que, chaque fois qu'on verra survenir un ictère vrai chez un cardiaque asystolique, le pronostic est sérieux, et que, lors même que l'ictère ne prend pas un aspect menaçant, il ne faut cependant pas oublier qu'une altération du foie survenant chez un individu dont le cœur est malade est une complication à surveiller.

Dernière conclusion à tirer de ces recherches : en présence d'une complication hépatique, le médecin ne doit pas se borner au traitement de la maladie du cœur, mais chercher à enrayer le développement de lésions qui peuvent avoir des conséquences aussi sérieuses. Le traitement préconisé dans ces conditions par Stoke, le seul auteur qui paraisse jusqu'à présent s'être préoccupé de la thérapeutique, consisterait à administrer des préparations mercurielles d'une manière continue et à petites doses, et à les faire suivre d'un traitement diurétique.

De quelques-uns des moyens de traitement de la grande hystérie (hystéro-épilepsie).

En esquissant à grands traits, comme nous l'avons fait dans notre Revue du 30 avril dernier, d'après la belle monographie clinique de M. le docteur P. Richer, les phénomènes principaux qui caractérisent l'hystéro-épilepsie dans chacune de ses phases et dans chacune de ses variétés, comme dans son unité typique fondamentale; en un mot, en mettant nos lecteurs au courant des progrès les plus récemment réalisés dans l'étude purement phénoménale de cette grande névrose, nous avions la conviction de faire une chose utile. Mais notre tâche resterait incomplète si nous ne revenions pas une fois encore aujourd'hui sur ce même sujet, pour montrer, en puisant aux mêmes sources d'informations, à quel point en est aujourd'hui la thérapeutique de cette affection et de quelles acquisitions nouvelles la pratique est redevable aux persévérantes études dont elle a été l'objet et qui se poursuivent encore en ce moment.

C'est surtout à propos du traitement que nous trouverions des motifs plus sérieux peut-être encore d'insister sur les inconvénients de l'appellation vicieuse d'hystéro-épilepsie, laquelle semblerait impliquer l'idée d'incurabilité, alors qu'au contraire la grande névrose qui nous occupe, la grande hystérie, est, comme on le sait déjà, mais comme on va le voir plus clairement encore, curable et spontanément et par les secours de l'art.

Dans cette rapide revue des moyens de traitement de la grande hystérie, nous ne nous attacherons qu'aux moyens récemment expérimentés, les courants continus, la compression ovarique, la métallothérapie, les aimants et l'électricité statique.

Pendant son année d'internat dans le service de M. Charcot, M. Richer a fréquemment fait usage des courants continus. La malade étant en attaque, il appliquait, au moyen de bandes, l'un des rhéophores d'une pile Trouvé sur le front, l'autre en un point quelconque du corps. En faisant passer le courant de 10 à 15 éléments, n'importe dans quel sens, il voyait l'attaque s'arrêter; le délire loquace, qui caractérise quelquefois la quatrième période, survenait et durait jusqu'à ce qu'une crise incomplète revînt : puis assez rapidement les attaques cessaient complètement.

Une malade bien connue dans ce service, Geneviève B..., qui avait jusqu'à trente attaques en une heure, sous le courant en avait deux ou trois incomplètes. Mais il suffisait d'interrompre le courant, ne fût-ce qu'une seconde, pour voir les accès reprendre avec toute leur violence, preuve que c'était bien au passage de l'électricité qu'était due la cessation des attaques.

Sur toutes les malades, on a eu des résultats analogues. Il reste donc ce fait : si le passage du courant n'arrête pas complètement l'hystéro-épilepsie, il en modifie les accès et devient un palliatif utile dans l'état de mal.

M. Richer a fait, dans ses études sur l'application des courants, une observation très-intéressante. Les électrodes étant disposés comme il a été dit plus haut, attendant la production d'une attaque nouvelle, s'il intervertissait d'un coup le courant au moyen du commutateur, l'attaque s'arrêtait tout net. La malade se réveillait comme étonnée, portait la main à sa tête et reprenait complètement connaissance. La répétition fréquente de ce fait, avec quelques variantes seulement dans l'intensité ou la rapidité des effets, l'a conduit à formuler les deux propositions suivantes :

1° Les secousses provoquées par l'interversion brusque d'un courant continu fort (30, 40 et 80 éléments de l'appareil Trouvé) amènent presque toujours l'arrêt immédiat des phénomènes convulsifs, mais n'empêchent pas leur retour;

2° L'application soutenue d'un courant faible (5 à 10 éléments du même appareil) n'arrête pas l'attaque, mais elle en atténue la violence, et, pendant un état de mal, éloigne le retour des accès.

Nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs des effets de la compression ovarienne. Voici en quels termes M. Richer résume ces effets :

Toutes les malades ne sont pas également sensibles à la compression ovarienne. Chez quelques-unes, la compression est aisée et ne demande que peu de force ; chez d'autres, la résistance des parois abdominales est un obstacle fort difficile à surmonter. Enfin il est des cas rares où la compression ovarienne échoue complètement.

La compression de l'ovaire, qui arrête les attaques, peut, en dehors des crises, déterminer la production des phénomènes douloureux de l'aura et même parfois provoquer l'accès complet.

L'ovaire se rapproche par là des autres points hyperesthésiés qui peuvent exister sur le corps. De même qu'une première excitation de ces zones d'hyperesthésie provoque les convulsions, une nouvelle excitation peut les arrêter.

La métallothérapie, dont nous n'avons pas à rappeler ici les principes, a donné, on le sait, à la Salpêtrière, des résultats incontestables. M. Richer rapporte dans son livre un exemple remarquable de guérison par l'or, obtenue par M. le docteur Calmels, de Carmaux (Tarn), loin de Paris et de la Salpêtrière, chez une jeune femme en proie à la grande hystérie, avec attaques convulsives remarquables par la régularité de diverses manifestations. Chez cette femme, le bromure de potassium, le bromure de camphre et concurremment les préparations de fer solubles, telles que les tartrates, les citrates, avaient été administrés sans résultat, ainsi que les inhalations d'éther, de chloroforme, de nitrite d'amyle pendant les accès. Ayant eu recours à la métalloscopie qui lui fit constater la sensibilité de la malade à l'or, tandis que le cuivre, le zinc et l'argent étaient restés sans effet, M. Calmels administra le chlorure d'or en solution à raison de 3 milligrammes par jour. Les accès cessèrent.

Le résultat favorable d'une première tentative d'applications réitérées d'aimants faite par MM. Charcot et Vigouroux, sur une religieuse atteinte de contracture hystérique, est devenu le point de départ des expériences de M. Debove, déjà connues de nos lecteurs; M. Debove, comme on le sait, a obtenu des succès dans les hémianesthésies et les hémiplégies qui s'accompagnent d'anesthésie cutanée.

Les aimants, dit M. Richer, ont ce grand avantage qu'ils sont d'un mode d'emploi facile et d'une action plus constante et plus générale que les métaux. Bien que les applications thérapeutiques de l'aimant, ajoute-t-il, ne soient pas encore soumises à des règles générales et précises, on ne saurait méconnaître les réels services que cette médication est appelée à rendre dans le traitement des affections nerveuses en général et de l'hystérie en particulier.

Un autre agent physique qui paraît surpasser encore les aimants par la puissance et la sûreté de son action sur les phénomènes nerveux, c'est l'électricité statique. Cette méthode, qui est loin d'être nouvelle et qui avait déjà fait du bruit à la fin du siècle dernier, mais que la découverte du galvanisme vint à cette époque jeter momentanément dans l'oubli, a été récemment remise au jour, comme nos lecteurs le savent, par M. Vigouroux. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici comment il y a été conduit par l'étude de l'action des métaux. De nombreuses recherches poursuivies par ce savant dans le laboratoire de clinique de M. Charcot, à la Salpêtrière, ont permis de constater l'action de l'électricité statique sur les phénomènes nerveux variés et ont conduit à cette conclusion, qu'elle résume, à un plus haut degré de puissance, tous les effets des plaques métalliques et des agents æsthésiogènes en général. Or il résulte de ces recherches qu'à mesure que la sensibilité et les fonctions organiques s'améliorent, les attaques ou les autres manifestations de l'hystérie s'atténuent et finissent par disparaître ; si bien que l'on pourrait dire que, dans les cas réguliers, traiter l'anesthésie, c'est traiter la maladie elle-même. M. Vigouroux a constaté chez huit hystéro-épileptiques du service de M. Charcot l'influence du maintien de la sensibilité sur l'éloignement des attaques. Chez deux seulement il a continué le traitement jusqu'à la disparition définitive des crises.

Ces études se poursuivent, et l'on pourra voir, dans la note de M. Vigouroux annexée au livre de M. Richer, les résultats déjà très-remarquables qu'il a obtenus par ce moyen dans la pratique civile contre les accidents locaux de l'hystérie. Pour la connaissance de ces faits, ainsi que pour les détails techniques de l'application de l'électricité statique, nous ne pouvons que renvoyer les lecteurs à cette note.

L'élongation des nerfs ; effets de l'avulsion incomplète d'une dent.

Les effets physiologiques de l'élongation des nerfs n'étaient pas encore connus, — et ils sont loin de l'être encore dans toutes leurs conséquences, — que la pratique, sciemment ou insciemment, volontairement ou par accident, avait déjà réalisé quelques-unes des conditions des expérimentations récentes.

Témoin les faits d'avulsion incomplète des dents, qui, d'accidentelle dans un assez grand nombre de circonstances, est devenue une pratique cherchée et voulue, dans quelques cas, pour mettre un terme à une névralgie dentaire. Voici sur ce sujet quelques réflexions que nous adresse M. le docteur Bernard (de Cannes) à l'occasion des cas de guérison de névralgies par l'élongation des nerfs que nous avons rapportés dans quelques-uns de nos précédents numéros.

Ne pourrait-on pas rapprocher de ces faits la guérison assez fréquente et assez connue, je crois, de certaines odontalgies par la demi-avulsion des dents douloureuses ?

J'ai, pendant une certaine période de mes débuts dans la carrière médicale, arraché bon nombre de dents ; cette opération avait ordinairement pour but de mettre fin à des douleurs plus ou moins violentes. Il m'est arrivé souvent d'avoir la main saisie et immobilisée par le malade au moment où, par un premier mouvement imprimé à la clef, je venais d'ébranler la dent malade et de la faire sortir un peu de son alvéole; le patient s'enfuyait, et je le revoyais quelques jours après avec sa dent plus ou moins replantée, mais, dans plusieurs cas, devenue parfaitement indolore depuis ma tentative d'avulsion.

Le déplacement subi par la dent malade n'avait pas, ordinairement, été suffisant pour que le nerf dentaire eût été rompu ; comment dès lors expliquer la cessation de la douleur, sinon par l'élongation de ce même nerf dentaire ?

Nous pensons, avec notre confrère, que les faits qu'il nous communique rentrent en effet dans la catégorie de ceux que les récentes expériences d'élongation ont mis à l'ordre du jour.

REVUE DE LA PRESSE

Double anévrysme poplité. — M. le docteur Ch.-K. Briddoz rapporte l'opération d'un marin danois, âgé de trente-deux ans, porteur d'une tumeur anévrysmale profonde, située sur le côté externe de l'anneau du troisième adducteur du membre inférieur droit, tumeur qui présentait des battements isochrones à ceux du cœur, lesquels cessaient par la compression faite au-dessus du sac. La ligature de l'artère fut faite dans le triangle de Scarpa à son passage au-dessous du muscle couturier, ligature au catgut dans une atmosphère phéniquée, précautions antiseptiques ultérieures. Vingt-cinq jours plus tard, guérison complète. La plaie s'était réunie par première intention.

Ce fait n'aurait donc rien de bien particulier si, trois mois après cette guérison, une autre tumeur ne s'était formée dans l'espace poplité du côté gauche, affectant les mêmes caractères que la précédente tumeur du côté droit. M. le docteur Briddoz diagnostiqua un anévrysme produit par une dégénérescence syphilitique des parois artérielles. Le malade avait eu la syphilis huit ans auparavant. M. Briddoz lui prescrivit l'iodure de potassium à doses ascendantes ; il arriva ainsi jusqu'à 5 grammes par jour et continua le traitement pendant plusieurs mois. La tumeur, après avoir diminué, resta stationnaire, puis elle augmenta beaucoup, et, treize mois après la première opération, cet homme entrait de nouveau à l'hôpital. La ligature de l'artère fémorale fut faite dans le triangle de Scarpa par le même procécé que celle de la fémorale droite. Cette opération fut suivie d'un succès complet, et deux mois plus tard le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri. Les deux artères fémorales droite et gauche avaient pu être successivement liées à quatorze mois d'intervalle sans donner lieu à aucun accident. (*Abeille médicale.*)

Péritonite aiguë suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique. — Une jeune fille de dix-huit ans entrait à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Proust, pour des attaques d'hystérie avec boule, grands mouvements, hémianesthésie gauche complète portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux, vue, ouïe, goût, odorat. Parmi les couleurs, l'œil gauche ne peut distinguer que le rouge. L'ovaire est très-sensible à la pression ; on peut, en exerçant une pression sur cet ovaire, provoquer une attaque de même que l'arrêter lorsqu'elle s'est déclarée spontanément.

L'application de deux aimants à gauche, pratiquée le surlendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, ramène en quelques minutes la sensibilité générale et spéciale de ce côté ; mais, par contre, l'hémianesthésie passe à droite, il y a transfert. Les aimants étant enlevés quelques instants après, l'hémianesthésie repasse bientôt à gauche.

Six jours plus tard, cette jeune fille a une grande attaque ; on lui comprime l'ovaire gauche avec beaucoup de modération en se servant de la main. L'attaque cesse, mais il persiste un peu de sensibilité dans le ventre. Le lendemain, la douleur abdominale est plus aiguë, elle se généralise, le ventre se ballonne, et des vomissements bilieux apparaissent. Les deux jours qui suivent, tous les accidents s'aggravent, le ventre devient sensible à la moindre pression ; la face est pâle et anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides, et la malade succombe à une péritonite généralisée avec épanchement purulent dans la cavité péritonéale et fausses membranes très-récentes et vasculaires unissant l'utérus à la vessie, ainsi que le démontre l'autopsie. Les ovaires et les trompes ainsi que la partie supérieure de l'utérus sont recouverts de fausses membranes vasculaires ; les ganglions lombaires sont altérés, etc. Enfin le maximum des lésions a nettement pour siége l'appareil utéro-ovarien et s'observe surtout du côté gauche.

Le point de départ de la péritonite dans cette observation très-intéressante, relevée par M. Comby, interne du service, est évidemment dans les ovaires et surtout dans l'ovaire gauche ; la maladie s'est déclarée chez une jenne fille bien portante, hystérique seulement, le lendemain de la compression exercée sur l'ovaire gauche, et la mort est survenue dans l'espace de trois jours.

En ces temps de compression de la région ovarienne chez les hystériques, soit pour arrêter les attaques, soit pour les produire à volonté, il est heureux, ajoute M. Bouchut, auquel nous empruntons cette observation, que celle-ci ait été signalée. J'ai vu, dit-il, pratiquer cette compression, et la douleur produite par la violence qu'on apportait dans cette manœuvre m'avait effrayé. Je ne suis nullement surpris qu'il en résulte une péritonite, et, si quelque chose doit surprendre, c'est que ce malheur n'arrive pas plus souvent. (*Paris médical.*)

Luxation verticale externe de la rotule. — Le fait que nous rapportons ici, et qui vient d'être observé par M. le docteur Gérard-Laurent, de Sanvic (Seine-Inférieure), est assez rare pour que l'on n'en connaisse encore que peu d'exemples.

Il s'agit d'un jeune garçon qui, en descendant de son cheval lancé au grand trot, eut le genou droit heurté violemment. Malgré la vive douleur ressentie, il put se tenir debout et faire quelques pas, mais bientôt l'on fut obligé de le rapporter chez lui. Appelé immédiatement, M. le docteur Gérard-Laurent constata que, le malade étant dans le décubitus dorsal et la jambe complètement étendue, le genou présentait la déformation singulière décrite par Malgaigne et caractéristique d'une luxation verticale externe de la rotule. Le gonflement était nul.

La situation de la rotule fut très-facilement reconnue, sa facette articulaire externe répondait au bord externe du genou. Faisant alors une double pression, d'une part avec la main droite sur la face antérieure de la rotule qui regardait en dedans, et d'autre part avec deux doigts de la main gauche, M. Gérard-Laurent repoussa la base de la rotule ou son bord interne en dedans, et, au bout de quelques instants, cet os reprit tout d'un coup sa position normale.

Quelques légers mouvements de flexion et d'extension furent immédiatement imprimés à l'articulation, puis une bande roulée fut appliquée, fortement serrée autour du genou, le membre étant maintenu dans l'extension complète. Quatre jours de repos absolu; puis exercice léger et progressif. Dix jours après l'accident, reprise des occupations habituelles ; aucune douleur ni gêne dans les mouvements de l'articulation. (*Gaz. hebdomadaire.*)

Tétanos traumatique guéri par la distension du nerf médian. — Nous publions aujourd'hui un nouveau fait de guérison de tétanos traumatique obtenu par le docteur W.-J. Smith par la distension ou l'étirement — d'aucuns disent l'élongation — du nerf médian. Cette observation s'ajoute à celle que nous avons donnée cette année dans le numéro du 5 mars de la *Gazette des hôpitaux*, page 213, et présente avec elle les plus grandes analogies.

Un homme de cinquante-quatre ans, ayant une fracture du fémur située au tiers supérieur de l'os, présentait sur le dos de l'avant-bras, par suite du même accident, une plaie longue de huit pouces, au fond de laquelle on apercevait les tendons des muscles extenseurs. L'avant-bras ne tarda pas à suppurer et à se tuméfier considérablement, non-seulement sur la face postérieure, mais auss sur la face antérieure et jusqu'au-dessus de l'articulation avec le bras. Au niveau du pli du coude et en dedans du tendon du biceps, survint bientôt une gangrène de la peau. Ce ne fut qu'au bout d'une quinzaine de jours que le gonflement du membre disparu et que se fit l'élimination des lambeaux sphacélés, laissant au-dessus d'eux une surface bourgeonnante de bonne nature.

Mais à ce moment le malade commença à se plaindre de contractions douloureuses des muscles fléchisseurs, contractions telles qu'elles pressaient fortement les extrémités digitales dans la paume de la main. Ces crampes augmentèrent bientôt au point de troubler le sommeil. Les choses en étaient là, lorsque, le vingtième jours après la blessure, on vit la température du malade s'élever tout à coup, la nuque se raidir, la déglutition devenir difficile.

Le lendemain, on constatait des phénomènes de contracture

faciale, la constriction des mâchoires, la raideur des muscles des parois abdominales et des membres, etc.

Dans ces conditions l'opération de l'étirement du nerf médian fut décidée.

Dans l'après-midi de ce même jour, le malade ayant été préalablement soumis à l'anesthésie éthérée, le nerf médian fut mis à nu à la partie moyenne du bras, saisi et distendu dans les deux sens, c'est-à-dire de haut en bas et de bas en haut. L'opération réussit à merveille ; dès que le malade fut réveillé, le bras droit ne présentait plus de contracture, et dans l'espace de deux jours tous les symptômes tétaniques disparaissaient.

Nous devons ajouter à cette observation le fait de l'étirement du plexus brachial pratiqué récemment aussi avec succès et suivi d'une guérison qui s'est parfaitement maintenue chez un homme de trente-deux ans, qui, à la suite d'un refroidissement, était atteint d'une raideur douloureuse des doigts de la main droite. (*Paris médical.*)

Note sur un cas d'ascite idiopathique. — Les faits d'ascite idiopathique, c'est-à-dire sans altération primitive des viscères abdominaux et sans péritonite aiguë ou chronique, sont assez rares pour avoir été niés par un grand nombre de médecins ; aussi l'observation suivante de M. le docteur Debroise, de la Villedieu (Manche), est-elle des plus intéressantes.

Elle se rapporte à une fillette de treize ans, maigre, pâle, anémique, non réglée, toussant un peu, mais sans présenter rien de suspect du côté de la poitrine, et dont le ventre avait pris un tel volume qu'il ressemblait à celui d'une femme enceinte. Les signes physiques étaient parfaitement ceux d'une ascite et non d'un kyste de l'ovaire ; les organes thoraciques et abdominaux paraissaient être parfaitement sains, les urines ne présentaient aucune altération et les membres inférieurs n'étaient nullement œdématiés.

Un traitement médical par le nitrate de potasse, la digitale, l'eau-de-vie allemande, l'huile de foie de morue, etc., fut sans résultat ; le ventre se distendait de plus en plus et les forces de la malade diminuaient visiblement. L'état était devenu tel, au bout de deux mois et demi, que, devant l'imminence d'une issue fatale, une ponction fut pratiquée ; elle permit de retirer dix litres d'un liquide citrin et écumeux, tout en ayant soin de ne pas vider complètement la cavité abdominale.

La malade se trouva aussitôt fort soulagée et put reprendre quelques toniques et diurétiques. Toutefois l'épanchement se reproduisit en partie, et cette pauvre fille resta très-faible pendant deux mois encore. Cependant l'appétit revint enfin, les forces reparurent peu à peu, tandis que l'ascite diminuait graduellement pour disparaître tout à fait.

Depuis lors, la jeune fille s'est complètement rétablie, le ventre est devenu souple et lisse, et les ganglions mésentériques paraissent avoir leur volume normal. Enfin, depuis deux ans, la santé générale, très-bonne, ne s'est pas un instant démentie.

Devant l'absence de toute altération organique, devant l'absence probable de tout engorgement ganglionnaire et de toute tumeur comprimant quelques branches de la veine-porte, il semble que l'on soit réellement ici en présence d'une ascite idiopathique, l'étiologie *à frigore* devant être également écartée. (*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1881. — Présidence de M. LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Syphilis héréditaire. — M. DESPRÈS, à l'occasion de la communication de M. Lannelongue sur la syphilis héréditaire, cite l'exemple d'un jeune homme de trente ans qui, depuis son enfance, porte sur les deux jambes des ulcérations présentant tous les caractères extérieurs de la syphilis et une affection osseuse également d'apparence syphilitique. Ce n'est cependant pas de la syphilis ; ce jeune homme est en possession d'une autre diathèse : son père est mort tuberculeux peu de temps après sa naissance. Au premier abord, on aurait pu s'y tromper. On prend souvent pour des accidents syphilitiques héréditaires des accidents scrofuleux ou tuberculeux également héréditaires. Il y a un grand nombre de parents ayant eu, l'un ou l'autre ou même l'un et l'autre, la syphilis, mais sans aucune autre diathèse, et dont les enfants n'ont absolument rien. D'autres parents, également syphilitiques, sont en même temps scrofuleux ou tuberculeux ; c'est dans ces cas surtout que les enfants présentent des accidents syphilitiques ou meurent du croup ou de méningite tuberculeuse. En un mot, il faut une autre diathèse en même temps que la syphilis, pour que celle-ci soit transmise aux enfants, compliquée ou non de cette autre diathèse.

M. LANNELONGUE, rappelant les principaux points de sa communication, dit que c'est surtout la multiplicité des os atteints qui l'a conduit à reconnaître qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques héréditaires. L'objection que m'a adressée M. Verneuil et les cas qu'il a communiqués sont d'autant plus importants que les faits de syphilis tertiaire infantile sont très-rares. La littérature médicale en possède à peine quelques exemples. Quant à la question posée par M. Verneuil, à savoir s'il existe un moyen de distinguer, dans certains cas, la syphilis acquise de la syphilis congénitale héréditaire, il est extrêmement difficile d'y répondre.

M. Duplay a rappelé avoir communiqué trois faits se rapprochant des miens par certains points. Je me demande quelle est la cause des accidents observés par M. Duplay ; ne serait-ce pas là de la syphilis ? Suivant moi, M. Duplay n'a pas suffisamment interrogé les antécédents héréditaires ou congénitaux de ces malades. M. Horteloup ne nous a-t-il pas montré qu'il existait des accidents syphilitiques dont l'apparence et la marche rappellent absolument ceux qu'a constatés M. Duplay ? Quant au spina ventosa dont a parlé M. Trélat (dénomination que, par parenthèse, condamne absolument M. Lannelongue), on sait que ces accidents relèvent de la tuberculose dans la grande majorité des cas.

M. Boinet a cité un cas intéressant à l'occasion duquel je ne puis qu'infliger le blâme le plus sévère à l'homme qui, malgré son médecin et contre sa conscience, propage ainsi volontairement la syphilis.

Quant au malade que vient de présenter M. Desprès, il est atteint, suivant nous, d'une affection qui s'est propagée de la superficie à la profondeur. M. Desprès nie, à tort selon moi, l'existence des affections syphilitiques tertiaires, particulièrement des ostéopériostites. Or il est bon de répéter que la syphilis a des manifestations osseuses qui n'appartiennent qu'à elle.

M. DESPRÈS. Il y a des syphilitiques qui n'arrivent jamais aux accidents osseux. Il en est d'autres qui ont une sorte de syphilis bâtarde, avec des accidents osseux qui peuvent être d'autre origine que d'origine syphilitique.

Synovite tendineuse. — M. NICAISE communique l'observation d'un malade qui était atteint d'une synovite tendineuse du poignet à grains riziformes et qui a très-bien guéri, sans suppuration, à la suite d'une large incision et de pansements antiseptiques.

M. DESPRÈS. Il serait bon que M. Nicaise nous représentât ce malade avant un an, car je ne crois pas à la guérison définitive de ces synovites tendineuses sans suppuration.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, si les cas de guérison de ce genre sont encore assez rares en France, parce que les chirurgiens se décident difficilement à intervenir dans ces cas, ils sont extrêmement communs à l'étranger, et qu'il y a longtemps qu'il a été démontré que la suppuration n'était pas nécessaire à la guérison de ces affections. Ce sont là de vieilles idées qu'il faut abandonner.

M. NICAISE proteste également contre l'opinion émise par M. Desprès, et il fait remarquer que c'est, au contraire, grâce aux pansements antiseptiques, c'est-à-dire à la suppression de la suppuration, que les chirurgiens doivent de pouvoir, aujourd'hui, être à peu près assurés d'obtenir la guérison de semblables affections.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Goître exophthalmique. — M. TILLAUX présente un malade atteint d'un goître exophthalmique.

Je m'étais, dit-il, proposé d'opérer cet homme, et j'avais même commencé l'opération ce matin, quand il fut pris, dès les premières bouffées de chloroforme, d'un accès de suffocation tel que je ne crus pas devoir faire l'opération. Je demande à mes collègues si, dans ce cas, ils me conseillent d'opérer. Ce malade présente de la suffocation, de la dysphagie et une exophthalmie assez notable. La tumeur qu'il porte au cou s'est développée très-rapidement. Il présente en outre un bruit de souffle au cœur et un léger thrill dans la veine jugulaire gauche.

MM. VERNEUIL et DUPLAY sont opposés à l'opération.

M. DESPRÈS ne voit, dans ce cas, qu'une seule contre-indication à l'opération, c'est l'emploi du chloroforme. Mais on peut la faire sans chloroforme.

M. LABBÉ rappelle le fait communiqué l'année dernière à l'Académie par M. Tillaux, fait qui, comme on sait, s'est terminé par la guérison du malade en l'espace de très-peu de temps. Ce fait ne peut qu'encourager à intervenir dans d'autres cas de même nature. Voilà un homme qui ne peut plus ni respirer ni avaler, qui est certainement voué à une mort rapide et précédée d'une agonie des plus pénibles. En pareil cas, il est du devoir du chirurgien d'intervenir; n'y eût-il qu'une chance de sauver ce malade, il faut la tenter.

M. MAURICE PERRIN est du même avis que M. Labbé. Il ne saisit pas les motifs d'abstention dans ce cas; la récidive n'est nullement certaine, et, le fût-elle, le succès de l'opération n'en serait pas moins un grand service rendu au malade pour le moment. Il y a là des vaisseaux importants qu'il sera difficile de ne pas ouvrir; mais, grâce à l'habileté bien connue de M. Tillaux et aux moyens hémostatiques dont nous disposons aujourd'hui, ce ne peut être là un motif de s'abstenir. Quant aux dangers de la suppuration, ils sont bien diminués, sinon complètement écartés, par l'emploi de la méthode antiseptique. Il n'y a donc pas, dans ce cas, de sérieux motifs d'abstention.

Amputation de cuisse; résection du maxillaire supérieur; guérison. — M. TRÉLAT présente un petit garçon de onze ans, qui était atteint d'une tumeur très-volumineuse de la mâchoire supérieure gauche et d'une tumeur blanche avec altérations osseuses profondes et fistules multiples du membre inférieur gauche. En même temps, cet enfant se plaignait de douleurs en urinant; son ventre était très-gros. Cependant il n'y avait pas d'affection rénale ni vésicale; mais il pouvait y avoir des ganglions abdominaux tuberculeux. L'enfant était dans un état d'émaciation très-prononcée. La seule marche à suivre était de pratiquer d'abord l'amputation de la cuisse, puis l'ablation du maxillaire supérieur gauche. L'amputation de la cuisse fut faite le 27 janvier. L'examen du genou montra l'existence de gros foyers gris périarticulaires, de nodules primitifs tuberculeux; il y avait, en outre, des parties de carie jaune dans la rotule, dans les épiphyses tibiale et fémorale. L'état de l'enfant s'améliora après l'opération, mais la tumeur du maxillaire continuait à augmenter de volume. Je fis donc l'extirpation de tout le maxillaire supérieur, sauf le plancher de l'orbite. Le résultat de cette seconde opération a été des plus satisfaisants.

Aucune de ces deux opérations ne constitue une nouveauté par elle-même; mais voilà un garçon de onze ans, arrivé à un état d'émaciation extrêmement accusée, ayant subi deux opérations graves, et qui, aujourd'hui, mange avec appétit, se promène et est absolument enchanté d'avoir une cuisse de moins et une mâchoire de moins. Ces opérations m'ont permis de confirmer mes deux diagnostics : tumeur blanche de nature tuberculeuse externe ou périarticulaire, tumeur myéloïde du maxillaire supérieur. La première datait de six ans, la seconde de deux ans.

La séance est levée.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

178. M. HUBLÉ. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie. — 179. M. BROUILLET. Contribution à l'étude de la méningo-encéphalite traumatique. — 180. M. PELLISSIER. Considérations sur l'étiologie des maladies les plus communes à La Réunion. — 181. M. CLARAC. Essai sur l'étiologie et la pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes, état actuel de la question. — 182. M. FERRU. Du scorbut dans ses rapports avec le traumatisme. — 183. M. RÉANT. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 184. M. MERKLEN. Étude sur l'anurie. — 185. M. CHEVALLIER. De l'intervention rapide dans l'étranglement des hernies inguinale et crurale. — 186. M. MIDON. Contribution à l'étude de la périostite externe chronique des membres. — 187. M. MOSIMANN. Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë. — 188. M. LUDOT. Traitement des pseudarthroses chez les gens âgés. — 189. M. PRIVE. De la sclérotite rhumatismale. — 190. M. BERGUIN. Essai sur le traitement des principaux helminthes. — 191. M. NUTTE. Des hémoptysies gravidiques. — 192. M. CLÉMENT. Du farcin chronique. — 193. M. HUGARD. Considérations sur la fistule à l'anus chez les tuberculeux. — 194. M. COUENON. Quelques considérations sur le parasitisme vésical. — 195. M. SIMERAY. Essai sur la pleurésie dans la diphthérie. — 196. M. METTAS. Essai sur les localisations spinales du rhumatisme. — 197. M. STACKLER. Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse. — 198. M. SPITE. Contribution à l'étude des fractures des cartilages diarthrodiaux. — 199. M. FERRAND. Étude sur le tabès dorsal spasmodique. — 200. M. JOLY. Considérations historiques sur les divers modes de traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre. — 201. M. BACHELIER. Contribution à l'étude de la périostite syphilitique secondaire. — 202. M. CLÉMENT. Considérations sur le mal perforant chez les diabétiques. — 203. M. JANIN. De l'influence de l'alcoolisme sur le dévelopement et l'évolution des affections cutanées. — 204. M. AUBRY. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du médiastin. — 205. M. LACRAMPE-LOUSTEAU. Essai sur l'adipose du rein.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les questions données pour l'épreuve orale du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central sont: 1° complications de la rougeole; 2° la tétanie; 3° la typhlite; 4° symptômes, marche et traitement de la pleurésie tuberculeuse; 5° diagnostic et traitement de l'asthme essentiel, et 6° encéphalopathie saturnine.

La question donnée pour l'épreuve écrite, — épreuve définitive, — est: Parallèle anatomique et clinique entre les méningites cérébrales aiguës.

— Les candidats inscrits, au nombre de trente-six, au nouveau concours qui doit s'ouvrir le vendredi 3 juin 1881, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, sont, par ordre alphabétique, MM. les docteurs : Balzer, Barié, Barth, Béringier, de Beurmann, Bourceret, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Clozel de Boyer, Cuffer, Danlos, Decaisne, Déjerine, Dreyfous, Frémy, Gingeot, Gombault, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Leroux, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière (Eugène-Paul), Martin, Mercklen, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Robin (Albert-Charles), Robin (Laurent), Roques et Tapret.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Dans sa séance du 18 mai courant, l'Assemblée de la Faculté a fixé de la manière suivante la limite des consignations pour les troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat et pour les thèses : pour le troisième examen jusqu'au samedi 11 juin; pour le quatrième jusqu'au samedi 25 juin; pour le cinquième jusqu'au samedi 9 juillet, et les

thèses jusqu'au samedi 16 juillet. De plus toute thèse, dont le manuscrit n'aura pas été déposé au secrétariat le samedi 23 juillet 1881, sera remise à l'année suivante.

Les dates fixées ci-dessus sont de rigueur. Nulle exception ne sera admise sans une autorisation spéciale du doyen de la Faculté.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Duchartre (Henri), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique en remplacement de M. Flahaut, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Gentilhomme, professeur de pathologie externe, est nommé secrétaire-agent comptable de cette école, en remplacement de M. Panis, dont la démission en cette qualité est acceptée.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Leidié est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques de deuxième année pendant la durée du congé accordé à M. Portes.

— Une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices civils de la ville de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 9 août 1881. Les concurrents devront avoir fait acte de candidature, avant le vendredi 29 juillet, au secrétariat des hospices de Bordeaux, cours d'Albret, 91.

— Dans la dernière séance générale du congrès d'Alger, l'Association française pour l'avancement des sciences a décidé qu'elle tiendrait sa onzième session, au mois d'août 1882, dans la ville de la Rochelle, sous la présidence de M. Janssen, membre de l'Institut. M. F. Passy, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, a été élu vice-président. M. Émile Trélat, professeur au Conservatoire des arts et métiers, a été nommé secrétaire général, et M. Edmond Perrier, vice-secrétaire général pour l'année 1882. L'Association a décidé aussi que la douzième session aurait lieu en 1883, à Rouen, sous la présidence de M. F. Passy.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques de syphiliographie le samedi 28 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11239.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Étiologie des corps étrangers articulaires. — II. Bourrelets hémorrhoïdaires cutanés et muqueux.

I. J'ai opéré ces jours derniers un jeune garçon qui avait un corps étranger dans l'articulation du genou. L'opération, des plus faciles, a eu lieu, sous la pulvérisation phéniquée, sans aucun incident. J'ai d'abord fixé le corps étranger avec les doigts, afin qu'il ne puisse m'échapper, puis, incisant les tissus, je suis tombé directement sur lui, et avec une petite pique à une seule pointe, plongée au milieu de ce corps, d'un coup de bistouri j'ai entamé la synoviale. La synovie s'étant écoulée au dehors, j'ai coupé avec des ciseaux le pédicule qui le retenait à la synoviale dans son sixième supérieur. Il était complètement libre dans les cinq sixièmes inférieurs.

Les ligatures ont été faites avec le catgut; j'ai voulu réunir rapidement la plaie, mais, ne pouvant y réussir, j'ai dû placer deux sutures métalliques pour rapprocher les bords de la plaie; le pansement de Lister pur a été fait, et le membre a été placé dans une gouttière.

Pendant vingt-quatre heures, il n'y a eu d'autre accident qu'un peu de douleur; mais, le surlendemain, j'ai commencé à observer un peu d'agitation, ainsi qu'une légère rougeur à l'angle supérieur de la plaie. Le troisième jour, la rougeur était plus vive, l'angle supérieur suppurait, il y avait quelques douleurs dans le pli de l'aine. Au cinquième jour, je n'avais plus aucune illusion à me faire sur les suites de l'opération; la plaie était désunie, la suppuration était abondante. J'ai dû pratiquer deux incisions dans le creux poplité pour donner une issue au pus et placer un drain entre la capsule et la peau.

Enfin, hier, l'articulation était envahie à son tour, et, en pressant sur le cul-de-sac synovial, on faisait écouler du pus; le moindre mouvement était des plus douloureux, et, tout le long de la partie externe de la cuisse, on observait une vive rougeur due à la présence d'un phlegmon diffus séro-purulent. La température maxima hier a été de 39°,5. Aujourd'hui l'état est le même, et ce matin la température est de 38°,7.

Voilà donc, en résumé, un jeune garçon bien portant, auquel je retire à ciel ouvert un corps étranger articulaire, sans aucune difficulté. L'opération est aussi rapide et aussi facile que possible, et, sous une pulvérisation continuée pendant tout le temps, j'applique le pansement de Lister; malgré cela, je me trouve au septième jour avec une suppuration abondante.

Bien que je sois partisan des pansements antiseptiques, je ne le suis pas sans réserve; je suis de ceux qui y croient, mais non avec une foi aveugle, inconsidérée, et, chaque fois qu'un cas semblable à celui de ce pauvre garçon se présente, il faut savoir le publier afin que la vérité soit connue.

Le corps étranger que nous avons extrait a le volume d'une amande. Il était appliqué sur la face externe du condyle externe du fémur sur lequel il était complètement moulé. Il était concave en dedans et convexe en dehors. Entouré de cartilages plus abondants en dehors qu'en dedans, il présentait, au centre, non pas des concrétions, mais un noyau osseux dont les cellules et les trabécules étaient parfaitement visibles à l'œil nu; il renfermait un vaisseau central qui se continuait dans le pédicule.

Quelle est donc l'origine de ces corps mobiles articulaires? Un certain nombre de chirurgiens ont cru que c'était une portion d'os détachée de la surface osseuse articulaire à la suite d'un traumatisme. Moi-même, à l'époque où j'étais interne, je partageais cette opinion, que je soutins même devant la Société anatomique; mais, sur la pièce que j'avais présentée à l'appui de mon dire, Cruveilhier, repoussant complètement cette manière de voir, me démontra que le point du fémur d'où j'avais cru le corps détaché était absolument hors d'atteinte d'un traumatisme. Je me rendis à ses raisons.

Étudiant alors les faits avec soin, chaque fois que l'occasion s'en présentait, je me suis rallié complètement à la théorie de Laennec, que voici.

A la suite d'inflammations répétées, il se forme dans le tissu cellulaire extérieur à la synoviale des dépôts plastiques. Chez les animaux, où les faits ont surtout été parfaitement étudiés, et notamment sur le cheval, cet épanchement plastique s'étend peu à peu à toute la surface articulaire et constitue ce que l'on appelle l'articulation cerclée. Ces dépôts plastiques à l'extérieur de la synoviale se trans-

forment, passent à l'état de concrétions, se rapprochent du feuillet articulaire, dépriment la synoviale de plus en plus jusqu'à ce qu'ils pénètrent dans l'articulation et ne tiennent plus que par un petit pédicule qui se rompt à son tour, et le corps devient mobile, errant dans l'articulation.

Ce qui embarrasse les adversaires de la théorie de Laennec, c'est la présence du tissu osseux au centre de ces petits corps.

Mais comment pénètrent-ils dans l'articulation? Lorsque l'articulation du genou se meut, il se fait un vide vers le centre articulaire, par suite une sorte d'appel constant qui attirerait les corps étrangers vers la partie centrale. Du moins, c'est l'hypothèse qui me paraît la plus rationnelle.

Une seconde question à résoudre, c'est pourquoi ces corps étrangers se forment dans le tissu cellulaire sous-synovial. Les inflammations répétées au niveau des articulations entraîneraient la formation d'un épanchement de lymphe plastique, qui se transformerait peu à peu en tissu cartilagineux d'abord, puis en tissu osseux, du centre à la circonférence. Cette évolution est assez difficile à expliquer. Cependant nous savons que la synoviale est très-près du périoste du fémur, si près même qu'il est toujours très-difficile de détacher le feuillet périostal de cette synoviale du périoste de l'os. Or, si l'hypothèse que nous émettons est vraie, ce feuillet périostal emprunterait peut-être au périoste, par inflammations répétées, quelques-unes de ses propriétés génératrices.

Ceci est donc encore une hypothèse, mais une hypothèse qui nous paraît assez plausible.

II. Un homme de quarante-neuf ans, employé de commerce, que nous allons opérer, souffre considérablement d'hémorrhoïdes depuis plusieurs années. Au début, ces hémorrhoïdes ne sortaient que quand il allait à la selle, et rentraient ensuite facilement. Un peu plus tard elles ne rentrèrent plus. Enfin, dans ces derniers temps, elles s'échappaient même dès qu'il restait quelques instants debout. De plus elles s'écorchaient, s'irritaient constamment; le malade perdait une notable quantité de sang, et, par action réflexe, il se faisait une contracture du sphincter.

Actuellement, chaque fois qu'il va à la garde-robe, il en a pour trois heures au moins à souffrir des douleurs intolérables. Ces hémorrhoïdes constituent donc une véritable infirmité; elles donnent lieu à un écoulement permanent de mucus et de sang; la santé de cet homme, qui a maigri sensiblement, est très-affaiblie.

Ces hémorrhoïdes forment des bourrelets de deux sortes : un bourrelet muqueux, et un bourrelet cutané. Celui-ci, situé à l'intérieur, forme trois ou quatre bosselures qui sont recouvertes par la peau. Le bourrelet muqueux, situé intérieurement, est formé par la muqueuse soulevée par de petites tumeurs. C'est ce bourrelet qui saigne et est le plus douloureux. Il remonte à 3 ou 4 centimètres au-dessus du sphincter de l'anus. Il existe de plus une petite ulcération à la surface.

Comme opération, nous nous servirons de la pince-cautère écrasante rougie au feu, après avoir attiré au dehors le bourrelet muqueux au moyen de trois fils séparant les petites tumeurs, en laissant entre chacune d'elles un petit intervalle qui facilite la cicatrisation sans rétrécissement. C'est le procédé par la volatilisation. Nous détruisons ainsi successivement les deux bourrelets pour éviter toute récidive.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Gouguenheim.

De la laryngite syphilitique secondaire.

(Leçon recueillie par M. Lebreton, interne du service.)

I

Nous étudierons aujourd'hui la laryngite syphilitique secondaire, qui se rencontre si fréquemment dans nos salles. Les manifestations laryngées de la vérole sont connues depuis longtemps déjà, surtout les laryngites tertiaires, tandis que la laryngite secondaire n'a été véritablement étudiée que depuis la vulgarisation du laryngoscope, c'est-à-dire depuis une vingtaine d'années environ.

L'inventeur même de cet instrument, Czermak, décrivit des plaques muqueuses du larynx, et Burck, peu de temps après, reconnaissait la forme catarrhale de la laryngite secondaire. Gerardht et Roth indiquaient la tuméfaction qui accompagne si souvent cette forme et regardaient comme fréquentes les plaques muqueuses du larynx. Dance, élève de Cusco, décrivait une roséole du larynx, qui n'est autre chose qu'un érythème partiel, tandis que, plusieurs années après, Ferras, élève d'Isambert, divisait, dans sa thèse inaugurale, en ulcéreuses et non-ulcéreuses les lésions laryngées syphilitiques et insistait sur la rareté très-grande des plaques muqueuses dans cet organe.

Le professeur Fournier a décrit le catarrhe, le gonflement, les érosions et les plaques. Quant à Krishaber et Mauriac, leur étude a surtout porté sur les lésions des cordes vocales.

Chez les Anglais, Lennox Browne me paraît avoir confondu les lésions secondaires et les tertiaires; mais Whistler, peu après, donnait une description remarquable du catarrhe général et partiel et des hyperplasies qui l'accompagnent; il décrivit également des plaques et des érosions.

MM. Fauvel et Poyet, cités par Jullien, me paraissent avoir admis trop fréquemment les plaques muqueuses des cordes. Ils me semblent avoir été les premiers à décrire des plaques végétantes, fait dont il nous a été donné dernièrement de reconnaître l'exactitude.

Tel est, à peu près, l'historique de la laryngite secondaire. Nous allons maintenant aborder son étude, et vous montrer les lésions variées et les troubles spéciaux qu'elle peut entraîner dans son évolution.

Tout d'abord, à quelle époque apparaissent les troubles laryngés? Le plus souvent, c'est en même temps que les syphilides cutanées et muqueuses qu'ils surviennent. Il ne faudrait pas croire cependant que les syphilides buccales et pharyngées précèdent toujours la laryngite; que la vérole, comme on l'a dit, descende au lieu de remonter comme la tuberculose. Il s'en faut de beaucoup que cette loi soit exacte : sur cinquante cas, nous avons vu la laryngite survenir sans qu'il y ait eu de lésions du pharynx trente fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. On peut la voir apparaître assez rapidement après l'accident primitif, contrairement à l'opinion de Lennox Browne, qui la déclare tardive.

On la rencontre bien plus fréquemment que ne l'ont déclaré les auteurs. En quinze mois, nous avons examiné deux cent soixante-quinze malades syphilitiques de notre service, qu'elles fussent enrouées ou non, et nous avons trouvé le larynx intéressé cent neuf fois.

L'explication de cette rareté des manifestations laryngées pour les auteurs qui nous ont précédé est facile. D'une part, ils n'ont examiné qu'un nombre restreint de malades, et,

d'autre part, ne cherchaient les lésions laryngées que chez ceux qui présentaient des troubles vocaux appréciables. On comprend qu'ils aient ainsi laissé échapper tout cet ordre de laryngites latentes n'atteignant que l'épiglotte ou la portion susglottique du larynx, n'y déterminant pas de gonflement, ou n'en déterminant que peu, et n'amenant, par conséquent, pas de troubles vocaux. De plus, au début de la laryngite secondaire, les troubles de la voix sont souvent insignifiants et peuvent se dissiper sous l'influence du traitement institué contre les syphilides muqueuses ou cutanées concomitantes. On comprend par toutes ces raisons comment la laryngite syphilitique a pu paraître rare, ces cas assez nombreux passant inaperçus faute d'examen. Et cependant cet examen n'était pas inutile, en raison de la tendance à la tuméfaction et des dégénérescences irrémédiables que peut créer cette tuméfaction.

Ces accidents graves peuvent être évités par l'emploi de traitements locaux appropriés.

Il existe encore d'autres causes, tant prédisposantes qu'occasionnelles, appelant les manifestations syphilitiques dans le larynx. De ce nombre sont une mauvaise hygiène, des excès de toutes sortes, l'habitude de fumer, le refroidissement surtout qui peut déterminer l'apparition des accidents laryngés. Quant à l'âge, il n'influe en rien sur l'apparition ni sur la marche de l'affection qui nous occupe.

II

Les signes objectifs causés par la syphilis laryngée sont variables. La rougeur est ordinairement le premier signe ; elle est seule, ou accompagnée de tuméfaction. Généralisée dans la moitié des cas, elle peut presque aussi souvent être partielle, et dans ce cas se montrer sous deux aspects différents. Tantôt disséminée, prenant l'aspect de taches, elle peut ressembler aux manifestations cutanées qui se rencontrent à cette époque, et l'on a voulu lui donner pour cette raison le nom de roséole du larynx. Plus souvent elle se borne à envahir un ou plusieurs segments de la muqueuse, l'épiglotte, la région aryténoïdienne, les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures ou les cordes vocales inférieures.

La tuméfaction des parties hyperémiées est très-fréquente. Pour la désigner, on s'est servi d'un mot dont on fait aujourd'hui un singulier abus et que l'on place dans toutes les laryngopathies : on a dit qu'il y avait œdème, œdème interne, en ce cas, très-limité, n'envahissant presque jamais les régions où les infiltrations sont les plus fréquentes, c'est-à-dire les replis aryténo, glosso et pharyngo-épiglottiques, et de toute façon œdème bien étrange, qui n'a aucune analogie avec celui que provoquent l'inflammation aiguë ou le traumatisme et qui n'affecte que bien rarement le siège ordinaire des infiltrations laryngées. Ce prétendu œdème, si localisé, si restreint le plus souvent, n'est autre chose qu'une infiltration abondante du tissu malade par des éléments embryonnaires ; c'est une hyperplasie qui n'a de commun avec l'œdème qu'une apparence extérieure.

La partie le plus fréquemment intéressée dans la laryngite syphilitique secondaire est l'épiglotte.

Dans plus du tiers des cas, elle est seule atteinte, et, si quelquefois ses lésions ont succédé à des manifestations pharyngées, le plus souvent elle a été affectée d'emblée. Elle peut être envahie soit dans sa totalité, ce qui est rare, soit partiellement, ce qui est plus fréquent. Tantôt tout le bord, tantôt une partie seulement de ce bord (le milieu surtout) seront atteints. Quand l'épiglottite est progressive, la lésion marche de la base au sommet. Tout d'abord, on observe une rougeur diffuse, parfois bien localisée ; la coloration devient plus foncée, l'aspect en est sombre, vineux, violacé. Il peut y avoir du gonflement ou d'autres lésions sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure ; en tout cas, la disparition est lente, et il est rare d'observer un retour rapide à l'état normal.

Les cordes vocales inférieures sont intéressées seules également dans un tiers des cas à peu près. Au début, l'aspect est seulement moins brillant ; plus tard, il y a de la rougeur uniforme ou, au contraire, par taches donnant une apparence tigrée ou granitée à la région.

On a voulu donner comme signe pathognomonique une rougeur en coup de pinceau à la partie antérieure des cordes. Nous croyons que ce n'est là que l'un des aspects que peut présenter le changement de coloration de cette région.

Enfin, à une période plus avancée, on observera de l'arrondissement ou même des déformations plus ou moins considérables des cordes.

Les cordes vocales supérieures sont rarement intéressées : en tout cas, c'est peu prononcé. La région aryténoïdienne n'est jamais seule atteinte ; ordinairement l'aryténoïdite coïncide avec de l'épiglottite et de la chordite. Quant aux replis aryténo-épiglottiques, chose assez curieuse, quelque vive que soit la rougeur de ces replis, ils ne sont, pour ainsi dire, jamais œdématiés. Je n'ai rencontré qu'une seule exception, et encore la tuméfaction était peu prononcée.

Toutes les lésions que nous venons d'étudier peuvent se rencontrer simultanément, et même le gonflement peut être si prononcé qu'il devient alors fort difficile de distinguer une laryngite de cette espèce de formes plus graves et plus avancées ou même de la laryngite tuberculeuse.

Nous avons, à dessein, rejeté ici, pour les rapprocher des véritables plaques muqueuses du larynx, que nous étudierons ensuite, les ulcérations qui se rencontrent si fréquemment dans la syphilis laryngée et qui accompagnent presque toujours le gonflement.

Leur siège le plus fréquent est l'épiglotte, et voici la marche qu'elles suivent en général. Tout d'abord on observe un état dépouillé de la muqueuse, qui, par son exagération, donne naissance à des granulations. Bientôt l'on voit apparaître sur la face laryngée de l'opercule des fissures, des rhagades qui ne tardent pas à se recouvrir d'exsudats blancs, grisâtres ou jaunâtres, disséminés et présentant une tendance envahissante. Le tout est entouré d'une zone de tissu épaissi, rouge, empiétant sur les deux faces de l'épiglotte. Après un temps plus ou moins long, ces ulcérations tendent vers la disparition. L'exsudat s'efface, le gonflement diminue, et peut même presque disparaître. Quelquefois cependant l'épaississement ne diminue que peu ; il se forme alors un tissu fibroïde, blanchâtre, cirrhotique, qui persiste souvent et ne disparaît en tout cas que longtemps après. Chez certains malades, fort rares d'ailleurs, ces érosions peuvent ne pas se développer sur un fond tuméfié, et dans ce cas la guérison est plus rapide.

Qu'est-ce donc que cette lésion ? Est-ce une plaque muqueuse ? Nous l'avons pensé, et nous le pensons encore. On y trouve, en effet, l'hyperplasie primitive et l'ulcération secondaire superficielle, processus ordinaire de la plaque. On a supposé que cette érosion était produite par le passage des aliments de la bouche dans l'œsophage. Il serait singu-

lier que ce fût dans la laryngite syphilitique secondaire seule qu'un pareil fait se produisît, car ces érosions sont fort rares dans les autres laryngites. On a dit que l'ulcération pouvait être le fait d'une inflammation glandulaire s'étendant aux parties voisines, comme celles du col utérin, par exemple, et qu'il s'agissait par conséquent d'une érosion folliculaire. Mais la région aryténoïdienne, les cordes vocales supérieures, sont aussi riches en glandes, et l'on n'y observe presque jamais ces ulcérations.

Enfin on a voulu comparer ces érosions à celles qui se produisent parfois sur des muqueuses très-irritées, excoriées. Nous répondrons toujours à cette objection, comme aux autres, que ces érosions ne se rencontrent presque jamais sur les autres parties du larynx, dont l'inflammation peut être cependant aussi vive que celle de l'épiglotte.

Et, d'ailleurs, pourquoi ne verrions-nous pas là une plaque muqueuse? Est-ce parce que la forme n'est pas semblable à celle des plaques ordinaires? Sur un organe aussi petit, la forme pourrait bien être altérée, et, du reste, ne voit-on pas sur d'autres régions des papules isolées au début se réunissant plus tard et donnant lieu à des ulcérations d'aspect irrégulier? N'existe-t-il pas à la vulve et ailleurs des plaques érosives? Somme toute, l'analogie que je suppose nous paraît soutenable, et les arguments par lesquels je la défends méritent une sérieuse considération.

On a pu rencontrer de ces ulcérations autre part que sur l'épiglotte. On en a trouvé sur le bord des cordes vocales inférieures. Le fait est rare.

Quant à l'aspect tigré des cordes que nous avons signalé plus haut, est-il dû à de petites ulcérations? Existe-t-il là des plaques opalescentes, comme l'a dit Whistler? Nous ne sommes pas de cet avis. Sans doute, quand les cordes présentent un aspect déformé en même temps que cet aspect tigré, on peut croire à l'existence de papules. Mais ces prétendues ulcérations microscopiques se rencontrent même quand les cordes sont à peine malades.

Je n'ai constaté l'existence de ces érosions sur aucune autre partie du larynx que celles dont je viens de parler.

ÉTUDE SUR L'ANÉMIE AIGUE

DES OUVRIERS DU SAINT-GOTHARD, PRODUITE PAR L'ANKYLOSTOME.

Par M. le docteur Niepce (d'Allevard).

Pendant toute la durée du percement du tunnel du Saint-Gothard, les médecins chargés de donner leurs soins aux mineurs et aux terrassiers furent surpris de voir un grand nombre de ces ouvriers perdre rapidement l'appétit, leurs forces s'affaiblir, leurs traits s'altérer, leurs visages pâlir, et le plus souvent ces malheureux se trouver dans l'impossibilité de continuer à travailler. Bientôt on vit les hôpitaux de la Lombardie et du Piémont remplis de ces malades offrant tous les symptômes d'une anémie profonde. On chercha quelle pouvait en être la cause. Ils se nourrissaient assez bien, prenaient du café, buvaient du vin, et l'eau destinée à leur usage était amenée dans les galeries renfermée dans des vagonnets; on la puisait dans le Tessin, elle offrait une limpidité parfaite.

Les médecins des hôpitaux eurent bientôt de nombreuses autopsies à faire qui leur démontrèrent, dans l'intestin grêle, la présence d'une grande quantité d'ankylostomes, s'élevant parfois jusqu'à 3000 sur un individu. Le docteur Dubini (de Milan) avait déjà signalé ce ver en 1843, et à la même époque il avait été signalé en Égypte par Griesinger et à Rio-Janeiro par les médecins brésiliens.

Cet entozoaire est petit, cylindrique, légèrement recourbé, de couleur gris-rosé. Sa tête est mince, sa bouche présente une sorte de ventouse renfermant un appareil corné portant quatre fortes dents. Le pharynx est infundibuliforme, suivi d'un œsophage muni de fibres musculaires. L'intestin se termine par un orifice anal situé près de la queue. Il possède un organe excréteur double s'ouvrant à la partie moyenne de l'œsophage. Le mâle est long de 6 à 9 millimètres, le pénis est long et double; la femelle est plus longue, plus grosse que le mâle, la vulve se trouve aux trois quarts postérieurs. Cet entozoaire est ovipare, et l'œuf donne lieu à une larve dont le développement est assez rapide. Ces œufs sont quelquefois en si grande quantité qu'à l'hôpital de Varèse le docteur Campiglio en a compté de 50 à 80 par gramme de matières fécales. Sur 100 autopsies faites à l'hôpital de Milan d'individus affectés de diverses maladies, on compte 20 cas de malades chez lesquels on a trouvé des ankylostomes.

Les professeurs Levis à Milan, de Erenzi à Gênes, Bozzolo, Bozzorero, Perroncito et Concato à Turin, ont tous constaté la présence de ces vers uniquement dans l'intestin grêle. Au moyen des quatre dents dont sa bouche est armée, il s'attache à la muqueuse intestinale. Il enfonce sa tête dans cette membrane et jusque dans le tissu cellulaire sous-jacent. Il y détermine une petite ecchymose percée dans son centre d'un trou par lequel le sang se répand en plus ou moins grande quantité dans l'intestin. J'ai même vu des ankylostomes gorgés de sang, fixés sous la muqueuse, et j'ai pu constater sur toute la surface de la muqueuse de l'intestin une quantité considérable de cicatrices faites par la morsure de ce ver.

Chez le plus grand nombre des ouvriers du tunnel, après six semaines de travail, les forces diminuaient peu à peu, ainsi que l'appétit; leur respiration devenait difficile, ils se plaignaient de palpitations, leurs visages devenaient pâles, prenaient un aspect plombé, terreux, sans bouffissure. Les muqueuses se décoloraient peu à peu, un fort bruit de souffle se manifestait à la région précordiale. La température s'élevait souvent à 37 degrés. Les urines étaient peu abondantes. Les docteurs Grassi, Bozzolo, Concato, ont tous constaté une grande diminution du nombre des globules du sang et plus de moitié moins d'hémoglobine. Il est évident que ces entozoaires, en vivant du sang des individus, l'appauvrissaient rapidement; à cette cause d'affaiblissement, il faut ajouter que les ouvriers étaient constamment exposés à une température de 36 à 37 degrés dans le tunnel, que l'air qu'ils respiraient était profondément vicié par les gaz délétères provenant de la déflagration de la dynamite exclusivement employée à l'abattage de la roche; que le renouvellement de l'air était insuffisant, malgré le fonctionnement des machines d'aération; que, pendant toute la durée du tunnel, les matières fécales de tous les ouvriers restèrent dans les galeries. Avec toutes ces conditions antihygiéniques, il était évident que la santé ne pouvait se maintenir intacte dans un pareil milieu. Les médecins d'Italie se préoccupèrent de l'origine de ce ver et se livrèrent sous ce rapport à de nombreuses recherches. Sachant que les ouvriers tuiliers de la Lombardie étaient sujets à l'ankylostome, on chercha dans les eaux et on n'en trouva pas; mais on constata leur présence sur des légumes, et M. le professeur Concato m'apprit qu'il existait près de Turin un village dont les habitants se livrent à la culture des fraisiers et qu'ils en sont presque tous atteints. En étudiant la composition des eaux dans diverses localités aux environs de Milan, j'ai pu constater la présence de ce ver dans les eaux d'un canal qui alimente des usines et sur le bord duquel beaucoup d'ouvriers déposent leurs matières fécales pendant le jour.

Tous les vermifuges connus ont été employés pour combattre ce ver. La santonine, le calomel, le chénopodion anthelminthique furent sans effet. Le docteur Bozzolo fit venir de Rio-Janeiro la diolaria, sorte d'élixir usité au Brésil. Le docteur Perronito préconisa l'emploi de la teinture éthérée de fougère mâle, déjà prescrite par Trousseau contre le tænia. La dose de 3 à 4 grammes restant sans effets, elle fut portée jusqu'à 10 grammes et même jusqu'à 20 grammes chez un malade. Un grand nombre d'estomacs ne purent supporter cette dose, qui provoquait immédiatement des vomissements; mais les malades qui ont pu la tolérer ont obtenu

l'expulsion de tous leurs vers. On essaya ensuite l'acide thymique qui, donné à la dose de 10 grammes, produit l'entière expulsion des vers ; c'est le seul moyen qu'emploient maintenant, soit à Gênes soit à Turin, les professeurs de Erenzi, Bozzolo et Concato.

Une fois débarrassé de ces ankylostomes, le malade reste pendant plusieurs mois avant de reprendre ses forces. Cependant l'emploi continu des toniques, des reconstituants, des ferrugineux, du quinquina, finit par relever les forces. Cependant il en est un certain nombre qui, malgré tous les soins, une bonne alimentation, finissent par succomber.

Le faciès d'un malade atteint de cette anémie est tellement caractéristique qu'en parcourant les salles des hôpitaux il est impossible de se tromper. Cette maladie, qui n'a pas été observée ni constatée lors du percement du Mont-Cenis, n'a pas encore été signalée en France. Je crois qu'il sera facile d'en trouver des cas sur les nombreux ouvriers italiens qui viennent chercher du travail dans le Midi. Ainsi, il y a quelques jours, en suivant à l'Hôtel-Dieu de Marseille la visite de M. le professeur Girard, j'arrivais près du lit d'un malade dont le faciès me fit tout de suite soupçonner qu'il avait travaillé dans le tunnel. En effet, il y était resté pendant trois mois, après lesquels il avait été forcé de retourner dans son village aux environs de Pavie, et quatre de ses camarades, qui avaient quitté en même temps que lui, étaient morts. Cet ouvrier ne pouvait retrouver ses forces ; je priai M. Girard de lui faire prendre de l'acide thymique.

Telle est la maladie à laquelle on a donné le nom d'anémie aiguë du Saint-Gothard, et qui ne doit pas se borner à cette localité. Je pense que les ouvriers qui travaillent aux rizières, chez lesquels l'anémie et les fièvres intermittentes sont si fréquentes, doivent avoir des ankylostomes, aussi bien que les ouvriers tuiliers de la Lombardie (1).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mai 1881. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Infécondité. — M. DE SINÉTY cite plusieurs faits qui prouvent que des individus ayant des spermatozoïdes parfaits peuvent cependant être inféconds.

M. SANSON cite, à cette occasion, le fait suivant : Il y a quelques années, il a fait accoupler un jeune sanglier avec une truie. Cinq produits, dont deux mâles et trois femelles, furent le résultat de cet accouplement. Des deux mâles, un seul a bien rempli ses fonctions ; son sperme était pourvu de spermatozoïdes superbes et parfaitement animés de mouvements. Or les accouplements répétés entre ce mâle et les trois femelles sont restés inféconds. M. Sanson a fait alors accoupler ces femelles avec un mâle qui avait fait ses preuves ; même résultat négatif. Il ne suffit donc pas de la présence des spermatozoïdes pour que la fécondation soit assurée, et il y a, dans cet acte, un certain nombre de causes indépendantes de la présence des spermatozoïdes et qui nous échappent encore. On sait que souvent on trouve des spermatozoïdes parfaits chez le mulet. Ces faits sont à rapprocher de ceux de M. de Sinéty.

M. MALASSEZ fait observer que ce mâle, accouplé à une truie, eût peut-être donné des petits.

M. HALLOPEAU a connu un jeune homme, ayant eu une orchite double, qui s'est marié et qui n'a pas eu d'enfants, bien que son sperme contînt des spermatozoïdes parfaitement développés. Huit ans après le mariage, sa femme devint enceinte, mais non de son fait, ce qui prouve que l'infécondité dépendait de lui et non d'elle.

M. PONCET cite plusieurs faits qu'il a eu l'occasion d'observer au Mexique et qui semblent prouver que les mariages entre cousins germains sont habituellement inféconds.

M. SANSON croyait la question des mariages consanguins jugée depuis longtemps. Il a été surabondamment démontré, en effet, qu'il n'y a rien dans la consanguinité qui puisse entraîner la stérilité. Il est très-certain que les alliances consanguines sont tout aussi fécondes que les autres. Les recherches entreprises sur la consanguinité n'ont prouvé qu'une seule chose, c'est qu'elle porte l'hérédité à sa plus haute puissance.

Du chlorure de sodium contenu dans l'air de la mer. — M. DAREMBERG, avec M. Pereyra, a recherché le chlorure de sodium contenu dans l'air marin à Menton. En faisant passer de 1,000 à 4,000 litres d'air dans de l'eau distillée, ils n'ont trouvé aucune trace de ce sel. Ils essayeront de faire passer l'air sur de l'amiante au lieu de le faire passer dans l'eau.

Élongation des pneumogastriques. Glycosurie provoquée par l'élongation des deux sciatiques. — MM. MARCUS et WIET, poursuivant leurs études sur l'élongation des nerfs, ont fait au laboratoire de physiologie de la Faculté quelques expériences en vue de rechercher quels sont les phénomènes qui pourraient résulter de l'élongation des pneumogastriques.

Sur un premier lapin ces expérimentateurs ont pratiqué l'élongation du pneumogastrique droit par traction sur le bout central. L'animal, qui n'a pu être examiné, est mort, trois jours après l'opération. A l'autopsie il présentait tous les caractères de l'asphyxie. Les poumons étaient couverts d'ecchymoses et les bronches remplies de spumes.

Un second lapin fut mis en expérience. MM. Marcus et Wiet élongèrent sur cet animal, qu'ils eurent soin de choisir absolument blanc, les deux pneumogastriques, toujours en tiraillant le bout central et en se gardant bien d'intéresser les sympathiques. Immédiatement après l'opération on vit survenir dans les deux oreilles une congestion considérable à laquelle succéda quelques minutes après une contraction des vaisseaux non moins évidente. Cette anémie fut de courte durée ; elle fit place à une vaso-dilatation intense, qui persiste encore aujourd'hui, comme on peut le voir, et à un myosis double d'une netteté parfaite.

Le lendemain l'animal commença à éprouver de la difficulté à respirer ; ce phénomène s'est accentué aujourd'hui, et tout fait présumer que ce lapin ne tardera pas à mourir asphyxié.

L'analyse de ses urines ne montra rien d'anomal le lendemain ; mais le surlendemain elle révéla la présence de quelques traces de sucre, qui ont été bien constatées avec la liqueur de Fehling et avec le sous-nitrate de bismuth.

MM. Marcus et Wiet ont aussi élongé les deux sciatiques sur un autre lapin dans le but de rechercher si cette opération ne déterminerait pas de la glycosurie. C'est en effet ce que ces expérimentateurs ont pu facilement constater à l'aide des réactifs susnommés.

Ces faits paraissent démontrer que l'élongation des nerfs produit un retentissement sur les centres. Ils pourraient peut-être jeter quelque lumière sur plusieurs questions de physiologie à l'ordre du jour. L'étude histologique des bulbes des animaux mis en expérience viendra compléter ces recherches, et pourra être aussi d'une certaine utilité pour la solution de ces questions.

MM. Marcus et Wiet ont élongé aussi le sympathique et le pneumogastrique par traction sur le bout périphérique ; leurs recherches à ce sujet feront l'objet d'une prochaine communication.

Anatomie pathologique de l'otorrhée tubaire. — M. GELLÉ. Dans la plupart des cas qui ont fourni les pièces de M. Gellé, la muqueuse tympanique avait subi une atrophie, un amincissement remarquable, et la pauvreté de l'irrigation sanguine était évidente. Sur la portion fibro-cartilagineuse de la trompe, il est fréquent de rencontrer des brides, des points plus ou moins épais qui unissent les deux parois, et au fond de ce réticulum de trouver l'orifice complètement oblitéré par soudure. On y voit

---

(1) Nous recommandons aux médecins que ce sujet intéresse la lecture d'un excellent mémoire de M. le docteur Bugnion (de Lausanne), dans la *Revue médicale* de la Suisse Romande du 15 mai 1881 et suiv. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 308. (*Note de la Rédaction.*)

aussi comme de véritables *fausses routes*. En général, je n'ai trouvé des lésions qu'au tiers interne de cette portion fibro-cartilagineuse, auprès de l'isthme.

L'aspect de la muqueuse est sillonné et velvétique; par endroits, il est lisse et comme poli et sec.

Sur une coupe perpendiculaire à la surface, on voit à un faible grossissement que le bord est festonné, mamelonné, et qu'il présente de distance en distance de nombreuses saillies solides papilliformes, denses, les unes arrondies, les autres cordiformes, quelques-unes tripartites, en feuille de trèfle, etc. Ces saillies sont nombreuses; les unes sont finement pédiculées, d'autres à large assiette : ce sont des expansions de la muqueuse; elles contiennent un bourgeonnement du derme et un épithélium nouveau.

A un grossissement plus fort, on constate une altération remarquable de la couche épithéliale.

On sait que la muqueuse tubaire est revêtue d'un magnifique épithélium cylindrique vibratile dont les plateaux et les cils forment une couche simple linéaire et continue. Ici toute cette couche a disparu, et a fait place à un nouvel épithélium, de forme pavimenteuse.

On aperçoit en saillie comme de fines aiguilles, comme des glumes de graminées flottantes dans le liquide de la préparation. Ce sont les expansions minces, foliacées, effilées, du corps des cellules cylindriques altérées, caduques, dont le noyau et le pédicule grêle apparaissent sur celles qui se sont détachées de la coupe. Les formes y sont des plus variées et très-curieuses; ce sont des formes de tulipe, de lis, de campanule, ou bien de la fleur simple des synanthérées. A l'extrémité de cette longue expansion claire et translucide qui surmonte un noyau maigre, se voit un panache léger de granulation fine, vestige du plateau de la cellule et des cils.

Par places, des plaques de cet épithélium dégénéré s'enlèvent et se décollent facilement. Il n'en est pas de même de celui qui l'a remplacé; c'est un revêtement cohérent de cellules pavimenteuses, en couches épaisses, sous-jacentes par places aux plaques de l'épithélium altéré primitif. et par endroits on trouve les deux ordres de cellules entremêlées, les pavimenteuses refoulant partout les cylindriques déformées.

Ces cellules sont, les unes gonflées, polyédriques et à noyau central, les autres plus fines et où le noyau apparaît peu enveloppé; les premières sont profondes, les secondes superficielles; c'est là le type que l'on observe surtout sur les éminences papilliformes dont j'ai parlé.

Sous ces couches ondulées et épaisses le derme est dense, facile à couper, peu facile à dissocier, la couche glandulaire est très-manifeste par suite de l'épaississement des parois et du volume accru du noyau de leurs cellules opaques et très-résistantes. Le tissu sous-muqueux est manifestement plus tassé, plus dense, et traversé par des travées conjonctives épaisses et ramifiées comme des vaisseaux.

Immédiatement au-dessus du cartilage, le tissu conjonctif est modifié complètement; les fibres sont plus épaisses, et le tissu pressé et très-fourni a totalement perdu l'aspect qu'il offre à l'état sain : c'est en effet d'ordinaire une couche de tissu lâche, mobile, qui permet le glissement de la muqueuse et son décollement, et qui explique les infiltrations si faciles de l'air et du liquide de la trompe aux parois pharyngées.

Portion osseuse. Ici épithélium pavimenteux en couches épaisses, et à surface presque cornée et sèche; en certains points la muqueuse s'est épaissie, plissée, et les deux faces de la trompe osseuse sont parfois au contact. Ces productions amènent l'oblitération complète de la lumière de la trompe; c'est le point où ces lésions sont certainement les plus fréquentes : l'immobilité des parois osseuses semble en être la cause.

M. BURQ adresse une note sur les indications et les contre-indications du traitement de la névralgie faciale par le sulfate de cuivre. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 19 mai 1881.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 mai 1881, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Cochu, Hamel, Arnould et Papillon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Guérin, Krug-Basse, Paoli et de Courtois.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Bar, Foch, Galzain, Bouchardat, Mathias et Schindler.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Passabosc, Maire, Sieffert, Daymard, Oppermann, Grouille et Antony.

Au grade de pharmacien principal de première classe : M. Strohl.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : M. Bouillard.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Boué.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Bréhant.

— Hier dimanche 22 mai 1881, a eu lieu la distribution solennelle des récompenses de la Société Nationale d'encouragement au bien; nous trouvons parmi les lauréats M. le docteur Dubois qui a obtenu le prix du ministère de l'Instruction publique et celui de la sœur Ursule de l'hôpital Saint-Antoine qui a remporté une médaille d'or.

— MM. les médecins principaux de première classe Potier-Duplessy, Michel, et M. le médecin-major de première classe Schreiner, viennent de prendre leur retraite.

— M. le médecin aide-major de première classe Martin (A.-F.-L.) a donné la démission de son grade.

— Des conférences de clinique médicale et chirurgicale auront lieu tous les jours, à dix heures du matin, à partir du mardi 24 mai 1881, dans l'amphithéâtre nouvellement construit de l'hôpital Laennec. Ces conférences seront faites dans l'ordre suivant : le mardi, M. Nicaise; le mercredi, M. Legroux; le jeudi, M. Ferrand; le vendredi, M. Damaschino; le samedi, M. Nicaise, et le lundi, M. le professeur Ball. La date de cette dernière conférence n'est pas encore fixée. — La visite des malades aura lieu tous les jours, à huit heures et demie.

— M. le docteur Topinard, directeur-adjoint du laboratoire d'anthropologie de l'École des hautes-études, et M. le docteur Manouvrier, préparateur, feront des conférences pratiques sur les méthodes et procédés d'observation sur le vivant, l'anthropométrie et la crâniométrie, les mercredis et les vendredis, à trois heures, à partir du mercredi 1er juin 1881. — Prière de se faire inscrire à l'avance au laboratoire, 15, rue de l'École-de-Médecine, tous les jours de trois heures à cinq heures; l'inscription est gratuite.

— L'Exposition internationale d'électricité s'ouvrira au Palais de l'industrie le 1er août 1881. Le *Catalogue officiel*, rédigé avec le plus grand soin sur des documents fournis par l'administration ou par les exposants eux-mêmes, formera une sorte d'encyclopédie historique et technique de tout ce qui concerne l'électricité, et sera, par là même, très-recherché, non-seulement des industriels que cette question intéresse spécialement, mais du public même. Ceux de nos lecteurs qui désireraient faire insérer dans ce catalogue des annonces relatives aux applications de l'électricité à la médecine ou à la chirurgie devront s'adresser à M. A. Lahure, imprimeur, 9, rue de Fleurus, adjudicataire du *Catalogue officiel*.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital Lariboisière par le professeur S. JACCOUD. Troisième édition, 1 vol. in-8° avec 10 planches en chromolithographie. — Prix : 15 francs; cartonné : 16 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons d'ophthalmologie, mémoires d'optique physiologique,

par le docteur Badal. 1 vol. in-8° avec 19 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale et d'hygiène pour 1881, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1880 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur l'hygiène et la thérapeutique du scorbut, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et par J. Bouchardat, médecin-major. 41e année, 1 vol in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11247.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu dans cette séance un rapport officiel de M. Lagneau, en réponse à une demande d'avis du ministère de l'intérieur sur la question de savoir si l'action nuisible du tabac est suffisamment démontrée pour devenir l'objet d'une préoccupation au point de vue de l'hygiène publique. Le rapport conclut affirmativement, mais non sans faire des réserves à l'égard d'un usage modéré, qu'il considère comme offrant peu d'inconvénient. Seul, dit-il, l'usage immodéré ou excessif peut avoir une action nuisible, accusée par des cas pathologiques avérés et mérite à ce titre la préoccupation de qui a charge de l'hygiène publique.

Cette conclusion, qui a paru répondre au sentiment de l'Académie, ainsi qu'en a témoigné son vote, n'a qu'imparfaitement satisfait l'un des ennemis jurés du tabac; nous avons nommé M. Jules Guérin. Joly, de regrettée mémoire, était seul capable, peut-être, de pousser l'aversion du tabac plus loin encore que M. Jules Guérin. Il la poussait si loin que nous l'avons entendu un jour, dans un véritable réquisitoire contre la conquête de Nicot, mettre sur son compte une bonne moitié de la pathologie chronique et la presque-totalité des dégénérescences de la moderne humanité. M. Jules Guérin ne va pas jusque-là. Il avoue même connaître plus d'un fumeur émérite de son âge, ce qui prouverait tout au moins que, si le tabac est un poison, c'est un poison lent. — Mais, à ses yeux, tout fumeur comme tout priseur est un individu intoxiqué; il s'est intoxiqué la première fois qu'il a fait usage du tabac, ce qui par parenthèse est assez généralement vrai; il a continué à s'intoxiquer au jour le jour et d'une manière continue, mais sans s'en douter et en s'habituant peu à peu à son poison, comme un vrai Mithridate; si bien qu'un jour le fumeur arrive à ressembler sous un certain aspect, — M. Guérin n'a pas dit le mot, mais il a suffisamment indiqué la chose, — à l'instrument qui lui sert à assouvir sa passion.

Il y a assurément du vrai dans ce tableau, surtout considéré théoriquement. Mais la conséquence obligée d'une pareille manière de voir, allant jusqu'à confondre l'usage modéré avec l'abus et à les condamner l'un et l'autre avec la même rigueur, outre qu'elle a peu de chance d'être agréée par le fisc, aura probablement longtemps encore de la peine à pénétrer dans la conviction et dans les habitudes des masses.

L'Académie a entendu ensuite une lecture de M. Lambron sur l'association des eaux de Luchon avec les préparations mercurielles, dans le traitement d'une catégorie nombreuse de cas de syphilis, et la première partie d'une communication importante de M. Colin (d'Alfort) sur la rage et le charbon.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Vaccinations et revaccinations.

La discussion de l'Académie de médecine sur les vaccinations et les revaccinations a eu ses échos. Parmi les communications que nous avons reçues à cette occasion, il en est une notamment que nous croyons devoir signaler à l'attention de nos lecteurs. Quoique venue, peut-être, un peu tardivement, elle n'a rien perdu, comme on en pourra juger, de son intérêt. Elle nous vient de M. le docteur Argeliès (de Saint-Jean-de-Luz) ; c'est une relation des observations recueillies par notre confrère pendant l'épidémie de variole de 1870-1871.

Indépendamment de faits d'une valeur d'autant plus décisive en faveur de l'utilité des vaccinations et des revaccinations pratiquées en temps d'épidémie, qu'ils ont été observés et suivis avec une scrupuleuse exactitude au milieu d'une population restreinte, dont chaque membre lui était connu, on y trouvera la démonstration de ce que peut, dans de semblables circonstances, pour la propagation de la vaccine, sans le concours d'une prescription légale et par le fait seul de son zèle, le médecin qui a su conquérir la confiance de ses compatriotes.

Voici les questions que pose M. le docteur Argeliès et les réponses qu'il y fait :

1° Dans quelle mesure la vaccination préserve-t-elle de la variole ?

2° Quelles sont les circonstances dans lesquelles il est opportun de recourir aux vaccinations ?

3° Quels sont les moyens pratiques d'en vulgariser l'usage ?

En 1870, la population de Saint-Jean-de-Luz était de 3,000 âmes. Dès que cette ville fut menacée par l'épidémie, je m'empressai de vacciner, et je pus en peu de jours

pratiquer environ 1,500 vaccinations ou revaccinations.

Exerçant dans une commune dont toute la population m'était parfaitement connue, j'étais dans des conditions très-favorables pour contrôler par moi-même les résultats définitifs de mes vaccinations, et voici ce que j'observai :

Pendant toute la durée de l'épidémie, qui fit de nombreuses victimes, dix-sept seulement parmi mes vaccinés furent atteints. Chez douze d'entre eux la variole se déclara, avec des degrés divers d'intensité, du quatrième au douzième jour après la vaccination. Tous guérirent.

Cinq autres furent vaccinés, non plus pendant la période d'incubation comme les précédents, mais pendant la période prodromique, après l'apparition de la céphalalgie, du lumbago, ou au moment de la poussée des premières pustules. Tous les cinq sont morts, et quatre d'entre eux avec la forme hémorrhagique.

Pour tous les autres vaccinés par moi, il n'y a pas eu trace d'éruption et la préservation a été absolue. Tandis qu'au milieu d'eux, dans les mêmes quartiers, les mêmes habitations, la même famille, la maladie continuait à exercer ses ravages, eux sont restés complètement réfractaires. Désirant pousser l'expérience plus loin et comptant pour moi-même sur cette préservation, je m'inoculai du virus varioleux pris sur un homme couché à l'hospice avec une variole confluente à laquelle il ne tarda pas à succomber. Il se développa, dès le second jour, au point où avait eu lieu l'inoculation, une pustule qui se remplit bientôt d'une sanie roussâtre et qui donna lieu à d'assez vives douleurs locales. Mais, quelques jours après, elle s'affaissa, et la guérison se fit sans autre désagrément pour ma personne.

Cette préservation, si précieuse, existe-t-elle pour ceux qui ont eu à une époque antérieure la variole, et ceux-là sont-ils dispensés de se faire revacciner lors de l'apparition d'une nouvelle épidémie ?

Si quelques confrères partagent cette opinion, elle est démentie par les faits. Un enfant de quatorze ans, que ses parents n'avaient pas jugé opportun de faire vacciner parce qu'il avait eu une variole confluente à l'âge de sept ans, fut atteint par l'épidémie et succomba.

Il en fut de même d'un jeune homme qui se présenta comme infirmier à l'hospice que je dirigeais et qui refusa obstinément le secours de la vaccine, parce que sa peau était criblée par les cicatrices d'une variole datant de douze ans. Huit jours après son entrée à l'hospice comme infirmier, il fut terrassé par la variole et mourut.

Conclusions pour ce premier point.

1° Les vaccinations ou revaccinations, faites au début d'une épidémie de variole et avant d'avoir pris le germe de cette maladie, préservent d'une façon absolue l'individu vacciné, qui devient ainsi complètement réfractaire pendant toute la durée de l'épidémie.

2° Celles qui sont faites pendant la période d'incubation de la variole l'atténuent seulement, et la guérison est la règle. La durée maximum de cette incubation paraît être de douze jours.

3° Les vaccinations qui sont pratiquées pendant la période prodomique ou au moment de l'apparition des premières pustules sont nuisibles, et dans ce cas spécial il faut s'abstenir.

4° En temps d'épidémie, la réceptivité pour le virus vaccin, comme pour le virus varioleux, est beaucoup plus grande qu'à toute autre époque.

La préservation par le virus-vaccin étant souvent temporaire, il est indispensable, au début d'une épidémie, de se faire revacciner, quel que soit le temps écoulé depuis la dernière vaccination. Cette petite opération est le seul moyen qui puisse servir de pierre de touche pour reconnaître si les vaccinations antérieures ont pleinement conservé leur effet.

5° Une variole, même confluente, contractée antérieurement à une épidémie, ne préserve pas de celle-ci le sujet qui en avait été atteint, et l'obligation de la revaccination est aussi impérieuse pour lui que pour les autres.

6° Il n'existe pas, relativement à la vaccination, de contre-indication provenant de l'âge avancé, de maladies diverses, autre que celle mentionnée à l'article 3.

7° Le liquide contenu dans la pustule vaccinale est toujours de même nature et ne peut par lui-même transmettre de maladies. Si cette transmission a lieu, elle dépend, soit du mélange de la sérosité du sang de l'enfant vaccinifère avec le liquide du virus vaccin, soit de l'infection qui passe de l'enfant vacciné à d'autres enfants vaccinés après lui, et cela par le virus charrié avec son sang de son bras et mélangé avec le liquide de la pustule vaccinale.

Cette transmission peut être évitée :

En ouvrant avec précaution et à sa partie la plus superficielle la pustule vaccinale, sans la faire saigner ; en ne recueillant que la perle liquide qu'on voit sourdre peu d'instants après ; en évitant d'appuyer la lancette sur le fond de la pustule et à plus forte raison de racler le derme mis à nu ;

En essuyant, après l'avoir lavée, la lancette après chaque piqûre faite à tout enfant douteux. Pour cela la lancette à grain d'avoine est préférable à la lancette à rainure, qui se nettoie plus difficilement.

8° Pour que la préservation par la vaccine soit absolue, le nombre de piqûres à faire à chaque sujet n'est pas indifférent. Six à douze piqûres sont nécessaires, car on voit quelquefois un enfant porteur d'une belle pustule, mais unique, pouvoir être revacciné avec succès avec le liquide de cette pustule.

Deuxième question : quelles sont les circonstances dans lesquelles il est opportun de recourir aux vaccinations ?

Les vaccinations doivent être faites pendant la première année de la naissance de chaque enfant, ainsi que cela se pratique généralement jusqu'à ce jour. Quant aux revaccinations, elles ne sont nécessaires que tout autant qu'il y a menace d'épidémie de variole. En dehors de ce cas particulier, les limites de temps qu'on a voulu fixer sont arbitraires, et j'estime qu'il est au moins inopportun d'imposer au public un assujettissement dont il ne saisira ni la portée ni l'utilité.

Il n'en sera pas de même à l'approche d'une épidémie. Le médecin retrouvera alors son influence, qu'il aura ménagée, et il obtiendra plus facilement par la persuasion des résultats qu'une loi despote ne pourrait, à toute autre époque, nous donner.

Pendant l'épidémie de 1870, dans la commune d'Ascain, voisine de celle de Saint-Jean-de-Luz, un cas de variole se déclara, puis, à quelques jours d'intervalle et dans des quartiers différents, un deuxième et enfin un troisième.

A l'apparition de chacun de ces trois cas, je vaccinai immédiatement tous les autres membres de ces familles, ainsi que les habitants des maisons les plus rapprochées, leur promettant la préservation absolue. L'évènement justifiant

ma promesse, toute la commune accepta le bénéfice des revaccinations, et, malgré les nombreux rapports qui ne cessèrent pas d'exister entre les habitants d'Ascain et ceux de Saint-Jean-de-Luz, il ne se déclara pas de nouveaux cas de variole à Ascain, pendant toute la durée de l'épidémie.

Troisième question : quels sont les moyens pratiques de vulgariser l'usage des revaccinations?

L'obligation de l'enseignement étant aussi à l'ordre du jour, et le programme de cet enseignement pouvant être imposé, ne pourrait-on pas ajouter aux notions d'hygiène, qu'il serait si utile d'apprendre aux enfants, quelques préceptes sur la nécessité des revaccinations? Ces préceptes, enseignés dans toutes les écoles et formulés en termes clairs et concis, porteraient, avec le temps, leur fruit. Les enfants, devenus hommes, se souviendraient de leurs premières leçons; ils seraient peut-être les premiers à demander aux médecins ce moyen de préservation, et cette pratique, pénétrant peu à peu dans les mœurs, aurait, dans l'avenir, pour résultat définitif, sinon l'extinction, du moins la diminution d'une maladie qui doit à l'ignorance la plus grande cause de sa vitalité.

THÉRAPEUTIQUE

Les dyspepsies et leur traitement.

Par M. le docteur A. VIDAL.

« Si vous voulez obtenir quelque effet d'un médicament, disait le professeur Semmola dans ses leçons de thérapeutique générale, adressez-vous d'abord à l'absorption. » Sans elle pas de traitement possible; vous aurez beau donner du fer aux anémiques, de l'iode aux scrofuleux, du mercure ou de l'iodure de potassium aux syphilitiques; tant qu'une quantité suffisante de ces substances n'est pas absorbée pendant leur passage à travers les voies digestives, vous n'obtiendrez aucune action. C'est cette fonction si importante qu'on doit avoir en vue au début de tout traitement, et surtout dans le traitement des dyspepsies, sans négliger, toutefois, l'alimentation ni les indications spécifiques. Il faut donc s'assurer que les produits pénètrent dans l'économie et peuvent répondre aux effets physiologiques et thérapeutiques qu'on attend d'eux.

Mais comment favoriser l'absorption?

La physiologie nous fournit une double réponse : En excitant l'action des organes absorbants, ou en ne leur demandant qu'un travail compatible avec leur affaiblissement et suppléant à l'insuffisance des organes digestifs par l'emploi de ferments digestifs physiologiques.

Les procédés destinés à répondre à la première indication sont nombreux, mais très-incertains, parce que nous ne connaissons que d'une manière imparfaite les facteurs qui agissent sur l'absorption, et que la plupart d'entre eux sont hors de notre atteinte.

Nous sommes infiniment mieux renseignés pour ce qui touche à la seconde.

Chaque partie des voies digestives a son rôle déterminé : dans l'intestin grêle, les modifications que subissent les aliments ou les médicaments sont peu considérables, en revanche l'absorption est très-active dans l'estomac, le bol alimentaire est soumis à des transformations chimiques extrêmement importantes; nous pourrions dire sans crainte de contradiction que cet organe est le véritable régulateur de la digestion et de l'absorption. Il y a un mot vieux comme la médecine pour désigner les troubles fonctionnels de cet organe, le mot dyspepsie. Chez les dyspeptiques, l'absorption ne se fait pas bien parce qu'elle est mal préparée, et cette préparation défectueuse tient à une mauvaise exécution des phénomènes chimiques de la digestion stomacale. Ainsi, que la dyspepsie soit essentielle ou symptomatique, le trouble chimique est toujours la condition *sine quâ non*, la lésion primordiale qui peut grouper autour d'elle les symptômes si variés des dyspepsies, la douleur, le tympanisme, les vomissements, qui sont des phénomènes accidentels de la dyspepsie; de même que les troubles nerveux, les vertiges, la dénutrition, sont des effets secondaires.

Pour être rationnel, le traitement des dyspepsies doit donc être basé sur ces origines chimiques. Ce ne sont pas les symptômes seuls qu'il faut combattre, mais bien la cause elle-même de ces symptômes; il faut donc avant tout suppléer à l'insuffisance du suc gastrique par une préparation qui en remplisse les effets.

L'élixir chlorhydro-pepsique de M. Grez répond à cette indication, sa composition est absolument rationnelle et physiologique. Les recherches de Leulec, Voit, Heidenhain, Richer, Habershou, etc., ont prouvé depuis longtemps que les altérations dont la manifestation symptomatique est la dyspepsie ne portaient exclusivement ni sur la quantité d'acide, ni sur la quantité de ferment, mais qu'il s'agissait d'une modification dans les rapports de l'une et de l'autre.

En introduisant une quantité convenable d'élixir chlorhydropepsique dans l'estomac, vous venez en aide à ses glandes; vous lui évitez une tâche au-delà de ses forces, les phénomènes mécaniques s'exécuteront régulièrement sous l'influence légèrement stimulante de cette préparation, et l'intestin recevra une somme de produits alimentaires ou médicamenteux préparés comme dans l'état physiologique et en état d'être absorbés. On peut objecter que ce sont là des vues théoriques qui auraient besoin d'être confirmées par l'expérience. La chose est faite depuis longtemps. MM. Gubler, Huchard, Dujardin-Beaumetz, Ch. Frémy (de l'Hôtel-Dieu), Gombault (de Beaujon), Marchand, Lucas-Championnière, Chéron, etc., ont employé l'élixir chlorhydro-pepsique dans des états dyspeptiques variés, et ils ont toujours eu d'excellents résultats. Sous l'influence de quelques jours de cette médication, les divers symptômes de la dyspepsie disparaissaient, l'appétit revenait ainsi que les forces, même chez des malades qui souffraient depuis des années de dyspepsies rebelles. D'autres expériences faites dans les services de MM. Archambault et Bouchut ont démontré que chez les enfants on obtenait avec une rapidité étonnante des effets merveilleux. En somme, l'élixir chlorhydro-pepsique de Grez peut être donné dans deux conditions : 1° comme médicament unique s'il s'agit d'un trouble local et isolé de l'estomac; 2° comme adjuvant d'un autre traitement quand on est en présence d'une dyspepsie symptomatique; il agit en produisant directement les phénomènes chimiques de la digestion stomacale et en favorisant par contre-coup l'absorption intestinale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

RAPPORT

Inconvénients du tabac. — M. GUSTAVE LAGNEAU donne lecture d'un rapport au ministre de l'intérieur qui, sollicité par la Société contre l'abus du tabac à l'effet d'être nommée d'utilité publique, a consulté l'Académie pour savoir si l'action nuisible du tabac est dès à présent suffisamment démontrée pour que l'hygiène publique ait motif de s'en préoccuper.

M. le rapporteur, tout en constatant que l'usage modéré du tabac offre peu d'inconvénients, tenant compte de cas pathologiques nombreux et avérés, pense qu'il peut y avoir un intérêt d'hygiène publique à faire connaître l'action nuisible que peut avoir le tabac employé d'une manière excessive.

M. JULES GUÉRIN. Il y a deux Sociétés contre l'abus du tabac ; du moment que l'une d'elles a obtenu la déclaration d'utilité publique, il n'y a pas de raison pour que l'autre n'obtienne pas le

même avantage. Je suis donc de l'avis de M. le rapporteur. M. Lageneau a bien fait de rappeler les inconvénients et les dangers de l'abus du tabac. Il y a lieu d'insister sur ce fait, que le tabac exerce une action de tous les instants et dont les effets peuvent rester longtemps inaperçus aux yeux du monde. Il est important de signaler ces faits en réponse aux objections de ceux qui prétendent que le tabac n'a pas d'inconvénients. Je rappellerai l'exemple d'un de nos collègues qui, après avoir cessé de priser, a vu disparaître un tremblement dont il était atteint.

Il y a de même des gens qui voient disparaître une toux opiniâtre lorsqu'ils cessent de fumer. Enfin, un médecin de Lyon a fait plusieurs autopsies qui lui ont permis de constater que les os de fumeurs endurcis devenaient comme leurs pipes, c'est-à-dire qu'ils prenaient une teinte toute spéciale, absolument semblable à celle des pipes de terre qui ont déjà un long usage.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES

Traitement de la syphilis par les eaux de Luchon comme auxiliaire du mercure. — M. LAMBRON, médecin-inspecteur des eaux de Luchon, lit un travail sur le traitement de la syphilis par les eaux de Luchon, et sur leur action adjuvante ou auxiliaire des médicaments antisyphilitiques, et particulièrement du mercure.

De tous les composés mercuriels, dit M. Lambron, le bichlorure de mercure est celui qui fournit les meilleures combinaisons avec les eaux sulfureuses et les plus curatives. Les cas qu'il faut plus particulièrement adresser au traitement de Luchon sont, suivant M. Lambron, les syphilis graves, étendues, compliquées d'états diathésiques, à récidives, rebelles aux mercuriaux, trop sensibles à l'action nocive du mercure, enfin réfractaires à tous les traitements jusqu'alors employés. (Renvoyé à l'examen d'une commission qui sera ultérieurement désignée.)

Rage et charbon. — M. COLIN (d'Alfort) a la parole pour la lecture d'un travail dans lequel il rend compte de ses dernières expériences sur la rage, la septicémie et le charbon. Vu l'heure avancée, l'Académie devant se former en comité secret, M. Colin n'a pu terminer sa lecture, qu'il continuera dans la prochaine séance.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport sur les candidats au titre de correspondant dans la deuxième division.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 mai 1881. — Présidence de M. Paul BERT.

COMMUNICATIONS

De l'influence des maladies de l'estomac sur le cerveau. — M. LEVEN fait une communication sur ce sujet.

M. LABORDE. On connaît l'influence qu'exercent les maladies de l'estomac sur le cerveau. M. Leven a bien fait de le rappeler; mais peut-être a-t-il un peu exagéré l'influence primitive des affections de l'estomac sur l'encéphale. M. Laborde cite l'exemple d'une dame de cinquante-sept ans qui, comme la malade dont a parlé M. Leven, a une peur extrême des chiens enragés et de toute personne qu'elle croit avoir approché un chien. Il est impossible de lui toucher les parties inférieures du corps sans la mettre dans un état d'agitation excessive. Cette malheureuse femme pousse ce délire partiel à un tel point que non-seulement la vie sociale, mais même toute vie de famille, lui est absolument impossible. Elle a, en outre, des périodes d'excitations et elle est hémiparaplégique. Or cette femme n'a aucune affection de l'estomac. Il faut donc ne pas généraliser l'opinion émise par M. Leven, et même, dans certains cas, il faut en renverser les termes, et admettre que ce sont au contraire les troubles gastriques qui sont la conséquence d'affections encéphaliques.

M. LEVEN. Il s'agit ici d'une aliénée. Dans les cas dont je parle, l'intelligence reste absolument nette; les malades conservent toute leur indépendance; ils se jugent eux-mêmes; jamais ils ne délirent, et tous les phénomènes disparaissent quand ils sont guéris de leur affection stomacale.

Origine réelle de la corde dorsale. — M. MATHIAS DUVAL présente une série de pièces histologiques provenant de coupes d'œufs de grenouilles et sur lesquelles on voit que la corde dorsale provient du feuillet interne. On voit très-bien les trois phases: la première, dans laquelle la corde dorsale forme seulement une saillie sur le feuillet interne; la seconde, dans laquelle elle s'y pédiculise, et la troisième, dans laquelle elle s'en sépare.

Parasites pouvant être confondus avec des trichines. — M. MÉGNIN fait une communication sur des parasites vermineux enkystés dans les muscles ou le tissu cellulaire de certains animaux et qui peuvent être confondus avec des trichines.

Après avoir acquis la preuve que la trichinose de l'homme lui était toujours communiquée par le porc, on a cherché par quelle voie celui-ci était à son tour infecté, outre celle des matières excrémentitielles contaminées de germes de parasites qu'il absorbe certainement, et on a accusé certains petits animaux dont il dévorerait les cadavres et qui seraient eux-mêmes trichinés. Parmi ces animaux, on a cité les rats et les souris, les taupes, les hérissons, les lézards, même des reptiles aquatiques comme les tritons, les têtards de grenouilles et enfin les vers de terre. J'ai commencé depuis quelque temps des recherches sur ce sujet. Je n'ai encore rien trouvé chez les rats et les souris des environs de Paris; par contre, j'ai trouvé chez la taupe, le hérisson, le lézard vert, la grenouille, certains oiseaux vivant de mollusques et d'annélides, de petits vers enkystés qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour des trichines, mais qu'une étude approfondie, appuyée sur les préparations et les dessins grossis que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, m'a démontré n'être autre chose que des larves de *spiroptera* ou de *dispharagus* de différentes espèces.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1881. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

COMMUNICATIONS

Affection simulant la syphilis. — M. DESPRÈS présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance, qui porte des lésions semblables à celles qu'a décrites M. Lannelongue et chez lequel il est impossible de trouver d'antécédents syphilitiques personnels ou héréditaires. C'est un garçon de dix-neuf ans, qui est atteint d'une tumeur du tibia droit avec un allongement de l'os de 3 centimètres, d'une tumeur manifestement fibreuse sur le tibia du côté opposé et sur la joue d'une cicatrice d'une gomme ulcérée. En outre, lorsqu'il entra à l'hôpital, ce garçon présentait une périostose du frontal.

Dans son enfance, il s'est fait une fracture du coude qui n'a pas été traitée, ce qui, du reste, n'est pas à regretter.

Ce jeune homme est le fils d'une faute; il est né d'une femme mariée, parfaitement saine, alors âgée de vingt et un ans, et d'un garçon de vingt ans, l'amant de cette femme. Il y a des accidents tuberculeux dans la famille de l'amant, mais dans aucune des deux familles pas la moindre trace de syphilis. Cet enfant fut un paria toute sa vie. Il fut d'abord mis en nourrice à distance, puis placé dans divers pensionnats où il fut maltraité, roué de coups, ce qui n'est certainement pas étranger à la singulière affection qu'il présente aujourd'hui. Il a eu de la gourme, puis une arthrite, et, deux ans après cette arthrite, le gonflement du tibia. Je guérirai toutes ces lésions, sauf l'allongement du tibia, à l'aide de l'iodure de potassium, ce qui ne prouvera nullement que ces accidents soient d'origine syphilitique, car pour moi ce n'est pas là de la syphilis.

M. LANNELONGUE est frappé de la ressemblance des lésions que

présente ce garçon avec celles dont il a entretenu la Société. C'est une forme de lésions osseuses identiques, et cela seul suffirait pour admettre la syphilis. On ne trouve, en effet, chez ce malade, aucun signe de scrofule. Quant à l'absence d'accidents syphilitiques chez les parents, c'est là, on le sait, une chose toujours extrêmement difficile à démontrer. Enfin, ce malade porte une lésion qui a échappé à M. Desprès. C'est une lésion caractéristique du voile du palais ; une partie de la luette fait défaut. Sous l'influence du traitement antisyphilitique, vous verrez toutes ces lésions disparaître. C'est bien là un fait de syphilis, mais il est impossible de savoir si c'est de la syphilis aiguë ou de la syphilis héréditaire.

M. TRÉLAT ne croit pas, dans ce cas, à la syphilis. C'est pour lui une des formes de l'ostéomyélite des adolescents.

M. DESPRÈS. Cet enfant a eu un abcès du voile du palais. La lésion, en ce point, porte tous les caractères de la scrofule, comme l'a si bien décrit dans sa thèse M. Homolle.

Thyroïdectomie. — M. TILLAUX a opéré le malade qu'il a présenté dans la dernière séance, et qui était atteint d'un goître exophthalmique avec accidents de suffocation menaçants. L'opération s'est accomplie heureusement. Le malade va très-bien ; il est aujourd'hui au quatrième jour. Tous les accidents ont à peu près disparu ; il n'y a plus de dyspnée ni de dysphagie ; il voit mieux ; l'exophthalmie a déjà considérablement diminué, et le malade trouve la peau de ses paupières trop large pour ses yeux ; ce sont là ses propres expressions. Il a été opéré sans chloroformisation. Il avait pris, un quart d'heure avant l'opération, 3 grammes de chloral et 25 grammes de sirop de morphine, selon la formule de M. Trélat. Malgré cela, il a senti l'opération. La carotide gauche a dû être disséquée sur une certaine longueur. Aucun vaisseau important n'a été ouvert. Les récurrents sont intacts, car la voix est conservée.

M. TRÉLAT. Ma formule est 4 grammes de chloral et 40 grammes de sirop de morphine. J'ai même dit que, pour obtenir l'anesthésie, il fallait aller jusqu'à 6 grammes. Mais, cette dose étant un peu élevée, je préfère m'en tenir à 4 grammes et ne pas obtenir une anesthésie complète.

Une cause de mort à la suite de la kélotomie. — M. VERNEUIL. On connait la gravité de l'abaissement de la température dans les cas de hernies étranglées. Au début de ma carrière chirurgicale, cette gravité me paraissait telle que j'avais l'habitude d'abandonner les malades atteints de hernie étranglée qui présentaient cette complication. Quelles sont les causes de cette algidité? Quelle est l'explication du pronostic funeste qu'elle entraîne presque toujours avec elle? Ce sont là des questions qui, jusqu'ici, n'ont pas encore été élucidées. J'avais remarqué qu'il existait une liaison assez étroite entre la production d'une hernie étranglée et la congestion pulmonaire ; mais je ne savais pas quelle relation il pouvait y avoir entre l'étranglement herniaire, la congestion pulmonaire et l'algidité. Je ne savais pas si ces phénomènes étaient indépendants les uns des autres ou liés entre eux. Je viens d'être témoin d'un fait de ce genre, dans lequel l'autopsie m'a fourni un élément nouveau.

Il s'agissait d'un homme atteint d'une hernie inguinale étranglée depuis trente-six heures ; je fis la kélotomie. Il succomba trente-quatre heures après l'opération sans avoir présenté aucune des complications habituelles de la kélotomie. Cet homme, entré le 9 mai à la Pitié, était d'apparence très-chétive ; il avait subi en ville trois tentatives de taxis, l'interne de garde qui le reçut en fit une quatrième sous l'influence du chloroforme. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche volumineuse. Je remarquai que cet homme avait les mains, le nez et la face violacés, la langue froide ; il était dans un état apparent d'asphyxie ; la température était de 36°,2. Il était souffrant depuis longtems ; il avait, disait-il, un mal d'estomac chronique qui l'obligeait à se soumettre au régime lacté. Il fut chloroformisé ; je pus alors réduire par le taxis le tiers de la tumeur, puis, le taxis devenant impuissant, je pratiquai la kélotomie. Il y avait une hydropisie du sac très-marquée ; je fis une ponction capillaire pour en examiner le contenu, nous y trouvâmes une quantité énorme de bactéries.

L'opération fut facile ; elle fut faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. J'avais eu soin, avant l'opération, de lui faire à chaque bras une injection sous-cutanée de dix gouttes d'éther sulfurique. Les premières heures se passèrent bien ; il rendit quelques gaz, n'eut plus de vomissements, mais n'alla pas à la selle. La température monta le soir à 37°. Le lendemain matin le ventre était ballonné ; le malade était dans un état de stupeur ; pas de douleurs ; lavement purgatif, injections hypodermiques stimulantes. Le malade avait très-peu uriné ; il s'affaiblissait peu à peu ; l'auscultation révèle une congestion pulmonaire intense ; ventouses sèches. Il n'y avait toujours ni selles ni vomissements. Le lendemain matin, la température était retombée à 36°. Il n'y avait pas de traces de péritonite, mais il y avait des coliques, des douleurs, indiquant quelque chose d'inconnu. Le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva l'intestin fortement distendu ; il n'y avait pas la moindre péritonite. Les poumons étaient très-fortement congestionnés, comme s'ils avaient macéré dans du cassis. Le foie, la rate étaient sains ; mais il y avait de la néphrite interstitielle parenchymateuse. Ce malade se trouvait au quatrième ou au cinquième degré d'une maladie de Bright ; il était albuminurique au plus haut point et avait eu de l'anurie. Il était mort de dyspnée urémique. On sait que l'urémie se traduit surtout par un abaissement de température ; donc tout s'explique, et ce fait montre une fois de plus la gravité des opérations chez les albuminuriques. On a, dans cette dégénérescence des reins, l'explication de bien des morts à la suite d'opérations de hernies étranglées.

M. DESPRÈS. Chez ce malade, le cours des matières ne s'était pas rétabli ; il y avait du ballonnement du ventre ; il est inutile d'aller chercher ailleurs la cause de la mort. Il n'est pas nécessaire que les opérés de hernies étranglées aillent à la selle après l'opération ; c'est ce qu'ont bien compris les Anglais, puis M. Le Fort, en leur donnant de l'opium. Mais il faut au moins qu'ils rendent des gaz et que le ballonnement du ventre disparaisse.

M. TRÉLAT. Ce n'est pas le défaut de rétablissement du cours des matières qui est ici la cause de la mort. Du moment qu'il n'y a pas de péritonite, on peut rester quinze jours sans aller à la garde-robe et sans, pour cela, succomber. Or ici il n'y avait pas de péritonite. Ce n'est donc pas le défaut du cours des matières qui a été la cause de la mort.

Ce ne sont pas seulement les Anglais et M. Le Fort qui ont imaginé de constiper les opérés de hernie étranglée. Il y a déjà bien longtemps que, pour ma part, je nourris ces opérés et leur donne de l'opium.

M. MARC SÉE. On a dit avec raison qu'après ces opérations il fallait un grand repos de l'intestin, et, dans ce but, on a donné avec raison les opiacés. Mais ce n'est pas là une raison quand il y a des selles précoces pour en tirer un pronostic fâcheux.

M. DESPRÈS maintient que c'est le défaut du cours des matières qui a amené la mort du malade de M. Verneuil, en admettant même qu'il n'y ait pas eu de péritonite.

M. VERNEUIL affirme qu'il n'y avait pas la moindre trace de péritonite, et que M. Desprès peut s'en rapporter à cette affirmation.

J'appellerai, dit-il, l'attention sur un autre point de cette observation, sur la présence d'une grande quantité de bactéries dans le sac herniaire. Voilà plusieurs fois que nous constatons ce fait avec M. Nepveu. Cela donne une très-grande importance à la toilette des intestins herniés, que je recommande toujours de faire maintenant avant le débridement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, pour confirmer ce que M. Verneuil vient de dire de l'infectiosité des liquides contenus dans le sac, cite le passage suivant de son livre sur la chirurgie antiseptique, dans lequel il recommande, aussitôt l'ouverture du sac, de laver à plusieurs reprises sa cavité avec la solution forte, de façon à neutraliser les produits inflammatoires ou hémorrhagiques du sac, de procéder ensuite au débridement, puis de laver l'anse soigneusement à la solution phéniquée faible au quarantième, avant

de la rentrer dans le ventre. Sur onze opérations de hernies étranglées que M. Lucas-Championnière a faites par la méthode antiseptique, il a eu onze guérisons.

M. DESPRÈS. C'est aux Anglais que revient le mérite de nous avoir appris à constiper les opérés de hernies étranglées.

M. LE FORT. Il n'y a pas eu une seule observation antérieure à mon mémoire de 1866, dans laquelle il ait été donné de l'opium à la suite de ces opérations.

M. MAURICE PERRIN. Larrey recommandait l'opium dans toutes les plaies où le péritoine était intéressé.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. M. Desormeaux, dont j'ai été l'interne en 1862, donnait, à cette époque, de l'opium à la suite de ces opérations.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 mai 1881, M. le docteur Relhié, maire de Cahors, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Carteron, médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes.

— MM. les docteurs Brugerolle, Léon Cabanes et Alphonse Picou, conseillers généraux, sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique du Cantal.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Peter, professeur de pathologie interne, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'au 15 août 1881, par M. Legroux, agrégé.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Raugé (Paul-César), docteur en médecine, est maintenu pour un an dans les fonctions de préparateur de médecine opératoire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — A la suite des derniers concours ont été nommés : Aide de physiologie : M. Katz. — Chef de clinique ophthalmologique : M. Stœber. — Chef de clinique chirurgicale : M. Thiébaut.

— *École de médecine de Marseille.* — Un concours pour une place de suppléant des chaires de médecine s'ouvrira le 28 novembre 1881.

— *Muséum* — M. Becquerel, professeur titulaire de la chaire de physique appliquée, est autorisé, en raison de l'état de sa santé, à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le second semestre de l'année 1880-81, par M. Henri Becquerel, aide-naturaliste.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Perravex est nommé préparateur de zoologie (emploi nouveau).

M. Rochet (Auguste), ingénieur civil, est nommé préparateur-répétiteur de zoologie et minéralogie (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Manificat (Laurent), né à Grenoble le 11 février 1862, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1880-1881, des fonctions de préparateur de botanique.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Dutilleul (Georges-Alphonse-Joseph), né le 9 mai 1860 à Lille (Nord), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Moniez, appelé à d'autres fonctions.

— La première liste de la souscription ouverte par la Société d'anthropologie pour élever un monument à la mémoire de Paul Broca s'élève à la somme de 13,517 fr. 15. — Adresser les souscriptions par mandat-poste au secrétaire de la commission, M. le docteur Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

— M. le docteur Marius Carre (d'Avignon) a soulevé devant la Société de prévoyance des médecins de Vaucluse la question des honoraires des médecins vaccinateurs. Frappé du défaut d'homogénéité qui existe actuellement dans l'organisation du service vaccinal, variable suivant les départements, absolument nul dans quelques-uns, nécessitant partout une réforme complète, M. Carre a soumis à ses collègues un système de centralisation qui permette à l'administration, en présence d'une épidémie, de procéder d'une manière efficace. Il institue à la tête de chaque département un comité de vaccine, un directeur chargé de centraliser le service et de lui donner l'impulsion, et des conservateurs du vaccin. Il demande que les honoraires des médecins vaccinateurs soient à l'avenir en rapport avec les services rendus et fixes par vaccination constatée.

Ces propositions, adoptées par l'assemblée, sont de celles qui seront probablement soumises aux législateurs lors de la deuxième délibération du projet de loi Liouville.

— A partir du 6 juin prochain, la station thermale du Mont-Dore sera desservie par la gare de Laqueuille (ligne de Clermont à Tulle).

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 29 mai 1881, à l'Isle-Adam. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à huit heures un quart du matin, afin de prendre le train partant de Paris, à huit heures trois quarts, pour la station de l'Isle-Adam.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste du cours de géologie au Muséum, fera, dimanche prochain 29 mars 1881, aux environs de Chaumont-en-Vexin, une excursion géologique. On se réunira à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à six heures vingt minutes du matin, le train pour Liancourt-Saint-Pierre. — On sera de retour à Paris à cinq heures trente-cinq minutes du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Gusman, intercalées dans le texte. Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La huitième vient de paraître et la neuvième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences, par le docteur Avrard. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Mémento synthétique, anatomie et physiologie, suivie d'une physiologie humoristique de la génération, par E. Saunier, ancien élève du Val-de-Grâce. 1 vol. in-8° carré. — Prix : 3 francs. — Paris, Hurtau.

Étude sur l'opération d'Emmet, déchirure du col de l'utérus, par le docteur Fage. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des épileptiques, des moyens de traitement et d'assistance qui leur sont applicables, par le docteur Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés. Gr. in-8° de 23 pages et 1 planche coloriée. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Méthode pleurétique, traitement et guérison du croup et de l'angine couenneuse, par le docteur Bernier de Bournonville. 5e année, 1 vol in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11263.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Gouguenheim.

De la laryngite syphilitique secondaire (1).

(Leçon recueillie par M. Lebreton, interne du service.)

III

Des plaques muqueuses.

Nous arrivons maintenant à la description des plaques muqueuses incontestées du larynx.

Je vous ai dit, au commencement de cette leçon, qu'elles avaient été vues tout d'abord par Czermak, puis, plus tard, par Turck, Gerardht et Roth. Ferras ne les décrit pas, car sa « laryngite ulcéreuse » n'est pas constituée par l'existence de plaques muqueuses, qu'il nie. Morell Mackensie les a rarement rencontrées, et Isambert ne les admet pas. Plus récemment, le professeur Fournier a décrit des papules et des érosions ; Krishaber et Mauriac déclarent avoir surtout rencontré des plaques sur les cordes vocales inférieures, tandis que Lennox Browne les localise à l'épiglotte et à la région aryténoïdienne. Whistler, tout en admettant leur existence, décrit plutôt des érosions. Enfin, Fauvel admet leur fréquence sur les cordes vocales inférieures ; il en est de même de Liberman.

Ces divergences d'opinion s'expliquent aisément : la plaque muqueuse typique du larynx est extrêmement rare, c'est là un fait incontestable. De plus, suivant le siège qu'elle occupe, elle peut affecter des aspects différents. On comprend donc que certains auteurs qui n'ont observé que des érosions, comme Isambert et Ferras, et qui n'ont pas rencontré de plaques, aient pu en nier l'existence, malgré les affirmations d'autres auteurs plus favorisés. Ce sont ces mêmes érosions qui avaient été vues par Whistler et Browne quand ceux-ci ont localisé les plaques muqueuses à l'épiglotte et à la région aryténoïdienne. Quant à nous, nous avons observé et des érosions et des plaques muqueuses types, et nous croyons qu'il s'agit là d'une seule et même lésion présentant des aspects variables dans le larynx comme dans les autres régions affectées de plaques muqueuses.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 mai 1881.

Examinons donc comment se présentent les plaques muqueuses du larynx dans les différentes régions où on peut les rencontrer.

A l'épiglotte, on peut les trouver sur la face antérieure du fibro-cartilage ou sur les replis qui l'unissent aux organes voisins, pharynx ou langue. Très-faciles à voir dans ces différents points, elles se présentent sous l'aspect d'ulcérations rondes ou plus ou moins irrégulières et entourées d'un cercle rouge, se continuant avec des plaques pharyngo-bucco-linguales. D'autres peuvent se rencontrer sur ce bord libre et sur la face postérieure : ce sont alors des papules unilatérales ou bilatérales, plus ou moins proéminentes et amenant des déformations de l'épiglotte et même la flexion forcée de cet opercule, dans le sens latéral. Quelquefois il y a exagération du bourrelet rouge périphérique, le centre semble très-excavé, et ces ulcérations ressemblent alors extraordinairement à celles de la laryngite tertiaire ou même de la tuberculose. J'en ai vu quelques cas.

Nous n'avons observé qu'une seule fois une plaque au niveau de la région aryténoïdienne à la hauteur d'un des cartilages de Santorini, et je n'en ai jamais rencontré au niveau des replis aryténo-épiglottiques, contrairement aux descriptions de certains auteurs.

Nous n'avons observé que bien rarement des lésions de ce genre au niveau des cordes vocales supérieures ou du vestibule. Pour la première fois cette année, il nous a été donné de voir au-dessus de la commissure postérieure une papule caractéristique. Elle présentait aussi un aspect végétant semblable à celui que l'on observe dans les ulcérations tuberculeuses ; ces plaques végétantes ont été décrites par Fauvel.

Sur les cordes vocales inférieures, l'existence des plaques muqueuses ne peut être mise en doute, et l'on pourrait les prendre comme type de description. Entourées d'un bourrelet rouge saillant, elles sont constituées par une ulcération centrale de coloration grise ou jaunâtre. Les deux cordes vocales sont habituellement atteintes en même temps ; leurs lésions sont symétriques ; mais, tandis que d'un côté (celui qui a été atteint le premier) la plaque est volumineuse, de l'autre elle est beaucoup moins étendue. Ces plaques se trouvent ordinairement au milieu de la corde de telle sorte que celle-ci prend la forme d'un fuseau ; aussi les deux cordes ne se touchent qu'au niveau de la papule et laissent un intervalle en avant et en arrière.

Ces lésions ne sont pas souvent observées. Whistler avait déclaré que les plaques syphilitiques des cordes étaient rouges au centre et grises à la périphérie. Toujours, pour

notre part, nous avons vu le contraire : tache grise ou jaune au centre, rougeur périphérique. Jamais cette dernière coloration n'existait au milieu de l'ulcération.

Nous en avons fini avec cette description des plaques muqueuses du larynx.

Passons maintenant en revue les autres symptômes de la laryngite secondaire, et voyons quels sont les troubles fonctionnels que déterminera son apparition.

La voix peut être intacte si l'épiglotte seule est intéressée. D'abord voilée, elle arrive peu à peu à la raucité et à l'aphonie. Quoi qu'en disent certains auteurs, la raucité syphilitique n'a rien de caractéristique ; ces troubles peuvent être fort peu prononcés, quand les lésions des cordes vocales inférieures ou même du reste du larynx sont insignifiantes, et c'est en raison de cette circonstance qu'un certain nombre de laryngites syphilitiques ont pu être méconnues.

Les troubles vocaux ont été mis aussi sur le compte de paralysies syphilitiques des cordes, qu'admettent un certain nombre de syphiliographes et de laryngologistes compétents, Fauvel, Jullien, Gerardht et Roth, Krishaber et Mauriac, Moure, Joal.

Pour nous, nous n'avons rien constaté de semblable, et nous avons attribué à l'hystérie des aphonies complètes survenant chez quelques-unes de nos malades dont le larynx était sain, mais chez lesquelles les cordes vocales étaient parésiées ou contractées.

Toutefois la constatation de paralysies des cordes chez quelques sujets syphilitiques ne peut laisser de doute sur la possibilité de la paralysie syphilitique secondaire du larynx. Rien de surprenant à cela, du reste ; la syphilis, on le sait, pouvant, bien que fort rarement, provoquer des troubles nerveux ou viscéraux précoces. Des faits semblables peuvent s'expliquer soit par une périostose voisine, soit par une inflammation possible du tissu cellulaire, séreux ou nerveux, voisin des os altérés.

La déglutition est rarement troublée, et c'est plutôt par le fait de lésion pharyngée concomitante, car les ulcérations épiglottiques secondaires ne gênent pas le passage des aliments dans le pharynx.

L'on a dit que la respiration pouvait être troublée, qu'il pouvait y avoir de la dyspnée. Jamais nous n'avons rien vu de pareil, et nous croyons que Lennox Browne, qui a surtout émis cette opinion, a exagéré les choses. Je ferai la même observation à Krishaber, qui, après avoir nié ces troubles, les a admis, mais à une époque reculée du débat de la syphilis; je crois que les cas de Krishaber ne sont autre chose que des manifestations tertiaires diffuses.

La marche de la laryngite secondaire est très-variable, suivant qu'il s'agit d'une forme sans hyperplasie, d'une forme avec hyperplasie, d'une laryngite accompagnée d'ulcérations ou de plaques muqueuses du larynx. Mais l'on doit toujours se méfier des laryngites ne durant que quelques jours et disparaissant rapidement. Il est bien probable qu'alors il s'est agi d'une laryngite simple catarrhale chez un syphilitique. Les laryngites secondaires sans tuméfaction durent de deux à trois ou quatre semaines. S'il y a gonflement, la durée peut atteindre plusieurs mois. Dans les cas d'épiglottite seule, on a pu voir la maladie se prolonger jusqu'à six semaines. Quant aux plaques muqueuses du larynx, elles disparaissent rapidement, celles du moins qui affectent la forme typique. Les érosions, au contraire, sont plus lentes à se cicatriser, peut-être à cause de l'étendue de la lésion. La durée de la chordite peut varier de trois semaines à trois mois ; cette différence de durée est proportionnelle au degré de tuméfaction et de déformation.

Le diagnostic est souvent fort difficile : cela tient à la ressemblance qui existe entre beaucoup de laryngites de cause variable.

Heureusement la coexistence de syphilides muqueuses et cutanées dans le cas qui nous occupe permettra de soupçonner la nature de l'affection.

La laryngite catarrhale simple est parfois bien difficile à reconnaître. La rougeur est ordinairement plus intense, il y a des stries de sang sur les cordes, de petites hémorrhagies dans les crachats, le gonflement est plus rare et les érosions exceptionnelles. Quand elles surviennent, ce n'est jamais de bonne heure, et on les rencontre surtout sur les cordes et plutôt à leur face supérieure que sur les bords. Les troubles fonctionnels sont plus accusés ; il y a de la toux, de la douleur, symptômes qui ne se rencontrent presque jamais chez les syphilitiques.

La laryngite catarrhale chronique est peut-être encore plus difficile à distinguer ; les érosions qu'elle peut provoquer siègent surtout aux cordes. Mais, s'il y a surtout du gonflement, le diagnostic peut être impossible ; toutefois cette tuméfaction est loin d'être aussi prononcée que chez les syphilitiques.

La laryngite tuberculeuse peut être difficile à distinguer de la laryngite syphilitique secondaire, et il est important de ne point se tromper, car la thérapeutique spécifique peut être préjudiciable au tuberculeux.

Dans les deux cas, l'on observe l'épiglottite et l'aryténoïdite ; mais chez les tuberculeux le vestibule et les cordes vocales supérieures sont aussi tuméfiés, c'est rare chez des syphilitiques. Chez les tuberculeux, la muqueuse des parties voisines est pâle ; cet aspect cachectique n'existe pas chez les syphilitiques, à moins de chlorose concomitante. Chez les tuberculeux, les lésions sont souvent plus localisées, plus restreintes que chez les syphilitiques secondaires ; ainsi il n'est pas rare d'observer chez eux une monochordite inférieure, et le reste à peu près intact. Dans la tuberculose, les ulcérations sont plus profondes, plus étendues, végètent aisément. Il est possible, mais c'est bien rare, de rencontrer cette apparence à la période secondaire de la syphilis. Alors il faut consulter l'état général, beaucoup moins bon chez le tuberculeux ; enfin, dans certains cas des plus difficiles, la coïncidence de manifestations cutanées et muqueuses, incontestablement syphilitiques, peut juger la question.

Il ne faut pas oublier non plus les troubles fonctionnels, toujours sérieux chez les tuberculeux ; la toux, la douleur laryngée, les hémoptysies, l'amaigrissement, la fièvre vespérale, n'existent pas chez les syphilitiques secondaires ; enfin l'examen des poumons, qui est loin, quoi qu'on ait dit, d'éclairer la question, car souvent il est négatif, ne doit pas être omis.

Quant à la laryngite syphilitique tertiaire, elle est impossible à méconnaître quand les cas sont très-accentués et à lésions considérables. Mais certaines laryngites secondaires tardives provoquent une tuméfaction si considérable qu'elles peuvent en imposer pour une laryngite tertiaire diffuse. Il en est de même dans les cas de plaques muqueuses très-excavées, simulant des ulcérations profondes. La thérapeutique servira alors de pierre de touche. Le pansement intralaryngé modifie rapidement la laryngite secondaire ; il est impuissant dans la tertiaire.

Nous n'insisterons pas sur les troubles laryngés causés

par l'hystérie. L'examen du larynx suffit pour les reconnaître, et nous avons suffisamment discuté la question des paralysies d'origine syphilitique.

Mentionnons enfin certaines épiglottes anomales qui pourraient en imposer, en raison d'un enroulement excessif, pour de l'épaississement ou un changement de coloration de cet opercule. Il nous suffira de signaler cette particularité.

Le pronostic de la laryngite syphilitique secondaire est bénin le plus souvent. Il doit cependant être sévère dans les cas où la tuméfaction est très-prononcée. Il est en effet à craindre que la réparation complète ne soit impossible, et qu'il ne se produise des dégénérescences irrémédiables.

Le traitement doit être général et local. Le traitement général est celui de la vérole secondaire; c'est dire qu'il consistera dans les préparations mercurielles.

J'ai recours habituellement à la liqueur de Van Swieten ou au proto-iodure d'hydrargyre. Je donne la première à la dose de une à trois cuillerées à soupe, c'est-à-dire de 1 centigramme et demi à 4 centigrammes et demi de bichlorure, et le second à la dose de 2 centigrammes et demi à 7 centigrammes et demi. Je dépasse rarement ces doses. Je me guide pour le traitement sur le degré d'épaississement de la muqueuse. Si l'épaississement est assez considérable et que les accidents soient rapprochés du début de la maladie, je crois qu'on pourrait avec avantage recourir aux frictions mercurielles; j'ai vu dans un cas la laryngite céder devant la stomatite; il est vrai qu'une autre fois le résultat a été inverse. Quand le gonflement est très-marqué, si la maladie est déjà ancienne, de six mois à un an, je préfère alors le traitement mixte, et le sirop de Gibert, à la dose de deux à trois cuillerées à soupe, est la préparation que je prescris en pareil cas. Quand je force la dose de mercure, j'ai l'habitude alors de donner du fer, du quinquina, et aussi un peu de chlorate de potasse.

Mais le traitement externe est indispensable. On peut combattre l'épiglottite par la cautérisation au nitrate d'argent.

Je repousse le nitrate en bâton contre la laryngite plus profonde, non pas seulement en raison des inconvénients que peut présenter la chute du crayon, accident très-possible en cas de fonte rapide du nitrate d'argent et inévitable dans une clinique où ces pansements répétés auraient certainement ce résultat; mais je le repousse surtout, comme tous les solides, en raison des déchirures que peut produire cette application, par suite des inégalités de la substance solide, inégalités résultant de la dissolution [inégale de la surface extérieure de cette substance.

J'emploie toujours le porte-éponge, en ayant soin d'adapter une éponge assez longue et étroite pour pouvoir entrer facilement et agir sur une surface plus étendue. Le liquide caustique est l'azotate d'argent à la dose de un trentième à un dixième, employée progressivement. On est frappé, sous l'influence de ce traitement, de la rapidité avec laquelle se modifient les lésions de la syphilis secondaire. Les plaques muqueuses types sont rapidement modifiées; les érosions sont plus lentes à disparaître, le gonflement lui-même diminue lentement, il est vrai, mais on peut constater rapidement de l'amélioration. Enfin, on est en présence d'une variété de laryngite très-tolérante, devant ce caractère à sa nature.

On devra employer dans les cas très-bénins des moyens plus doux, anodins, tels que les fumigations, les pulvérisations, mais qui seraient absolument insuffisants dans les cas plus sérieux.

EXCITATION DES RACINES DORSALES.

Par MM. Dastre et Morat.

MM. Dastre et Morat ont suivi jusque dans les racines dorsales l'origine des vaso-dilatateurs buccaux trouvés déjà dans les rameaux communiquants (deuxième, troisième, quatrième, cinquième) du cordon thoracique. L'excitation de la racine motrice de l'une de ces premières paires dorsales, la seconde par exemple, produit la rubéfaction des parois buccales. L'expérience se fait en préparant avec soin la paire nerveuse, sectionnant les racines antérieure et postérieure, de manière à pouvoir exciter les bouts périphériques bien isolés avec tels courants que l'on voudra, sans avoir à craindre de dérivation. Lorsque l'on agit sur la racine motrice, on a la rubéfaction intense habituelle: lorsque l'on excite la racine sensitive, cet effet ne se produit plus. Ainsi, les nerfs vaso-dilatateurs buccaux naissent d'une même région de la moelle avec les nerfs dilatateurs pupillaires qui présentent avec eux de nombreuses analogies, et avec un grand nombre d'autres nerfs vasomoteurs. Il n'est pas inutile de signaler la localisation de ces nerfs dilatateurs centrifuges dans les racines motrices à l'exclusion des racines sensitives. Quelques physiologistes, en effet, parmi lesquels Stricker, ont affirmé l'existence de nerfs vaso-dilatateurs dans les racines postérieures des nerfs lombaires.

Lorsque l'on a coupé d'un côté les deuxième, troisième, quatrième, cinquième racines dorsales, l'excitation asphyxique ou réflexe de la moelle ne produit plus la dilatation des vaisseaux buccaux correspondants, tandis qu'elle la produit du côté opposé où la continuité des filets dilatateurs subsiste.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mai 1881. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Daltonisme pathologique. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur ce sujet.

Au moment où la question de l'examen de la vision par rapport au daltonisme chez les employés de chemin de fer est à l'ordre du jour, il importe de bien connaître toutes les altérations oculaires qui peuvent amener cette perturbation chromatique.

Il y a plus de quinze ans que l'auteur a, le premier, attiré l'attention sur les troubles chromatiques observés dans les différentes affections oculaires et cérébrales. Aujourd'hui il apporte de nouveaux faits sur les différents modes d'altération du sens des couleurs.

La syphilis, l'alcoolisme, le nicotinisme, le saturnisme, l'hystérie, l'ataxie locomotrice, la glycosurie, l'aphasie et l'hémiopie sont autant d'états pathologiques qui influent sur le sens des couleurs.

L'alcoolisme est, comme on voit, une des causes les plus fréquentes de perturbation de la vue. Il existe des amblyopies alcooliques sans lésion dans l'œil, mais qui sont accompagnées de différents troubles chromatiques. Quelques-uns d'entre eux ne reconnaissent point les couleurs, d'autres les confondent les unes avec les autres; d'autres enfin accusent des contrastes successifs des couleurs.

Après avoir examiné et fixé longtemps la couleur rouge, par exemple, et immédiatement après le bleu, ils ne voient plus le bleu, mais soit la première couleur dont il leur reste l'impression, soit le mélange du bleu et du rouge, c'est-à-dire le violet.

L'abus du tabac provoque aussi des troubles très-marqués de la vue, des amblyopies avec scotome central et des perversions chro-

matiques, semblables sous beaucoup de rapports à ceux de l'alcoolisme. Néanmoins M. Galezowski n'a jamais observé de contraste successif.

La syphilis peut atteindre toutes les membranes de l'œil et entraîner des troubles visuels, dont les uns sont dus à des altérations centrales, avec des atrophies des papilles et des névrites optiques et dont les autres sont consécutives à des rétinites et à des choroïdites.

Ces différentes affections altèrent presque constamment le sens des couleurs, à un degré plus ou moins grand. Dans les rétinites syphilitiques, il y a des perturbations chromatiques en ce qui concerne la nuance des couleurs. Mais, dans la choroïdite syphilitique, la perversion est presque constante, et souvent il y a une achromatopsie complète, ou bien les malades perdent la perception des couleurs bleue ou jaune et reconnaissent les autres couleurs, rouge et vert, contrairement à ce qu'on observe dans les atrophies des papilles ataxiques.

M. Galezowski a décrit une forme particulière de dyschromatopsie, c'est celle des aphasiques. Ces malades confondent les couleurs les unes avec les autres, non pas parce qu'ils ne les voient pas, mais parce qu'ils ne se rappellent pas leur dénomination.

Dans la glycosurie, le saturnisme, il existe des daltonismes acquis bien marqués, et qui peuvent se déclarer d'un jour à l'autre. En présence d'accidents aussi fréquents de dyschromatopsies pathologiques, on doit se demander si l'on ne devrait pas soumettre les employés du chemin de fer, non pas à un seul et unique examen à leur entrée au service, mais à des examens plus ou moins rapprochés, faits à des époques fixes et qui permettent de contrôler l'état de leur vue.

M. PONCET (de Cluny) fait observer que le vœu émis par M. Galezowski est en partie réalisé. On fait aujourd'hui des examens secondaires de la vue des employés de chemins de fer.

Canule gastrique. — M. FRANCK présente, au nom de M. Belduino Bocci, une nouvelle canule pour faciliter l'établissement de fistules gastriques chez les animaux. C'est une sorte de trocart canule qui s'introduit et se fixe d'un seul coup.

Étiologie des oreillons. — MM. CAPITAN et CHARRIN, se basant sur les analogies cliniques, — nature épidémique et immunité ultérieure, — que présentent les *oreillons* avec les maladies infectieuses, ont été amenés à rechercher l'existence de microbes dans les liquides provenant de malades atteints de cette affection. Ils ont recueilli, avec les précautions d'usage, du sang, de la salive et de l'urine de six malades. Dans le sang de tous ils ont constaté la présence de microbes en grand nombre, la plupart sphériques, parfois allongés en bâtonnets, mobiles et en général assez petits. Quant à la salive, ils ont constaté, comme dans l'état normal, une grande variété de microbes parmi lesquels le plus grand nombre rappelaient ceux du sang. L'urine, dans ces six cas, ne renfermait ni albumine ni sucre et pas trace de microbes.

Des préparations de sang ont été examinées par plusieurs membres de la Société, qui ont nettement constaté les particularités indiquées dans cette communication.

Élongation du pneumo-gastrique. — M. LABORDE présente de nouveau le lapin qu'il a présenté dans une dernière séance au nom de MM. Marcus et Wiett. On sait que l'élongation des pneumo-gastriques, chez ce lapin, avait déterminé une vasculo-dilatation des deux oreilles et un myosis concomitant. Ce lapin se trouve aujourd'hui dans des conditions à peu près normales. Il semble donc que l'élongation des pneumo-gastriques n'ait amené chez lui que des troubles fonctionnels.

Héméralopie. — M. PONCET (de Cluny) communique le résultat d'examens ophthalmoscopiques pratiqués dans des cas récents d'*héméralopie*. Ces dernières recherches confirment les lésions décrites par lui à l'hôpital militaire de Cherbourg en 1869 ; c'est-à-dire, l'œdème péripapillaire, la congestion des veines, l'anémie des artères. Dans ces observations nouvelles, il a pu constater quelques détails qui permettent de faire un pas nouveau dans la physiologie pathologique de cette affection. C'est ainsi que sur certaines héméralopies il a pu constater que la dilatation des veines s'arrêtait brusquement quand le vaisseau pénètre dans le tissu du nerf optique ; la veine s'effile alors subitement, perdant les deux tiers de son calibre. Lorsqu'il est impossible de suivre la veine dans la papille, on la voit, au moment où elle pénètre dans le nerf, former à son extrémité un renflement en virgule d'aspect caillebotté. Les artères fines et pâles disparaissent souvent dans une portion de leur trajet sous l'œdème péripapillaire.

Cette diffusion œdémateuse, qui voile souvent tout le bord de la papille, est en général plus intense sur le diamètre vertical, c'est-à-dire au point de passage des vaisseaux sur le disque papillaire. La zone médiane de la papille entre l'anneau sclérotical et l'infundibulum est vivement injectée. Sur certains sujets porteurs de petits arcs staphylomateux, l'œdème rend les bords de ces décolorations pigmentaires diffus, et l'ophthalmoscope, à quelque point qu'on le place, donne toujours l'image un peu louche.

Dans les cas d'hypermétropie où l'anneau sclérotical paraît normalement brillant et blanchâtre, sur les sujets héméralopes, cet arc avait une couleur gris-verdâtre. Cette coloration s'explique, comme dans le glaucome et certaines atrophies, par l'injection veineuse profonde de couleur rouge, vue à travers le tissu tendineux jaunâtre.

Si l'on combine tous ces symptômes, il est évident que l'idée d'une compression du nerf optique en arrière de la veine criblée suffit pour les expliquer. Une compression, en effet, s'exerçant légèrement sur les vaisseaux ferait comprendre la diminution du calibre des artères et la difficulté du retour du sang veineux. De là, dilatation des veines avec œdème péripapillaire et injection du nerf optique.

C'est à la pathologie générale à nous donner la cause de cette compression.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATIONS

Diphthérie ; érysipèle. — M. LEREBOULLET donne de nouveaux détails sur l'état de l'enfant dont il a parlé dans la dernière séance. Cet enfant, dit-il, se levait, s'alimentait, et, sauf la paralysie consécutive du pharynx, paraissait bien portant, quand, le 14 mai, la déglutition devint extrêmement difficile, les amygdales devinrent rouges et gonflées et les ganglions cervicaux engorgés. Il n'y avait pas de nouvelles plaques diphthériques dans la gorge. L'albuminurie apparut de nouveau, et, le lendemain, on constatait sur le pharynx une plaque érysipélateuse qui s'étendit bientôt à la face. L'abattement était profond, le pouls fréquent, la température élevée ; les urines se coagulaient en masse : leur analyse donna les résultats suivants : densité, 1,032 ; corpuscules de ferments ; 14 grammes d'albumine par litre, c'est-à-dire 18 grammes dans les vingt-quatre heures ; traces de glucose ; 38g,50 d'urée par litre, c'est-à-dire 40 grammes par vingt-quatre heures ; 3 grammes d'acide phosphorique. L'érysipèle suivit un cours normal. Craignant une scarlatine fruste et désirant activer les fonctions de la peau, je fis une nouvelle injection sous-cutanée de pilocarpine de 5 milligrammes. Alors que les injections de pilocarpine faites pendant le cours de la diphthérie avaient amené de la salivation sans sudation, cette fois il y eut à la suite de cette unique injection un abattement profond, des sueurs profuses, une complète inappétence et même des nausées. Je donnai de l'extrait mou de quinquina, du sulfate de quinine ; l'érysipèle céda, l'albuminurie disparut, et aujourd'hui l'enfant se lève et mange.

Épanchements chyliformes des cavités séreuses. — M. DEBOVE fait une communication sur ce sujet. Il rappelle avoir présenté, il y a un mois, les poumons d'un malade mort de pleurésie

avec épanchement contenant une forte proportion de graisse émulsionnée (voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 28 avril 1881). Depuis cette époque, il a comparé cette observation à d'autres publiées sous divers titres (épanchements chyleux de la plèvre, pleurésie purulente avec transformation graisseuse, etc.) et à des affections semblables des autres cavités séreuses ; ce sont ces observations qui ont servi de base au mémoire dont voici le résumé :

Toutes ces observations d'épanchements pleurétiques ont ce caractère commun : le liquide qui les constitue ressemble grossièrement à un liquide purulent, très-exactement à une émulsion. L'examen microscopique fait reconnaître qu'il doit son aspect à un nombre considérable de granulations graisseuses. Il a, en un mot, les caractères macroscopiques et microscopiques du chyle. Trois opinions peuvent être émises sur sa nature : il est le résultat d'une transformation de globules de pus, d'un épanchement de chyle, ou bien constitue une variété spéciale d'épanchement distinct des épanchements séreux, séro-fibrineux et purulents.

La première opinion est soutenue par M. Noël Gueneau de Mussy. Pour ce clinicien, la matière grasse émulsionnée provient d'une destruction des globules purulents et sa présence indique une pleurésie purulente de date très-ancienne. Cette théorie, aux yeux de M. Debove, soulève de sérieuses objections.

Le pus de la pleurésie et des abcès en général peut subir l'altération graisseuse, et cette graisse peut devenir libre ; mais elle ne se présente pas sous forme d'émulsion, et la destruction des globules purulents n'a pu être telle qu'il n'en reste plus qui viennent témoigner de l'origine de l'épanchement. En outre, au point de vue clinique, les phénomènes généraux n'indiquent pas une pleurésie purulente.

La seconde théorie, invoquée par Quincke, est que la cause de l'épanchement serait une rupture du canal thoracique. Cette théorie repose sur une seule observation de Bass qui manque de précision ; dans les trois observations, avec autopsies, citées par M. Debove, il n'y avait point de fistule établissant une communication entre le canal thoracique et la plèvre.

L'observation de M. Debove, en particulier, montre qu'un épanchement d'apparence chyleuse peut se former dans la plèvre, en dehors de toute lésion du canal thoracique. Il invoque à l'appui de cette manière de voir les épanchements chyleux de l'abdomen et de la tunique vaginale du testicule dont il cite plusieurs exemples dans lesquels on voit qu'ici encore la lésion des chylifères amenant un épanchement de chyle est plus qu'hypothétique.

M. Debove cite ensuite plusieurs observations, importantes au point de vue clinique, puisqu'il s'agit également d'épanchements chyliformes, mais ne pouvant servir au point théorique de la question puisqu'elles manquent d'autopsie.

Dans toutes les observations empruntées aux auteurs par M. Debove, on a supposé une déchirure des chylifères ; elle n'a été vue qu'une seule fois par Munson. Mais M. Debove est disposé à admettre que, dans ce cas, la déchirure a été produite par la main de l'anatomiste qui a fait l'autopsie. Dans toutes les autres observations, on n'a point trouvé de rupture des chylifères.

La compression du canal thoracique par un anévrysme de l'aorte, par exemple, a pu déterminer parfois une injection chyleuse des lymphatiques mésentériques, mais jamais l'ascite chyleuse.

Quant aux lésions des ganglions mésentériques, elles sont si fréquentes qu'il faut évidemment chercher une autre cause aux épanchements chyliformes de l'abdomen. Les faits d'épanchements laiteux de la tunique vaginale du testicule démontrent que de la graisse émulsionnée peut se produire dans les grandes cavités séreuses sans qu'elle provienne directement de l'intestin. M. Debove signale encore à l'appui de sa thèse les observations dans lesquelles on a vu les lymphatiques des membres donner écoulement à un liquide chyliforme, sans qu'il soit possible d'admettre en aucune façon un reflux de chyle.

Il croit pouvoir conclure de tous ces faits qu'il peut se produire dans l'économie, notamment dans les cavités séreuses, de la graisse émulsionnée qui ne provient ni d'une transformation des globules du pus, ni d'un épanchement de chyle. D'où provient-elle ? De quelle transformation est-elle le résultat ? M. Debove l'ignore, et s'abstient de toute hypothèse. Il est assez difficile, dans l'état actuel des choses, d'indiquer par quels caractères anatomiques, étiologiques et cliniques ces épanchements chyliformes diffèrent des autres épanchements. Cependant on peut, dès à présent, indiquer certaines particularités intéressantes : ces épanchements sont jaunâtres, assez fluides, ressemblent à un looch ; par le repos, il se forme à leur surface une couche crémeuse. Au microscope, on reconnaît qu'ils doivent leur apparence à un grand nombre de fines granulations graisseuses. Ils peuvent contenir des cristaux de cholestérine. Les causes qui peuvent être invoquées sont le froid, le traumatisme, la tuberculose, les maladies du cœur. Au point de vue clinique, on est surtout frappé de l'abondance du liquide épanché, de la rapidité avec laquelle il se reforme. Dans toutes les observations, la maladie s'est terminée par la mort. Les guérisons paraissent n'être que temporaires.

M. HÉRARD a eu l'occasion de suivre un homme d'une soixantaine d'années, qui a d'abord été atteint d'une bronchite, puis d'une pleurésie droite avec un épanchement qui nécessita la thoracentèse, et il fut très-bien guéri dans l'espace d'un mois. Trois mois après, nouvel épanchement et nouvelle thoracentèse. L'année suivante, nouvelle pleurésie, nouvelle ponction donnant issue à un liquide d'apparence purulente. En 1880, cet homme se présente de nouveau à l'hôpital avec un épanchement nécessitant encore la thoracentèse ; le liquide sort mal ; il est blanc, crémeux. M. Talamon l'examine au microscope et y reconnaît la présence de globules de pus et de sang, de graisse. Le malade se remit très-rapidement cette fois comme les autres. Le 4 mai de cette année, il revient avec du liquide épanché jusqu'en haut de la poitrine. La ponction fait sortir 2,900 grammes d'un liquide en apparence purulent, crémeux, épais, contenant une grande quantité de leucocytes altérés, de granulations fines, réfringentes, graisseuses. Jamais, dans ce liquide, on n'a trouvé d'organismes inférieurs.

M. ÉDOUARD MOUTARD-MARTIN. Il a été communiqué à la Société clinique un fait d'ascite graisseuse dans lequel le liquide extrait est identique à celui dont a parlé M. Debove.

Traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le sulfate de quinine et le salycilate de soude. — M. HALLOPEAU fait sur ce sujet une communication. (Sera publié.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les vacances d'un médecin (1)

Par M. le docteur E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. E. Guibout, à qui la science est redevable de l'ouvrage important et très-estimé, que tout le monde connaît, sur les maladies de la peau, vient de publier un nouveau livre, à la fois médical et littéraire.

La partie médicale de ce livre est consacrée à l'étude des eaux minérales.

« Les eaux thermales, nous dit l'auteur, sont devenues un des besoins, une des habitudes de notre époque. Or, presque toutes se trouvent dans les pays les plus pittoresques, dans les Pyrénées, dans les Alpes, en Dauphiné, en Savoie, en Suisse. Avant d'y envoyer ses malades, il est bon que le médecin les ait visitées et étudiées sur place ; c'est ce que nous avons fait. Elles ont été l'occasion, l'attrait du plus grand nombre de nos voyages, et, comme nous étions en vacances, nous n'avons pas résisté à la tentation d'admirer et de décrire les beautés naturelles au milieu desquelles jaillissent ces sources de la santé. »

M. E. Guibout nous fait visiter, de la manière la plus agréable et la plus savante en même temps, un très-grand nombre de

(1) In-12. Paris, G. Masson.

stations balnéaires. Il parcourt dans toute sa longueur, de Biarritz à Amélie-les-Bains, la belle chaîne des Pyrénées, et s'arrête successivement aux Eaux-Bonnes, aux Eaux-Chaudes, à Cauterets, à Saint-Sauveur, à Barèges. Il consacre un chapitre tout entier à la vallée d'Amélie-les-Bains dont il nous donne une description des plus attrayantes, et dont il fait ressortir toute la valeur, comme station d'hiver.

Il visite ensuite les Alpes françaises du Dauphiné et de la Savoie; il s'occupe tout particulièrement des eaux d'Allevard, dont l'importance grandit tous les jours et qui sont de plus en plus fréquentées. Il conduit ses lecteurs à Aix-les-Bains, à Marlioz, à Evian, à Amphion, à Salins-de-Moutiers, à Brides-les-Bains et à Saint-Gervais, si remarquable par la vertu de ses eaux et par son admirable situation au pied du Mont-Blanc.

Après s'être arrêté dans la station hydrothérapique de Divonne, il nous mène dans les régions les plus reculées et les moins connues de la Suisse, à Pfœffers, à Ragatz, à Tarasp, à Saint-Moritz. Il décrit avec un soin tout spécial et une sage appréciation clinique la vallée de Davos, si vantée, depuis quelques années, comme station d'hiver, pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans cette étude rapide d'eaux et de stations si diverses où les malades vont chercher la santé, M. E. Guibout ne commet pas la faute de tant de médecins, dont la plume intéressée les vante toutes comme des panacées universelles; loin de là, il s'attache au contraire à signaler et à faire ressortir les inconvénients et les dangers que présentent un grand nombre de ces eaux, surtout lorsqu'il s'agit des maladies de la peau.

Telle est, en quelques mots, la partie médicale de ce livre.

La partie purement littéraire a plus d'étendue. C'est la description, toujours élégante et poétique, des beautés naturelles, artistiques et archéologiques des pays qui offrent le plus d'attrait à ceux qui ont l'humeur voyageuse.

Dans la vieille Bretagne, M. E. Guibout nous promène au milieu des dolmens et des menhirs de Carnac et des îles du Morbihan; il nous montre ce que les mœurs bretonnes ont su conserver encore de leur primitive et naïve simplicité.

En Belgique, en Italie, à Anvers, à Milan, à Venise, à Florence, à Rome et à Naples; dans les montagnes et les mines de sel du Tyrol; sur le Danube; dans les villes de la Hongrie; c'est toujours le touriste aux tableaux saisissants et enthousiastes. Écoutons-le nous décrire son arrivée à Constantinople par le Bosphore :

« Au-delà de Pesth, lorsqu'on a traversé, pendant quatre jours de suite et autant de nuits, des contrées à demi sauvages, où la nature est tantôt monotone et agreste, comme dans les plaines de la Hongrie et de la Serbie, et tantôt grandiose et terrible, comme aux Balkans, à Orsova et aux Portes de Fer du Danube; lorsqu'on a parcouru les marécages de la Bulgarie, peuplés d'immenses troupeaux de buffles à la tête hideuse, et lorsqu'après avoir été, pendant une vingtaine d'heures, bercé par le nauséeux roulis de la mer Noire, on arrive enfin dans le Bosphore, on se sent saisi d'une de ces émotions trop vives pour être décrites : mélange délicieux et indéfinissable de bonheur et d'admiration; véritable ravissement qui, de Buyuck-Déré à la Pointe du Sérail, dans une étendue de sept lieues, se renouvelle incessamment à chacun des détours de cette merveilleuse rivière, dont les golfes si gracieusement arrondis, dont les eaux si pures, si mouvantes et si bleues, dont les rives émaillées de tant de jardins, de kiosques et de palais de marbre, vous amènent, de surprise en surprise, jusqu'à la Corne-d'Or et jusqu'à ces magnifiques hauteurs de Stamboul et de Péra, hérissées de tours, de minarets et de coupoles... »

Écoutons-le encore nous raconter une nuit d'été dans les mers de l'Orient :

« ..... A cette splendide soirée succède une de ces nuits si belles que leur charme enchanteur est comme un de ces songes dorés dont la douce ivresse apporte avec elle tant de bonheur que l'esprit fasciné se demande si ce n'est pas un rêve!

« Non, ce n'était pas un rêve; aucune illusion n'abusait nos sens; nous assistions bien réellement à une scène magique qui défie toute description, et qu'aucun pinceau ne saurait rendre.

« La mer était phosphorescente : on eût dit que nous voguions sur une fournaise ardente; le paquebot laissait derrière lui un long sillage de feu; tout autour de nous jaillissaient, sans fin, des gerbes d'étincelles, brillaient des millions de rubis, scintillaient des myriades de diamants; le ciel était constellé d'étoiles; l'air était pur et d'un calme admirable; tout se taisait... c'était le silence de la contemplation et du ravissement... »

Laissons le lecteur sous l'impression de ces poétiques images qui lui donneront, sans nul doute, le désir de lire ce livre, écrit avec une verve intarissable et qui peut être lu indistinctement, comme nous le dit l'auteur, et par les médecins et par les personnes les plus étrangères à l'art de guérir.

Docteur Passant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

206. M. Le Bailly. Étude clinique sur la névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux chez la femme. — 207. M. Payot. Du mal de montagnes. — 208. M. Bayou. Considérations sur l'hématocèle intra-testiculaire. — 209. M. Balleyguier. Du traitement de la pharyngite granuleuse par l'ignipuncture. — 210. M. Lévêque. (Joseph). De l'éruption des dents au point de vue de son mécanisme et des accidents qu'elle occasionne. — 211. M. Ferrand (Gabriel). De la curabilité relative de l'épilepsie, à la Salpêtrière. — 212. M. Ameline. Des tumeurs fibreuses de l'utérus considérées au moment de l'accouchement. — 213. M. Bonescuelle de Lespinois. Quelques observations sur la fièvre typhoïde dans les pays intertropicaux (Martinique) et ses rapports avec l'impaludisme. — 214. M. Gourjon. Contribution à l'étude de la rhinite chronique simple et des rhinites diathésiques. — 215. M. Levot. Des lésions syphilitiques du rachis. — 216. M. Marly. Contribution à l'étude de l'héméralopie dans les affections hépatiques. — 217. M. Ridel-Saillard. De la cachexie pachydermique. — 218. M. Boguier. Étude sur la kératite à hypopion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'adjuvat près la Faculté de médecine de Paris s'est terminé le lundi 23 mai 1881. Les candidats qui avaient eu à traiter — comme nous l'avons déjà dit — pour la question écrite : le périoste, anatomie et physiologie; ont eu comme épreuves orales d'anatomie : 1° œsophage, — 2° nerf maxillaire inférieur, — 3° artères de l'encéphale; et enfin comme épreuve de dissection : 1° Région axillaire, — 2° région carotidienne.

A la suite de ces diverses épreuves ont été nommés : 1° *aides d'anatomie* : MM. Bayette, Walther, Verchère, Delapersonne, Leclerc, Pousson, Berne et Guinard. — 2° *Aides provisoires* : MM. Tuffier, Chaput, Clado et Damelix.

— Par décision du Préfet de la Seine les médecins et chirurgiens titulaires et suppléants des hôpitaux de Paris seront désormais, à titre de représentants de l'État civil, appelés à constater les décès dans les établissements hospitaliers auxquels ils appartiennent.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Par décret en date du 28 mai 1881 sont nommés : M. Chrétien, professeur de médecine opératoire; M. Heydenreich, professeur de pathologie externe.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Jourdan, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, est chargé, d'un cours complémentaire de zoologie et histologie.

M. Morgues, docteur ès sciences physiques, est chargé, d'un cours complémentaire de chimie industrielle.

M. Pauchon, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, est chargé, d'un cours complémentaire de botanique.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Ladrey, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer par M. Forquignon, docteur ès sciences.

— M. Medon, docteur en médecine, chef de clinique au Val-de-Grâce, est chargé d'une mission en Égypte et en Algérie, à l'effet d'étudier expérimentalement les helminthes et parculièrement les tænias de l'homme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, par le docteur Paul Richer, ancien interne, lauréat des hôpitaux, précédé d'une lettre-préface de M. le professeur J.-M. Charcot. 1 vol. in-8° avec 10 figures dans le texte et 9 figures à l'eau forte. — Prix : 19 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des dyspepsies gastro-intestinales, clinique physiologique, par le professeur Germain Sée. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'action de l'acide phénique sur les fébricitants, par le docteur Van Oye. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses, par le docteur Verneuil. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Recherches cliniques expérimentales sur la tête du fœtus, au point de vue obstétrical, par le docteur Labat. In-8°, avec 7 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques, par le docteur d'Astros. In-8°. — Prix : 3 francs — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Instruction pratique sur les maladies vénériennes à l'usage des gens du monde et de la jeunesse en particulier, par le docteur G. Darin. In-18. — Prix : 50 centimes. — Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11263.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La rage et les microzymas ont fait tous les frais de cette séance.

M. Pasteur et ses collaborateurs, MM. Chamberland, Roux et Thuillier, dans leurs recherches sur la rage, sont parvenus à reconnaître la virulence contestée ou mise en doute jusqu'à présent des diverses parties de l'organe encéphalique et à inoculer avec certitude la maladie en diminuant et régularisant en quelque sorte la période d'incubation. Il y aura certainement un grand intérêt à suivre ces expériences et à voir où en arriveront sur ce grave sujet ces habiles expérimentateurs.

M. Béchamp est venu ensuite à la tribune exposer le résultat de ses études sur les ferments et les fermentations de l'urine au point de vue physiologique et pathologique. On trouvera dans le compte-rendu les conclusions qui résument sa dissertation.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre correspondant dans la deuxième division (chirurgie). Parmi les chirurgiens distingués portés sur la liste de présentation, le choix de l'Académie s'est fixé sur l'un des vétérans de la chirurgie lyonnaise, M. Desgranges, sanctionnant ainsi le jugement de la commission d'élection qui l'avait présenté en première ligne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PINARD.

Rétrécissement du bassin; indications.

I

Après avoir fait l'étude anatomique et le diagnostic des rétrécissements du bassin, nous allons aborder aujourd'hui un chapitre des plus intéressants : celui des indications que présentent ces rétrécissements.

Je dois vous dire tout d'abord que nous pouvons assimiler à ce point de vue les rétrécissements portant sur le diamètre promonto-pubien minimum, et sur le diamètre bischiatique ; j'ajouterai même que, dans quelques cas, avec un rétrécissement égal, vous éprouverez plus de difficultés, contrairement à ce qu'on pourrait croire, à introduire la main et les instruments, lorsque l'angustie siégera au niveau du détroit inférieur, que lorsqu'elle siège au niveau du détroit supérieur.

La conduite à tenir est subordonnée au degré du rétrécissement. Nous allons donc étudier successivement les indications, suivant que l'étendue du diamètre rétréci variera entre 9 et 11 centimètres, ou entre 8 et 9 centimètres, ou entre 7 et 8 centimètres, ou enfin sera au-dessous de 7 centimètres.

Avant d'entrer dans les détails de cette étude, je dois à la vérité de dire que les grandes lignes de ce chapitre, si important au point de vue pratique, ont été tracées magistralement par Paul Dubois dans sa thèse de concours. Ce que je vais vous exposer ne sera en somme que le résumé des idées de cet illustre accoucheur, bien que la division des rétrécissements que je viens d'admettre ne soit pas en tout conforme à la sienne.

Maintenant, entrons dans le cœur de notre sujet, et examinons la première catégorie, celle où le *diamètre le plus rétréci varie entre* 9 *et* 11 *centimètres*.

Et d'abord ces rétrécissements sont-ils souvent diagnostiqués ? Vous devez vous rappeler l'opinion que j'émettais dans mes dernières leçons, et que je répète aujourd'hui : pour ma part, je crois qu'ils le sont rarement. Mais supposons le diagnostic fait, quelle sera votre conduite ?

Ici il faut prendre les différents cas qui peuvent se présenter à vous dans la pratique. Ou la femme est *vierge*, ou elle est *enceinte*, ou elle est en *travail*.

Dans le premier cas, on vient vous consulter pour savoir si le mariage avec toutes ses conséquences ne créera pas pour la femme une situation dangereuse. Votre réponse est facile et peut être catégorique. Vous rappelant les dimensions des diamètres de la tête du fœtus à terme, sachant que ceux qui viennent se mettre en rapport avec les diamètres pelviens rétrécis dépassent exceptionnellement 9 centimètres, vous dissiperez les craintes en exposant que, dans ces conditions, l'accouchement à terme est la règle.

Mais ce n'est plus pour une jeune fille, c'est pour une femme enceinte que l'on vient vous consulter. Vous devez encore établir une distinction selon que la femme est primipare ou multipare. Primipare? vous la laisserez aller à terme d'après ce que nous avons dit tout à l'heure; multi-

pare? vous vous renseignerez sur les accouchements antérieurs, et, si ces derniers ont été pénibles de par le rétrécissement, si la mère ou l'enfant ont couru des dangers, il sera d'une sage pratique de provoquer l'accouchement qui n z jours au moins avant le terme.

Dans un troisième cas, la femme est non-seulement enceinte, mais à terme et en travail. Que faire? La présentation est celle du sommet. Ou l'enfant est *mort*, ou il est *vivant*.

Si vous avez constaté sûrement, certainement, la *mort de l'enfant*, de deux choses l'une : ou la tête est engagée, et vous vous conduirez comme si l'enfant était vivant, car la dilatation se fera régulièrement; ou la tête reste au-dessus du détroit supérieur malgré les contractions utérines, et alors, vous rappelant combien dans ces circonstances la dilatation est longue et pénible, vous rappelant, de plus, surtout, que, plus le travail est long, plus les suites de couches pathologiques sont à craindre, vous pratiquerez la craniotomie dès que la dilatation de l'orifice utérin permettra le passage des instruments, et, quand la dilatation sera complète, vous terminerez par une application de forceps, si cela devient nécessaire.

L'enfant est vivant. Il faut attendre que l'orifice utérin soit dilaté ou dilatable, et sous aucun prétexte il ne faut avoir recours à la dilatation forcée, que la tête soit engagée ou non. C'est seulement dans les cas où un accident survient et menace soit l'organisme maternel, soit l'organisme fœtal, que l'on est autorisé à pratiquer sur les bords de l'orifice encore incomplètement dilaté de petites incisions de quelques millimètres, soit à l'aide de ciseaux courbés sur leurs bords, soit à l'aide d'un bistouri boutonné et courbé en forme de faux. Mais, je le répète, ces cas sont excessivement rares.

Quand l'orifice est dilaté ou dilatable, et que la tête ne descend pas dans l'excavation, il faut faire une application de forceps. Si une première application n'a pas réussi à entraîner la tête en raison du volume exagéré de cette dernière, il faut attendre, tout en surveillant avec le plus grand soin l'état de la mère et l'état de l'enfant; la tête, sous l'influence des contractions, s'accommodera, et, une heure, deux heures après la première tentative infructueuse, une seconde sera couronnée de succès. C'est là une méthode que préconisait déjà Paul Dubois et sur laquelle le professeur Pajot insiste tout particulièrement.

Si toutefois, après ces tentatives réitérées, l'engagement ne se produisait pas, si l'état général de la mère devenait mauvais, si le pouls s'accélérait, si la température s'élevait rapidement, si la langue devenait sèche, il n'y aurait plus à temporiser : il faudrait pratiquer la craniotomie. Mais ces cas sont exceptionnels, car ils ne se produisent que lorsque le volume de la tête fœtale est tout à fait exagéré,

Lorsque l'enfant se présente par la *face* et que l'engagement n'a pas lieu, Paul Dubois conseillait de transformer, à l'aide de la main, la présentation de la face en présentation du sommet. Cette modification paraît d'une exécution facile; elle est, je vous l'affirme pour l'avoir essayée plusieurs fois, extrêmement difficile, sinon impossible à obtenir. Aussi je vous conseille de pratiquer une application de forceps ou la version podalique par manœuvres internes, quand la dilatation sera suffisante.

Pour ce qui est des présentations du *siège* et du *tronc*, les indications sont à peu près les mêmes que lorsque vous êtes en présence d'un bassin normal.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Fièvre herpétique. — II. Néphrite tuberculeuse.

I. Au n° 33 de la salle Saint-Luc nous avons un garçon qui est malade depuis douze jours, et dont l'état morbide doit se décomposer en deux périodes.

La première période a été caractérisée par une fièvre herpétique, avec malaise, courbature, céphalalgie, quelques petites vésicules d'herpès sur les lèvres, tous symptômes insuffisants cependant pour l'empêcher de travailler. Ces symptômes duraient depuis une semaine, lorsqu'il y a quatre jours son état a complètement changé de face; il a éprouvé des frissons, un mal de tête plus continu, en même temps il perdait tout appétit, il avait quelques épistaxis, un peu de diarrhée. C'est alors qu'il a été forcé de prendre le lit; le premier jour il a été purgé.

Aujourd'hui, comme vous avez pu le constater à la visite, il est en proie à une grande courbature, il a des étourdissements; son faciès exprime la stupeur; le pouls est dépressible, dicrote, peu fréquent, la température n'est pas très-élevée, 38°,5. Du côté de la poitrine nous ne trouvons rien.

La langue est blanche, le ventre est sensible à la pression, il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, enfin on n'aperçoit aucune tache rosée lenticulaire.

L'état actuel ressemble donc soit à un embarras gastrique, soit au début d'une fièvre typhoïde qui serait venue s'enter sur une fièvre herpétique, celle-ci restant bien la maladie primitive.

Le diagnostic, lorsque les accidents sont aussi peu accentués, est assez embarrassant. Mais nous avons eu l'occasion de voir plusieurs fois la fièvre typhoïde débuter secondairement dans le cours d'une autre affection qui préparait alors, pour ainsi dire, le terrain sur laquelle la maladie typhique allait se développer.

C'est ainsi que, dans un certain nombre de cas, nous avons vu la fièvre typhoïde apparaître pendant le cours d'une bronchite, d'une grippe, d'une pneumonie, quelquefois même à la suite d'un traumatisme en cours de traitement. Aussi n'est-ce que lorsque l'on a fait avec soin le départ de la première maladie que l'on comprend la succession des faits qui surviennent secondairement.

J'ai tenu à m'expliquer à ce sujet, car, si l'évènement venait à infirmer mon diagnostic, cela ne prouverait pas qu'il n'en soit pas ainsi, chez un certain nombre de malades. Le fait est d'autant plus important pour le pronostic que, si c'était un simple embarras gastrique, notre jeune garçon serait guéri dans quelques jours. Si, par contre, nous sommes bien en présence d'une fièvre typhoïde, comme elle ne ferait que commencer, nous avons devant nous un assez long temps à attendre avant qu'elle entre en décroissance. Je parle, bien entendu, en dehors de la question de gravité ou de bénignité ainsi que des complications toujours possibles dans la fièvre typhoïde, tandis qu'elles sont à peu près nulles dans l'embarras gastrique.

II. Le second malade, dont je veux vous parler aussi aujourd'hui, est une femme chez laquelle nous trouvons une association assez insolite d'accidents différents.

Cette femme est amaigrie, un peu cyanosée; les traits tirés expriment des souffrances profondes, elle est œdématiée, elle souffre d'une oppression caractéristique d'un état

cardiaque ou d'une phthisie avancée. Cependant l'examen du cœur ne nous montre aucune altération organique, et l'auscultation de la poitrine ne dénote rien aux poumons. Du reste, nous allons y revenir.

Mais l'examen des urines nous fait voir que cette femme est albuminurique, bien qu'elle n'en ait pas l'aspect, que la face ne soit ni pâle ni bouffie.

Du côté du cœur un changement de rhythme, un bruit de galop aurait pu faire croire à une lésion cardiaque, erreur facile à commettre, si l'on ne savait que ce bruit accompagne fréquemment la néphrite interstitielle. L'hypertrophie avec dilatation du cœur, que nous constatons seulement, ne se rapporte pas à une lésion des orifices, mais à une affection rénale. Si le cœur est dilaté, les contractions sont affaiblies, les impulsions peu énergiques, le pouls n'est pas tendu, et, grâce à l'état cachectique, il existe une asystolie secondaire.

Cependant son faciès est étrange; de plus, la colonne vertébrale est complètement déviée, déviation récente, dit-elle, et progressive. La grande courbure est inclinée vers le côté gauche, elle a une flèche de 2 à 3 centimètres et occupe toute la région dorsale.

Cette femme n'est pas rachitique, il n'y a pas eu chez elle de traumatisme qui puisse motiver cette déformation. Mais il y a douze ans et demi, en 1868, elle a eu une pleurésie du côté gauche dont l'épanchement a persisté pendant longtemps, des adhérences se sont formées qui ont été le point de départ de cette déviation.

Notre malade est-elle phthisique? Si l'on examine avec grand soin la poitrine, du côté droit, l'on ne trouve rien qu'un peu d'emphysème, accident secondaire d'origine cardiaque. Du côté gauche, le poumon affaissé par l'épanchement pleurétique rend le diagnostic difficile. L'auscultation et la percussion ne donnent que très-peu de chose : une petite différence de sonorité et une diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire, phénomènes qui peuvent parfaitement s'expliquer par la déformation de la poitrine.

Mais peut-être aussi existe-t-il quelque caverne pulmonaire centrale, dont la présence dans un semblable poumon pourrait ne donner lieu à aucun signe particulier. L'absence de signes stéthoscopiques ne signifie donc rien ici.

De plus, la malade a toutes les apparences d'une cachexie tuberculeuse profonde, cachexie que l'on rencontre aussi marquée quelquefois chez des individus dont les poumons ne renferment que de petites granulations, et qui sont devenus tuberculeux à la suite d'une pleurésie. Dans d'autres cas la tuberculose se porte sur les reins; de là une néphrite, se compliquant d'accidents cardiaques.

C'est donc seulement par une analyse minutieuse des faits que l'on peut arriver à un diagnostic d'abord, à un pronostic ensuite.

Si donc il existe seulement une néphrite catarrhale, on peut espérer la guérison; si c'est une néphrite interstitielle, la maladie pourra être enrayée, suspendue; le malade pourra se trouver amélioré, mais il ne guérira pas; enfin, s'il s'agit d'une néphrite tuberculeuse, nulle guérison n'est possible, toute amélioration est difficile, et la terminaison la plus probable que nous ayons à redouter sera une mort rapide.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

PAR LE CALOMEL, LE SULFATE DE QUININE ET LE SALICYLATE DE SOUDE.

Par M. le docteur Hallopeau.

M. Hallopeau expose les résultats que lui a donnés le traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le sulfate de quinine et le salicylate de soude dans les 44 cas où il l'a employé depuis sa première communication sur ce même sujet (août 1880). On peut voir inscrits sur les tracés qu'il présente à la Société médicale des hôpitaux les effets antipyrétiques de ces agents. Ordinairement peu prononcés, si ce n'est dans quelques cas, après l'ingestion du calomel, ils se manifestent presque constamment avec intensité quand le sulfate de quinine a été administré à la dose de 1g,50 ou de 2 grammes, sans que le malade en éprouve aucun inconvénient; l'abaissement thermique atteint fréquemment dans ces conditions 1 degré et demi ou 2 degrés. Un gramme du même médicament n'est pas aussi constamment efficace; il est habituel cependant de le voir agir également sur la température ou tout au moins contribuer à rendre durable une amélioration produite antérieurement.

2 grammes de salicylate de soude, administrés dans les vingt-quatre heures, suffisent dans la plupart des cas à modérer la réaction fébrile; on voit alors, tantôt le premier, tantôt le second ou le troisième jour de cette médication, se produire un abaissement qui varie de quelques dixièmes de degré à 1 ou 2 degrés; d'autres fois l'absence d'ascension vespérale indique seule l'action thérapeutique. Dans quelques cas, aucun effet ne s'étant produit, M. Hallopeau a porté la dose à 3 grammes, mais il a eu soin de la ramener à 2 grammes dès qu'un abaissement s'est produit, de changer la médication quand cet abaissement a fait descendre brusquement la courbe jusqu'au voisinage de la normale, et de ne la continuer dans aucun cas plus de trois jours de suite. Sa pratique peut être résumée de la manière suivante : 1g,50 de calomel le premier jour du traitement et 0g,50 ou 1 gramme le deuxième jour si les évacuations ne sont pas trop fréquentes; puis, alternativement, sulfate de quinine à la dose d'abord de 2 grammes ou 1g,50, suivant l'intensité de la réaction, puis de 1 gramme pendant trois jours; salicylate de soude à la dose d'abord de 3 grammes, puis de 2 grammes les trois jours suivants, et ainsi de suite jusqu'à cessation complète de la fièvre. Ce dernier médicament est contre-indiqué dans les cas où les malades ont de la dyspnée, des hémorrhagies ou du délire; il peut, par lui-même, provoquer ces accidents si on le donne à trop fortes doses (plus de 3 grammes) ou pendant trop longtemps.

L'acide phénique, recommandé par M. Desplats, agit comme le salicylate de soude et doit être manié avec la même réserve. Comme lui, il exerce une action puissante, mais passagère, sur la température; comme lui, il provoque une abondante diaphorèse; comme lui, il paraît, à doses trop fortes, aggraver la dyspnée et les accidents cérébraux. M. Hallopeau en donne avec avantage 1 gramme par jour, en deux lavements, concurremment avec les médicaments précités.

Sur quarante-quatre cas ainsi traités, il y a eu cinq décès, dont deux ont été amenés par une perforation tardive de l'intestin, deux par des accidents cérébraux, un par une pneumonie (dans ce dernier cas on n'avait pas donné le salicylate). Chez presque tous les malades, les traits n'ont été que peu altérés, la langue est restée humide, les forces étaient relativement bien conservées; il n'y a pas eu d'eschare; la convalescence s'est prolongée peu de temps quand elle n'a pas été entravée par une rechute. L'absence d'adynamie prononcée peut s'expliquer par le peu d'intensité de la consomption fébrile, et aussi par ce fait que les malades ont tous ingéré quotidiennement au moins 2 et souvent 3 ou 4 litres de lait, sans préjudice du bouillon. Ce sont là les vrais toniques.

M. Hallopeau n'emploie les bains froids qu'exceptionnellement, dans les cas où l'hyperthermie résiste aux moyens internes, et il croit pouvoir dire, en retournant une proposition formulée naguère par M. Libermann : On peut prévoir dès aujourd'hui que les antipy-

rétiques internes remplaceront avec avantage, dans la plupart des cas de fièvre typhoïde, la réfrigération directe par l'eau froide.

OPHTHALMOLOGIE

I. Kyste dermoïde de la queue du sourcil. — II. Emphysème des paupières et de l'orbite. — III. Granulomes et gommes de l'iris.

I. L'enfant Louis M..., âgé de vingt mois, présentait, à l'angle externe de l'orbite du côté droit, une petite tumeur qui commençait à s'accroître depuis quelques semaines d'une façon assez appréciable.

La mère raconte avoir remarqué l'existence de la tumeur vers les premiers jours de la naissance. La tumeur avait alors la grosseur d'un petit pois. Elle conserva assez longtemps ce volume, puis elle augmenta progressivement. Elle a acquis rapidement le volume d'une noisette.

La tumeur était lisse, arrondie, glissant sous la peau, très-dure à la pression, indolore et incompressible, ne changeant point de couleur pendant les cris de l'enfant. La peau n'avait aucune adhérence à la tumeur, mais il semblait que celle-ci, dans la profondeur, était plus ou moins adhérente à l'os.

Je diagnostiquai un kyste, dermoïde ou sébacé, et je proposai l'extirpation de la tumeur, ce qui fut immédiatement accepté. Je fis une incision un peu courbe de la peau, dans la direction du rebord orbitaire, puis je disséquai le kyste avec soin jusqu'à son pédicule sur le périoste même; le kyste était très-tendre, et les pinces ne pouvaient en saisir l'enveloppe. Il semblait même aussi que le kyste s'était creusé une dépression légère au niveau de l'os. Je sectionnai avec soin toutes les adhérences du kyste à ce niveau et je plaçai trois sutures avec un fil de soie très-fin. Pansement antiseptique.

Le lendemain soir, les sutures furent enlevées; la réunion était complète. Huit jours après, toute trace de l'opération avait disparu. Depuis le mois de mai 1880, la guérison s'est maintenue, et il n'y a aucune menace de récidive.

Le kyste renfermait de la matière sébacée et un grand nombre de petits poils semblables à ceux du sourcil, flottant librement dans la matière blanchâtre et grumeleuse qui remplissait le kyste. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde tel qu'on en observe ordinairement dans cette région. On sait que ces kystes dermoïdes sont congénitaux et se forment à la suite d'un vice de développement par une fusion anomale des branches des arcs branchiaux qui doivent combler la fente branchiale ou pharyngienne supérieure. Un repli cutané ainsi pincé forme la paroi du kyste et continue à sécréter ses produits ordinaires, cellules épidermiques, matière sébacée, poils, etc., qui s'accumulent dans le kyste et le distendent.

On comprend dès lors que, dans ces cas, il est important de bien détruire le fond du kyste, adhérent au périoste, pour qu'une nouvelle cavité ne se reproduise pas en conservant les mêmes propriétés de sécrétions cutanées, ce qui amènerait des récidives successives.

Un kyste contenant absolument les mêmes produits, mais de volume plus considérable (grosseur d'une prune), a été enlevé chez une jeune fille de vingt ans, par M. le docteur Brière (du Havre) qui en a publié l'observation (*Annales d'oculistique*, 1877, page 34).

Les kystes sébacés simples des paupières sont plus fréquents que les kystes dermoïdes; ils n'ont pas la même origine congénitale et par suite occupent un siège plus variable. Ils n'ont pas de pédicule adhérent à l'os et sont plus facilement et plus complètement énucléés que les kystes dermoïdes, congénitaux, de la partie externe de l'orbite.

II. Le nommé B..., cocher de fiacre, âgé de quarante ans, se présente à la clinique de M. de Wecker, le 13 décembre 1879. Il raconte que, la veille, à minuit, il est tombé sur le sol, en descendant de son siège, et que, dans sa chute, il s'est heurté la tête sur la poignée de la portière de sa voiture. Le choc a porté sur la moitié gauche du front et du nez. Pas de fracture sensible ni de plaies autres qu'une petite écorchure au niveau des sourcils.

L'œil gauche présente une exophthalmie considérable. La paupière supérieure est fortement gonflée et tendue. Au toucher on sent une crépitation particulière, caractéristique de l'emphysème. (On a comparé cette sensation à celle que l'on éprouve en écrasant de la neige durcie.) La paupière inférieure est également gonflée par l'emphysème. Léger strabisme divergent.

Le gonflement et le strabisme s'accentuent lorsqu'on fait moucher le malade. Celui-ci se plaint même, à certains moments, de diplopie. Rien du côté de la pupille ni du côté de la vision. Le malade est emmétrope, et son acuité visuelle, même de l'œil gauche, est normale $V = 1$.

Pour tout traitement on applique des compresses froides et le bandeau compressif.

Le lendemain, le malade revient à la consultation; l'emphysème existe encore et donne toujours la même sensation, absolument semblable à celle de l'emphysème chirurgical. Lorsque le malade se mouche assez fortement, il fait encore augmenter l'emphysème; mais il prétend que cette expérience lui cause une certaine douleur. Même traitement.

Deux jours après, la guérison est complète.

III. Au mois de décembre 1879, on amena à la clinique de M. de Wecker une petite fille, âgée de douze ans, qui présentait à l'œil droit des granulomes de l'iris. Il s'agissait de petites tumeurs jaunâtres envahissant en trois points l'épaisseur de l'iris et ayant à peu près la forme d'un petit grain ou noyau ovale et aplati. Ces petites tumeurs envahissaient le tissu même de l'iris; elles faisaient une légère saillie en avant dans la chambre antérieure. Le reste de l'iris paraissait sain; mais au niveau des noyaux la cavité de la chambre antérieure était un peu diminuée. Rien d'anomal du côté de la cornée. L'humeur aqueuse était transparente; pas trace d'hypopion.

L'aspect de la lésion inspira à notre maître des soupçons confirmés aussitôt par l'état caractéristique des dents de la fillette. Les dents, et notamment les incisives inférieures et supérieures, présentaient des cupules noires inégales et irrégulières où l'émail manquait; d'autre part, l'émail faisait des saillies près des gencives. Ces altérations des dents sont d'origine syphilitique, et elles indiquaient une syphilis héréditaire. On tenta de faire adroitement l'interrogatoire de la mère à ce sujet, mais, aux premières questions, cette femme, qui avait déjà couru diverses cliniques de la capitale, devina de quoi il s'agissait et s'emporta sur l'audace qu'avaient « tous ces médecins » de soupçonner sa vertu et celle de son mari dont elle répondait comme d'elle-même. Sur ce, elle disparut et ne revint plus.

— J'avais conservé le souvenir de cette lésion remarquable de l'iris, quand je la reconnus de nouveau au mois de mai dernier, chez un petit garçon âgé de cinq ans.

Cet enfant était atteint aux deux yeux, depuis environ trois semaines, d'abcès multiples de la cornée. Un ulcère de la cornée gauche menaçait même de perforation. Sous l'influence du traitement, ces lésions avaient promptement guéri. Mais, peu de temps après, les deux yeux étaient de nouveau malades et présentaient les symptômes d'une kératite parenchymateuse manifeste. Dans certains points de la cornée la transparence reparaissait, puis des points voisins s'infiltraient, et ainsi de suite du 15 mai au 6 juin C'est alors que je remarquai, sur l'iris des deux côtés, des noyaux parfaitement semblables aux gommes de l'iris. Ces noyaux infiltraient l'épaisseur même de la membrane irienne; les points voisins de l'iris étaient sains. Ces noyaux étaient jaunâtres, un peu plus clairs que la teinte de l'iris, mais à leur niveau l'iris avait perdu son reflet. Il y avait trois noyaux sur l'iris à droite et un à gauche. En aucun temps il n'y avait eu d'hypopion, et en ce moment encore l'humeur aqueuse contenue dans la chambre anté-

rieure était transparente. Ces noyaux ovales étaient bien isolés les uns des autres par des parties iriennes saines. Je pensai qu'il s'agissait là de gommes de l'iris, et que j'avais affaire à une diathèse syphilitique que je redoutais déjà à cause du caractère de la kératite interstitielle. Je me proposais d'adresser quelques questions au père de l'enfant.

Par une singulière coïncidence, ce fut le père qui, ce même jour, me questionna le premier à ce sujet. Il avait remarqué que j'avais ajouté, depuis quinze jours, au traitement de l'enfant une légère dose d'iodure de potassium. Il me demanda alors si je supposais qu'il y eût là de la syphilis. Il avait, jusqu'à ce jour, toujours cru y avoir échappé, bien qu'il eût conservé quelques doutes au sujet de certain « échauffement » contracté au régiment, ayant nécessité son entrée à l'hôpital et ayant été suivi de maux de gorge qui se répétèrent à diverses reprises. C'était tout ce qu'il savait, et cela remontait à une quinzaine d'années. Depuis cette époque il n'avait absolument rien observé. Mais, depuis une dizaine de jours, il éprouvait des maux de tête très-violents et continuels ainsi que des vertiges qui augmentaient tous les jours et qui actuellement lui permettaient à peine de se tenir debout. Enfin, en poursuivant les commémoratifs, je découvris que les deux premières grossesses de sa femme s'étaient, sans cause connue, terminées par des avortements. Le troisième enfant était venu à terme, mais était resté chétif. Enfin le quatrième était notre petit malade.

Malgré l'absence de faits positifs sur l'infection primitive, ces renseignements étaient suffisants pour m'autoriser à administrer un traitement antisyphilitique. C'était le cas de faire un traitement « d'assaut », comme l'appelle M. le professeur Charcot. Je prescrivis au père de fortes doses d'iodure de potassium : il en prit immédiatement 4 grammes, puis 6 grammes par jour, pendant huit jours. Le troisième jour, les vertiges diminuaient ; le huitième, ils avaient disparu tout à fait, mais le malade éprouvait une fatigue générale considérable. Je lui fis cesser le traitement ; depuis ce jour il n'a absolument plus rien ressenti. Il a repris plus tard encore deux grammes d'iodure de potassium pendant quinze jours.

Je prescrivis dès le même jour à mon petit malade du sirop de Gibert. Il en prit, bien entendu avec des intervalles de repos, pendant quatre à cinq mois.

Dès ce jour l'état des yeux s'améliora rapidement ; les gommes de l'iris se résorbèrent sans laisser d'atrophie de l'iris.

De même une éruption intense d'impétigo qui envahissait toute la face, qui avait apparu déjà les années précédentes et qui avait encore compliqué la maladie des yeux, disparut rapidement et ne se reproduisit plus.

Une surdité assez notable, accompagnant un écoulement mucopurulent des oreilles, disparut également.

Depuis six mois l'enfant a un appétit formidable, il a pris beaucoup d'embonpoint et se porte absolument bien. Les cornées ont leur courbure normale ; les cicatrices sont appréciables seulement à l'œil gauche où elles forment une bande verticale blanchâtre, située en dehors du champ de la pupille, de sorte qu'elles ne gênent guère la vision de l'enfant.

Dr A. René,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

THÉRAPEUTIQUE

Mixture contre la stomatite mercurielle.

Alcoolature de cochléaria	10	grammes.
Teinture de quinquina	8	—
Teinture de cachou	4	—
Teinture de benjoin	2	—
Eau de Botot	200	—

Mêlez.

On verse une certaine quantité de cette mixture recommandée par M. le docteur Jules Simon, dans de l'eau chaude, et on se gargarise, matin et soir, pour prévenir le développement de la stomatite mercurielle dans le cours du traitement antisyphilitique. Si, malgré l'emploi de cette préparation, la stomatite se déclare, on prescrit le chlorate de potasse, tant sous la forme de potion que sous celle d'un collutoire. (*Union méd.*)

Traitement de la fièvre de foin ou l'asthme d'été.

M. le docteur Weber (de Philadelphie) considère l'iodure de potassium comme l'agent le plus efficace contre cette affection (appelée encore le hay-fever des Anglais), surtout quand il est accompagné du bicarbonate de potasse et de la jusquiame. Il emploie à cet effet la préparation suivante :

Extrait de jusquiame	0g,75
Iodure de potassium	3 65
Bicarbonate de potasse	7 30
Extrait de réglisse dépuré	14 65
Eau d'anis	101 50

Mêlez.

A prendre par cuillerée à dessert toutes les quatre heures jusqu'à cessation des accès. On doit suivre ce traitement au moins pendant une semaine. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Traitement de l'otorrhée sans lésions osseuses.

M. le docteur Brisson préconise, pour combattre l'otorrhée sans lésions osseuses, le traitement local suivant : instillation dans l'oreille malade, cinq fois par jour environ, de quelques gouttes tièdes d'un mélange composé ainsi qu'il suit :

Hydrate de chloral	3	grammes.
Sulfate d'alumine	5	—
Eau distillée	100	—

Dans tous les cas cités par l'auteur, ces instillations ont guéri l'otorrhée, sinon la surdité, dans l'espace de quelques jours. Ce traitement local doit être accompagné d'un traitement général constitutionnel en vue de prévenir les récidives. (*Annales des maladies des oreilles et du larynx.*)

Traitement du hoquet.

On a généralement préconisé contre le hoquet les antispasmodiques, tels que l'extrait de jusquiame, l'extrait de belladone, le valérianate de zinc, etc.

La formule suivante, due à M. le docteur Park, a donné le plus souvent de bons résultats :

Bromure de potassium	4	grammes.
Teinture de sumbal	2	—
Teinture de jusquiame	4	—
Eau camphrée	50	—

Mêlez.

Elle se donne toutes les deux heures par cuillerée.

Le chloroforme a été recommandé à son tour par M. le docteur Marage sous la forme suivante :

Huile d'amandes douces	60	grammes,
Sirop diacode	30	—
Sirop de menthe poivrée	12	—
Chloroforme	2	—

par cuillerée toutes les trois heures.

Gola a employé avec succès l'acide sulfurique, à la dose de 4 grammes dans 500 grammes d'eau ; Juaritz, l'infusion de moutarde.

Les topiques à l'épigastre et au cou, tels que l'emplâtre belladoné, les pulvérisations d'éther, les injections de morphine, l'acupuncture ou la galvano-puncture, les rhéophores au cou et au diaphragme, etc., doivent être réservés pour les cas les plus rebelles.

Enfin nous citerons Rostan, qui a eu des succès par la compression de l'épigastre, et Peretti par la compression circulaire des poignets. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Traitement de la teigne tondante.

Afin d'éviter l'alopécie et la formation de cicatrices consécutives à l'application de certains médicaments, tels, par exemple, que l'huile de croton pure ou même mitigée, M. Besnier emploie, dans certains cas, le moyen suivant :

Faire raser la tête; savonner le cuir chevelu, matin et soir, et appliquer gros comme une noisette de la pommade ainsi formulée :

Vaseline blanche	48	grammes.
Acide borique	1	—
Soufre sublimé	1	—

M. Besnier a expérimenté aussi la préparation suivante préconisée par M. Malcolm Morris (de Londres) comme parasiticide :

Thymol	2	grammes,
Chloroforme	8	—
Huile d'olive	24	—

Cette préparation, assez irritante pour le cuir chevelu, peut être utilisée comme la précédente. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Injections contre l'ozène.

Borate de soude	6	grammes.
Acide salicylique	4	—
Glycérine	75	—
Eau distillée	90	—

Faire dissoudre.

On étend 2 ou 4 grammes de cette solution dans 230 grammes d'eau à 35°, et on se sert de ce dernier liquide en injection dans les fosses nasales et comme gargarisme dans le cas d'ozène syphilitique.

Quand l'ozène est simplement catarrhal, on peut recourir à la solution suivante :

Borade de soude	50	centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	50	—
Eau distillée	250	grammes.

que l'on injecte dans les fosses nasales. Dans l'intervalle des injections on introduira des mèches de charpie chargées de la pommade suivante :

Iodoforme	50	centigr.
Vaseline	30	grammes.

Mêlez. (*Union médicale.*)

Syphilis, injections sous-cutanées.

Dans la syphilis de l'adulte, M. le docteur Sterne (de Breslau) emploie pour ses injections la formule suivante :

Bichlorure de mercure	25	centigr.
Chlorure de sodium pur	2	grammes.
Eau distillée	50	—

dont on injecte chaque jour 1 centimètre cube. Le seul inconvénient que présente parfois cette méthode, c'est une certaine irritation produite à l'endroit de la piqûre. (*Journal de thérapeutique.*)

Traitement de la cirrhose hépatique.

Eau	240	grammes.
Copahu	12	—
Acide citrique	5	—
Gomme arabique	Q. S.	

Une cuiller à soupe toutes les deux heures, dans la cirrhose confirmée, atténue, dit l'auteur le docteur Dauby, le météorisme, l'hydropisie, les troubles intestinaux et la dysurie. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Riembault (de Saint-Étienne) envoie plusieurs travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national; M. Smester envoie un pli cacheté relatif à quelques expériences sur le mécanisme de la respiration par le nez ou par la bouche (accepté); et M. le docteur L. Sorbets (d'Aire) un mémoire pour le concours du prix Desportes.

PRÉSENTATION

M. Bergeron présente une brochure de M. le docteur Gerlier sur l'épidémie trichophytique de Ferney-Voltaire.

M. Gerlier, dit M. Bergeron, a non-seulement rédigé un travail intéressant au point de vue de l'étude des maladies parasitaires, mais il a de plus rendu au pays où il exerce un service de la plus haute importance en signalant l'existence, dans ces localités, d'une maladie contagieuse méconnue ou négligée jusque-là.

Sur la proposition de M. Bergeron, le travail de M. Gerlier est renvoyé à la commission des épidémies.

COMMUNICATION

Rage. — M. Pasteur adresse une note sur la rage, faite avec la collaboration de MM. Chamberland, Roux et Thuillier.

En rapprochant les symptômes extérieurs de la rage de certaines observations histologiques faites sur le cerveau de personnes ou d'animaux morts de la rage, et en considérant qu'on n'a pas jusqu'à présent communiqué l'affection par l'inoculation du sang des rabiques, on a été porté à penser que le système nerveux central, et de préférence le bulbe, sont particulièrement intéressés et actifs dans le développement du mal. Cependant les expériences récentes de M. Galtier, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, laissent planer une grande incertitude sur le véritable siége d'élaboration du virus rabique. M. Galtier dit avoir inoculé plus de seize fois, et toujours avec le même insuccès, le produit obtenu en exprimant la substance cérébrale, celle du cervelet et de la moelle allongée des chiens.

Les expériences de M. Pasteur et de ses collaborateurs ont été plus heureuses. A diverses reprises, et souvent avec succès, ils ont inoculé le bulbe rachidien et même la portion frontale d'un des hémisphères et le liquide céphalo-rachidien. Dans ces conditions, la rage a eu les durées d'incubation habituelles.

Le siége du virus rabique n'est donc pas dans la salive seule. Le cerveau le contient, et on l'y trouve revêtu d'une virulence au moins égale à celle qu'il possède dans la salive des enragés.

M. Pasteur ajoute que ses collaborateurs et lui sont parvenus, dans leurs expériences, à diminuer considérablement la durée de l'incubation de la rage et à la communiquer à coup sûr, de manière à rendre les résultats beaucoup plus certains et plus faciles à constater.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la deuxième division. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Desgranges (de Lyon); en deuxième, M. Bourguet (d'Aix); en troisième, M. Delore (de Lyon); en quatrième, M. Michel (de Nancy); en cinquième ligne, *ex æquo*, M. Cazin (de Boulogne) et M. Sarrazin (de Bourges).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 31, M. Desgranges a obtenu 41 voix; M. Sarrazin, 9; M. Michel, 6; M. Bourguet, 2; M. Cazin, 2.

M. Desgranges est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

Ferments de l'urine. — M. Béchamp fait une communication sur les ferments et les fermentations de l'urine au point de vue physiologique et pathologique. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les germes atmosphériques ne peuvent pas pénétrer dans la

vessie par le canal de l'urèthre; c'est anatomiquement impossible.

2° En supposant que, par le cathétérisme, des germes de ferments pénètrent dans la vessie, ils ne sont pas la cause de la fermentation ammoniacale de l'urine.

3° Sans nier, mais en affirmant l'existence des microzymas atmosphériques et leur aptitude à évoluer en bactéries, il est certain qu'ils ne sont pas la cause immédiate de la fermentation ammoniacale de l'urine.

4° Des bactéries peuvent exister dans l'urine contenue dans la vessie sans qu'elle y subisse la fermentation ammoniacale.

5° Lorsque l'urine devient ammoniacale dans la vessie, le phénomène est corrélatif de la lésion ou de l'état morbide de quelque partie de l'appareil urinaire ou d'un état diathésique, etc.

6° Le fait que l'urine peut être ammoniacale dans la vessie et que cet état est corrélatif de la présence d'infusoires, tend à démontrer qu'il y a lieu de distinguer fonctionnellement les microzymas dans l'état de santé des microzymas devenus morbides consécutivement à une altération quelconque de l'une des parties de l'appareil urinaire ou à un état général caractérisé.

7° La zymase qui fait fermenter l'urée est le fruit de l'altération morbide de la fonction des microzymas, car tout ferment soluble est sécrété par quelque chose d'organisé, cellule ou microzyma.

8° Les ferments de la fermentation ammoniacale peuvent faire fermenter le sucre et la fécule.

9° Il y a une fermentation acide de l'urine, et les ferments de cette fermentation sont semblables à ceux de la fermentation ammoniacale. Ces ferments agissent aussi sur la fécule ou le sucre de canne.

10° On peut toujours, à l'aide de l'acide phénique ou de la créosote, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, empêcher l'évolution des microzymas de l'urine normale, et, par suite, son altération ammoniacale.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats à une place de correspondant dans la troisième division.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours qui doit s'ouvrir vendredi prochain, 3 juin 1881, pour trois places de médecin du Bureau central, se compose de MM. Guibout, Siredey, Huchard, Descroizilles, Jules Simon, Fauvel, Gallard, Parrot et Marchand.

— *Hospices civils de Rouen.* — Une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 25 août 1881, à trois heures et demie. — Pour les conditions, s'adresser à la direction, enclave de l'Hospice général, à Rouen, avant le 5 août; passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Daumas, dont les obsèques ont eu lieu à Paris hier mardi.

— M. Jules Ogier, docteur ès sciences, commencera vendredi prochain, à dix heures et demie du matin, au Collège de France, salle n° 1, une série de conférences sur les actions chimiques de l'effluve électrique, et les continuera les lundis et les vendredis suivants à la même heure.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 5 juin 1881, dans la forêt de Montmorency. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à sept heures un quart du matin, afin de prendre le train partant de Paris à sept heures trois quarts pour la station de Montmorency. — Le retour s'effectuera par Domont.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste du cours de géologie au Muséum, fera, dimanche prochain 5 juin 1881, à Grignon, Thiberval et Beynes une excursion géologique publique. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare Montparnasse, où l'on prendra à six heures cinquante minutes du matin le train pour la station de Plaisir-Grignon. — On sera rentré à Paris à six heures cinq minutes du soir.

— *Erratum.* — Dans la discussion, à la Société médicale des hôpitaux, du mémoire de M. Debove (*Gaz. des hôp.*, n° 62), M. Hérard a rapporté une observation, dans laquelle M. Talamon (service de M. Hutinel) n'avait trouvé ni globules de sang, ni globules de pus, mais seulement *de la graisse*. On lui a fait dire le contraire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par MM. Armand B. PAULIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, et F. HÉTET, pharmacien en chef de la marine, professeur de chimie légale et de toxicologie à l'École de médecine navale de Brest. 2 volumes in-18 jésus, formant 1350 pages, avec 150 gravures dans le texte et 24 planches en couleur hors texte, exécutées avec le plus grand soin. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

Méthode phéniquée, traitement et guérison du croup et de l'angine couenneuse, par le docteur BERNIER DE BOURNONVILLE. 5e année, 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Trois cas de pustule maligne opérée par le thermocautère, par le docteur Paul FABRE. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11278.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1850 a constitué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nature parasitaire de l'impaludisme.

L'idée de rapporter l'impaludisme à un parasite, à un germe animé, est, comme on le sait, une idée fort ancienne et qui a déjà donné lieu à un grand nombre de recherches restées jusqu'ici stériles. Il était naturel qu'elle fût reprise de nos jours ; on n'y a point failli. Nous ne rappellerons pas les nombreuses recherches qui ont été faites dans cette direction pendant ces quinze ou vingt dernières années. C'est cette même question qui amenait, il y a quelques semaines seulement, M. le docteur Burdel à venir faire à la tribune de l'Académie l'aveu sincère de la stérilité, prévue d'ailleurs, de ses propres recherches faites dans le but de contrôler celles des plus récents expérimentateurs.

Jusqu'à présent l'objet principal, sinon unique, de toutes les recherches avait été de trouver les germes de la fièvre dans l'air, dans l'eau et dans le sol des localités marécageuses ; ce n'était qu'accessoirement qu'on s'était occupé de l'analyse du sang des sujets atteints d'impaludisme. En présence des résultats peu satisfaisants des recherches de ce genre faites jusqu'ici, M. le docteur A. Laveran, agrégé au Val-de-Grâce, a mis à profit son séjour momentané en Algérie, dans la province de Constantine, pour étudier l'histologie des altérations que l'impaludisme produit dans les différents organes. Ses premières recherches lui ont démontré que la seule lésion caractéristique de l'impaludisme consistait dans la présence d'éléments pigmentés dans le sang.

De quelle nature étaient ces éléments pigmentés ? Comment se formaient-ils dans le sang ? Cherchant à résoudre ces diverses questions, il n'a pas tardé à reconnaître que, dans le sang de certains malades, atteints de fièvre intermittente rebelle, on trouvait à côté des éléments pigmentés, décrits déjà par différents observateurs, comme des leucocytes mélanifères, d'autres éléments allongés ou arrondis, pigmentés, très-réguliers, qui ne ressemblaient nullement à des leucocytes chargés de pigment. Il soupçonnait déjà que ces éléments étaient d'origine parasitaire, lorsqu'un jour, en examinant un des corps arrondis et pigmentés dans une préparation de sang frais, il constata qu'il existait à la périphérie de cet élément une série de filaments grêles et transparents qui se mouvaient avec une grande agilité. Il retrouva bientôt ces éléments dans le sang d'autres malades atteints également de fièvre palustre. Il n'y avait plus pour lui de doute.

La présence dans le sang de ces éléments pigmentés constitue bien la lésion la plus constante, la plus caractéristique de l'impaludisme. C'est ce que M. Laveran s'est proposé de démontrer dans l'intéressant travail que nous avons sous les yeux (1).

Ces éléments pigmentés circulent avec le sang ; aussi peut-on les rencontrer dans tous les organes, dans tous les tissus qui reçoivent des vaisseaux sanguins. Mais ils existent surtout en tel nombre dans les vaisseaux de la rate et du foie que c'est ce qui leur donne cette teinte ardoisée qui a été signalée par tous les médecins qui ont fait des autopsies de sujets morts de fièvre intermittente pernicieuse. L'abondance de ces mêmes éléments dans les vaisseaux capillaires du cerveau et de la moelle épinière donne souvent à la substance grise de ces centres nerveux une teinte d'un gris plus foncé qu'à l'état normal, également caractéristique. Ils acquièrent souvent dans le foie et dans la rate un diamètre trois ou quatre fois supérieur à celui des leucocytes normaux. Dans le foie, ils sont situés dans l'intérieur des vaisseaux. Dans la rate, ils se montrent aussi bien dans la pulpe splénique que dans les vaisseaux.

Dans les vaisseaux capillaires des poumons, des reins, des muscles, des os, etc., on retrouve les mêmes éléments pigmentés que dans le foie, la rate et les centres nerveux, mais en moins grand nombre.

En dehors de l'existence de ces éléments pigmentés dans le sang, on ne trouve chez les sujets morts de fièvre aucune autre lésion constante. Ces éléments pigmentés se trouvent aussi chez les individus qui meurent de cachexie paludéenne, mais avec cette différence qu'ils y sont en moins grand nombre et que, au lieu d'être disséminés dans tous les organes, dans tous les tissus de l'économie, ils se localisent en général dans les vaisseaux de la rate et du foie. De plus, on rencontre souvent dans ces cas des lésions secondaires de la rate, du foie, des reins, et plus rarement des poumons.

M. Laveran, comme on le pense bien, ne s'en est pas tenu à l'étude anatomique de ces corpuscules : il les a étu-

(1) *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme, description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.* Broch. in-8°. — Paris, 1881, chez J.-B. Baillière et fils.

diés en quelque sorte dans leur état actif dans le sang en circulation. Les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici ne nous permettraient pas de le suivre dans cette partie intéressante de sa démonstration. Nous ne pouvons qu'en résumer les résultats et en faire ressortir les conséquences importantes au point de vue clinique. Bornons-nous à dire seulement que le nouveau parasite trouvé par M. Laveran chez les sujets atteints de fièvre palustre est un hématozoaire se rapprochant des oscillariées.

Quelle est l'importance pathologique de ces éléments parasitaires? Sont-ils la cause directe des accidents de l'impaludisme, ou bien leur rôle n'est-il qu'accessoire, et leur développement dans le sang ne dépend-il que de l'affaiblissement général produit par la fièvre? Voilà ce qu'il importait de déterminer. La réponse à ces questions se trouve dans les propositions suivantes :

1° Ces éléments parasitaires ne se rencontrent que dans le sang des malades atteints de fièvre palustre. Ils ont été cherchés en vain dans le sang d'individus atteints de diarrhée ou de dysentérie chronique, de fièvre typhoïde, de tuberculose, etc.

2° A l'autopsie des individus morts de fièvre pernicieuse, on trouve dans le sang et dans les vaisseaux capillaires de tous les organes, notamment de la rate et du foie, un très-grand nombre d'éléments pigmentés, que l'on ne trouve à la suite d'aucune autre maladie.

3° Les hématozoaires, nombreux dans le sang des malades qui ont la fièvre depuis longtemps et qui ne sont pas traités d'une façon régulière, disparaissent rapidement lorsque ces malades sont soumis à la médication quinique. C'est très-probablement parce qu'il tue ces parasites du sang que le sulfate de quinine guérit les malades atteints de fièvres palustres; et c'est probablement aussi ce qui explique pourquoi on ne les retrouve déjà plus dans le sang des sujets encore malades, mais depuis quelque temps déjà soumis au traitement quinique.

Les hématozoaires qui se développent dans le sang des malades atteints de fièvre palustre sont bien des parasites et non des ferments.

L'impaludisme devrait donc désormais prendre place parmi les maladies parasitaires. Il serait une maladie parasitaire du sang, comme la trichinose est une maladie parasitaire des muscles et la gale une maladie parasitaire de la peau.

Il n'y a, en effet, dans l'impaludisme ni période d'incubation d'une durée constante, ni immunité conférée par une première atteinte.

On s'expliquerait facilement pourquoi l'impaludisme n'est pas contagieux, bien que produit par un parasite, ce parasite vivant à l'intérieur du corps et non à la surface.

Comment, par quel mécanisme, les éléments parasitaires en question produiraient-ils les accidents si variés de l'impaludisme? Une fois absorbés sous une forme et par une voie qui restent encore inconnues, les éléments parasitaires se développant, se multipliant dans le sang pendant la période variable d'incubation, les malades n'en éprouvent encore aucun symptôme; mais, par suite de leur accroissement et de leur multiplication, ils finissent par déterminer une irritation des différents organes, d'où la fièvre avec ses différents caractères. L'intermittence s'expliquerait surtout par l'irritation que les éléments parasitaires arrivés à une certaine période de leur développement produisent sur la moelle. La présence d'éléments parasitaires en grand nombre dans les vaisseaux capillaires du cerveau rendrait compte du délire et du coma des fièvres pernicieuses. La rate, siège de prédilection des éléments parasitaires, produit, par les altérations profondes qu'elle subit, soit dans les formes aiguës, soit dans les formes chroniques de l'impaludisme, l'anémie profonde que l'on observe chez tous les malades palustres, etc.

Telles sont les conclusions principales qui ressortent de ce très-intéressant travail et des recherches laborieuses autant qu'ingénieuses auxquelles s'est livré M. A. Laveran. A d'autres, maintenant, si notre savant confrère du Val-de-Grâce ne s'en charge lui-même, de prendre pour point de départ ce premier fait acquis, la production de l'impaludisme par un parasite déterminé, soit pour le vérifier, soit pour en poursuivre les conséquences et pour chercher, en remontant aux origines, à retrouver ces mêmes parasites à l'état de développement complet ou à l'état de germes, dans l'air, l'eau ou le sol des localités marécageuses.

Les néphrites.

M. le docteur A. Brault vient de faire, sur les néphrites, une étude dont nous ne pourrons indiquer ici que quelques-uns des points principaux, ceux notamment qui nous paraissent ajouter des notions anatomo-pathologiques utiles au contingent déjà considérable d'acquisitions importantes faites sur ce sujet dans ces dernières années.

Dans une note datant d'un an environ, M. Brault avait déjà essayé d'établir que, dans la diphthérie accompagnée d'albuminurie, les lésions du rein étaient celles d'une néphrite catarrhale assez prononcée. Ayant pu étudier comparativement, depuis, les altérations de cet organe dans les fièvres et les maladies générales, il est arrivé à ce résultat que, si dans tous les cas les altérations ne sont pas identiques, elles présentent néanmoins une très-grande analogie. Grâce à l'emploi de l'acide osmique, il lui a été permis d'observer dans le détail les modifications que subit l'épithélium rénal et toutes les variétés d'exsudations intralobulaires, et de suivre en quelque sorte pas à pas toutes les modifications du parenchyme rénal sous l'influence de l'inflammation, en partant des cas les plus simples pour arriver aux plus complexes. C'est ainsi qu'il a été conduit à constater que, dans les néphrites chroniques, à quelque type qu'elles appartiennent, les deux éléments du rein sont très-fréquemment atteints.

Une première série de ces recherches s'applique aux néphrites passagères. On sait que plusieurs maladies générales, le plus souvent fébriles, telles que la diphthérie, la variole, l'érysipèle, certaines pneumonies, la scarlatine, la fièvre typhoïde, sont fréquemment accompagnées d'une légère inflammation rénale, le plus souvent passagère, mais qui, dans quelques circonstances, surtout à la suite de la scarlatine et de la fièvre typhoïde, devient quelquefois le point de départ de néphrites permanentes. M. Brault a eu l'occasion d'examiner à ce point de vue un grand nombre de cas de diphthérie, de variole et de fièvre typhoïde, et quelques cas de scarlatine, d'érysipèle et de pneumonies graves. Il a reconnu dans tous ces cas que le caractère macroscopique le plus évident de la lésion du rein est le changement de volume de l'organe, dû à la congestion vasculaire et à la tuméfaction de la substance corticale. Les lésions constatées au microscope, consistant en modifications du système vasculaire, des exsudats intratubulaires,

des glomérules et du tissu conjonctif, se résument en altérations indiquant un processus inflammatoire qui agit en premier lieu sur l'élément sécréteur et l'appareil glomérulaire, altérations susceptibles de devenir chroniques et pouvant être, en conséquence, considérées comme le premier degré de la néphrite parenchymateuse des premiers auteurs qui se sont occupés de la pathologie rénale.

La première conséquence de ce premier ordre de recherches est qu'il y a identité complète du processus dans les deux cas, et que l'on passe par des nuances insensibles des néphrites albumineuses passagères aux néphrites parenchymateuses vraies.

Une autre conséquence à laquelle conduisent encore ces recherches est qu'entre les néphrites parenchymateuses vraies et les néphrites interstitielles, vient se placer histologiquement une néphrite mixte, c'est-à-dire dans laquelle des lésions caractéristiques très-accentuées de ces deux espèces de néphrite coexistent, comme résultat probable de causes morbides diverses agissant simultanément sur les divers éléments de l'organe. Entre autres faits à l'appui, M. Brault rapporte les deux faits suivants :

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans ayant eu une fièvre typhoïde un an auparavant. Les symptômes cliniques prédominants avaient été ceux d'une néphrite parenchymateuse; à l'autopsie, on trouva des reins petits, lisses où les altérations interstitielles étaient très-avancées. Cet homme avait des antécédents alcooliques très-manifestes ; il était athéromateux, son cœur était gros.

Dans le second fait, un homme de trente-un ans, alcoolique, avait présenté également des symptômes non équivoques de néphrite albumineuse ; étant venu à succomber, l'autopsie fit constater des reins de volume moyen, granuleux, et un cœur hypertrophié.

Dans l'impossibilité où nous serions de poursuivre dans leurs détails les faits d'anatomie pathologique et les considérations cliniques intéressantes que renferme l'étude de M. Brault, nous nous bornerons, pour les résumer, à en rapporter les conclusions :

Les altérations du rein dans les fièvres méritent le nom de néphrites catarrhales ; elles se traduisent par des hyperémies très-intenses, par des exsudations tubulaires et par des lésions vasculaires portant principalement sur la glomérule.

Quelques-unes d'entre elles, la scarlatine et la fièvre typhoïde principalement, peuvent donner lieu à des néphrites permanentes.

Les néphrites parenchymateuses aiguës ou subaiguës, de quelque nature qu'elles soient, offrent entre elles une grande analogie, sinon une identité complète. Ce sont des inflammations au sens vrai du mot.

Dans leurs phases ultérieures, les néphrites parenchymateuses aiguës, suraiguës ou subaiguës, peuvent aboutir soit à un gros rein blanc, soit à un petit rein, chacune de ces espèces pouvant d'ailleurs être lisse ou granuleuse.

Dans la néphrite parenchymateuse subaiguë et dans les formes les plus chroniques et les plus lentes, la dégénérescence graisseuse est quelquefois très-accentuée ; même, dans ces cas, le tissu conjonctif peut être très-développé.

Histologiquement il existe dans toutes ces formes des lésions mixtes plus ou moins accusées ; néanmoins, cliniquement, elles rentrent toutes dans la néphrite parenchymateuse, dans le mal de Bright.

La néphrite interstitielle est l'apanage d'un âge avancé, et paraît, dans un grand nombre de circonstances, être la manifestation d'une altération vasculaire généralisée.

Les causes qui amènent, d'une part la néphrite parenchymateuse, d'autre part la néphrite interstitielle, peuvent-elles agir simultanément de façon à produire des néphrites d'emblée mixtes ? Cela est probable.

— Une question d'une importance pratique considérable se présente naturellement à l'esprit à propos de ces études de pathologie rénale, comme à propos aussi de ce qui a été dit, dans l'une des Revues précédentes, de la lésion cardiaque du foie : c'est celle de la perturbation qu'amènent les lésions de ces deux organes dans la fonction éliminatrice des principaux médicaments, comme de certains poisons, et les conséquences graves qui en peuvent résulter. C'est là une question trop sérieuse pour que nous l'abordions ici immédiatement.

Elle fera, un jour ou l'autre, l'objet d'une étude spéciale.

REVUE DE LA PRESSE

Des altérations de la moelle dans la paralysie spinale de l'enfance et dans l'atrophie musculaire progressive. — MM. Roger et Damaschino ont fait de nouvelles recherches sur cette question, et les résultats auxquels ils sont parvenus confirment pleinement les faits qu'ils avaient énoncés déjà dans un premier mémoire touchant certaines dissemblances d'altérations de la moelle dans ces deux maladies.

L'altération caractéristique de la paralysie infantile est une lésion de la moelle épinière, dont l'atrophie des nerfs et des muscles est la conséquence. Cette lésion siège plus particulièrement dans la portion antérieure de la substance grise spinale, où elle se montre sous forme de foyers ramollis. Ce ramollissement est de nature inflammatoire et cette maladie est une myélite. La paralysie infantile doit donc être appelée paralysie spinale de l'enfance, et désormais sa place nosologique est certainement dans les affections de la moelle et dans les myélites. Quant à l'atrophie musculaire progressive, elle se différencie de la paralysie infantile aussi bien par ses symptômes que par ses lésions anatomiques. L'altération spinale consiste essentiellement dans l'atrophie des cellules motrices, sans aucun foyer de ramollissement inflammatoire.

Telles sont les conclusions auxquelles MM. Roger et Damaschino sont arrivés ; mais il reste encore un point inéclairci, disent-ils, c'est la question de savoir si l'inflammation de la moelle débute primitivement dans le tissu conjonctif (myélite interstitielle) ou dans les cellules motrices (myélite parenchymateuse) pour atteindre ensuite le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Ce que ces deux auteurs ont surtout voulu mettre en lumière dans leurs savantes recherches, c'est que la phase initiale de la paralysie infantile est réellement celle d'une inflammation aiguë de la moelle épinière. (*Journal des connaiss. méd.*)

Du traitement des angiomes par la compression méthodique au moyen du sparadrap. — M. le docteur Schrumpf (de Wesserling) vient de publier deux observations, chez des enfants nouveau-nés, de tumeurs érectiles, ou angiomes, guéries par la compression. Ces tumeurs présentaient ce caractère particulier qu'elles avaient un volume assez considérable au moment de la naissance, tandis qu'à cette époque elles apparaissent généralement sous la forme d'une simple tache qui grandit plus ou moins rapidement.

L'observation la plus probante au point de vue des résultats de la compression est celle d'un enfant qui, le jour de sa naissance, présentait une tumeur vasculaire sous-cutanée entourant presque

totalement l'avant-bras comme d'un manchon. Elle laissait en avant seulement un espace libre de 1 centimètre à peine. Elle s'étendait en haut à deux travers de doigt au-dessus du pli du coude, tandis qu'en bas elle descendait jusqu'à l'articulation du poignet. Elle donnait à l'avant-bras une circonférence de 15 centimètres, c'est-à-dire 6 centimètres de plus que sur le membre sain. Nous n'énoncerons pas ici tous les caractères, que chacun sait, des tumeurs érectiles. Nous dirons seulement que, huit jours après la naissance, M. Schrumpf commença la compression méthodique par le sparadrap. Cette compression fut renouvelée toutes les semaines, au fur et à mesure que, la tumeur diminuant de volume, les bandelettes de sparadrap se trouvaient relâchées.

Il ne se produisit aucune ulcération, et au bout de sept semaines l'avant-bras ne mesurait que 11 centimètres de circonférence. On commençait à sentir alors sous la peau des points durs paraissant dus à la coagulation du sang ou plutôt à un tissu fibreux de nouvelle formation. En même temps, la peau avait perdu peu à peu sa couleur violacée.

Toute compression fut cessée à cette époque ; néanmoins le travail régressif continua, et, à l'âge de cinq mois, l'avant-bras malade de cet enfant mesurait seulement 10 centimètres de circonférence, tandis que l'avant-bras sain mesurait 11 centimètres et demi. La tumeur avait complètement disparu, laissant à sa place une simple petite tache bleue, située au centre d'une peau rugueuse et d'un blanc brunâtre, au-dessous de laquelle on sentait une masse de petits points indurés comme fibreux.

La seconde observation, — la première en date, — est moins concluante en raison des ulcérations qui ont été produites par la compression et qui ont contribué à la guérison. Elle se rapporte à une tumeur du volume d'un fort poing d'adulte, qui occupait le bras gauche d'un enfant nouveau-né, s'étendait depuis l'extrémité externe de la clavicule jusqu'au-dessus du pli du coude et enveloppait les trois quarts de la circonférence du bras.

De ces deux faits, l'auteur croit pouvoir conclure : 1° que l'on se presse généralement trop d'extirper ce genre de tumeurs, et que, vu l'extrême danger de ces opérations sur les enfants, il serait toujours utile de tenter préalablement la compression, qui, seule, est inoffensive; 2° que des angiomes, même volumineux, peuvent être réduits par une compression méthodique; que cette compression est facile sur les membres à cause du plan osseux fixe situé au-dessous de la tumeur; 3° qu'il est inutile que la compression amène des excoriations, et que la guérison peut être obtenue sans elles par l'arrêt progressif de la circulation et la formation de petits corps durs; ceux-ci semblent être dus soit à des caillots, soit à des tissus fibreux de nouvelle formation. Enfin cette compression pourra être appliquée avec succès dans les cas de tumeurs érectiles artérielles dont le diagnostic différentiel est souvent bien difficile à établir.

La compression sera faite au moyen de bandelettes de sparadrap circulaires et imbriquées, placées depuis l'extrémité du membre jusqu'au-dessus de la tumeur, de façon à obtenir une compression légère, et maintenues par une bande roulée. Le pansement sera renouvelé tous les huit jours environ, jusqu'à ce que l'on constate une diminution de volume continue et la présence, au bout de quelques semaines, de points durs comparables à des pois et remplissant la tumeur. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Chancres et perforation du rectum, mort. — M. Wehenkel a soumis dernièrement à la Société d'anatomie pathologique de Bruxelles une observation curieuse de perforation du rectum accompagnée d'hémorrhagie dans la cavité péritonéale qui détermina une péritonite mortelle. La cause primitive avait été un chancre du rectum, chez une fille de vingt-trois ans, prostituée. Ce chancre, resté méconnu et par conséquent non traité, était devenu phagédénique, térébrant, avait détruit les tuniques intestinales en profondeur comme en surface, et, tandis que ses bords se cicatrisaient, le fond continuait à s'ulcérer. Des proliférations celluleuses protégèrent pendant quelque temps l'intestin et l'empêchèrent de se perforer, mais l'ulcère, continuant sa marche envahissante et détruisant tout devant lui, a déterminé la perforation du rectum. Du reste, ce qui, dans le cas présent, a mis hors de doute le caractère et la nature des lésions qui ont amené les accidents rapidement mortels, c'est qu'il existait un second chancre, moins grand que le premier et en voie de développement; de plus, une érosion chancreuse se trouvait dans le vagin.

L'ouverture du rectum a montré en effet, à 12 centimètres de l'orifice anal, une perte de substance arrondie de plus de 2 centimètres de diamètre et, un peu plus haut, à quelques millimètres de cette ulcération, une seconde perforation large de 5 millimètres environ. Les bords de la première étaient parfaitement cicatrisés, tandis que ceux de la seconde étaient encore en voie d'ulcération. Une abondante quantité de tissu conjonctif avait oblitéré la large perforation et empêché la pénétration des matières fécales dans la cavité abdominale, jusqu'au moment où, les adhérences se détruisant, le sang des vaisseaux, nombreux dans ces parties ulcérées, a pu s'épancher librement dans la cavité péritonéale et y déterminer les accidents graves auxquels la malade a succombé.

Les lésions du rectum ont donc certainement marché de bas en haut et de dehors en dedans, le reste de l'intestin étant parfaitement sain, sans aucune trace de colite ou de rectite. (*Presse méd. belge.*)

Affections de la peau chez les houilleurs. — M. le docteur Paul Fabre (de Commentry), après s'être livré à de nombreuses observations sur les affections cutanées les plus fréquentes chez les houilleurs, les a divisées en deux groupes principaux. Le premier comprend les affections qui paraissent avoir surtout pour cause l'influence de l'humidité, c'est-à-dire, par ordre de fréquence décroissante : l'érythème noueux, l'érythème papuleux, le purpura simplex et le purpura hæmorrhagica.

Les maladies du second groupe se développeraient sous l'influence de la chaleur qui règne dans certains chantiers. C'est notamment une sorte d'éruption miliaire, vésiculeuse, de sudamina qui semble devoir se rapprocher beaucoup de l'eczéma des pays chauds ou bourbouille. Cette éruption s'accompagne généralement de démangeaisons assez vives et simule parfois le prurigo. Les ouvriers en sont réduits à se gratter si violemment que leur épiderme est souvent déchiré, et, si à la chaleur du chantier vient s'ajouter l'action permanente d'une eau chargée d'acide sulfurique ou d'autres principes irritants, cette démangeaison fait place à une cuisson douloureuse.

Enfin il y a quelques sujets chez lesquels le travail longtemps prolongé dans un milieu trop chaud détermine une éruption de furoncles et parfois même de lichen.

Quant à la poussière de charbon, elle n'exerce aucune action malfaisante sur la peau, que de s'y incruster lorsqu'elle la frappe violemment et la déchire. (*France médicale.*)

Un géant de naissance. — L'hérédité de la taille est un fait acquis à la science par de nombreuses observations. Le *New-York medical Record* nous fait connaître le nouveau fait suivant : une femme, secondipare, de 7 pieds 9 pouces, parcourait avec son mari, haut également de 7 pieds 7 pouces, les différentes villes d'Amérique, se montrant tous deux comme géants lorsqu'elle accoucha d'un enfant, parfaitement vivant, qui pesait 11,875 grammes et mesurait 81 centimètres de hauteur. Le placenta pesait 5 kilogrammes. Six ans auparavant elle avait, à Londres, donné naissance à un enfant mort qui pesait 9 kilogrammes et qui mesurait 72 centimètres. (*Paris médical.*)

Du chanvre indien dans la migraine. — Nous avons rapporté à plusieurs reprises les bons effets obtenus par l'emploi du haschish (1) dans certaines maladies, notamment dans le delirium tremens et les affections utérines. Nous avons aujourd'hui connaissance d'une nouvelle note du docteur Lathrop communiquée à la Société médicale de Buffalo. D'après l'auteur, il faut donner de

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* des 19 mars et 23 avril 1881.

petites doses, de manière à maintenir pendant longtemps l'influence du médicament.

Tout d'abord l'effet du médicament n'est pas appréciable, et ce n'est qu'après qu'on l'aura continué pendant plusieurs semaines que les accès deviendront moins graves et moins fréquents.

Pendant la première quinzaine la dose est de 15 (quinze) milligrammes avant chaque repas; pendant la seconde quinzaine cette dose pourra être élevée à 2 (deux) centigrammes; enfin on augmentera ainsi successivement de 5 (cinq) milligrammes jusqu'à la fin de la quatrième semaine. On s'arrêtera alors, et on continuera pendant plusieurs mois.

Ce n'est qu'au prix d'une grande persévérance que l'on peut obtenir le succès désiré. (*New-York med. Record.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

De l'opium après les opérations de hernies étranglées. — M. LE FORT écrit une lettre par laquelle il reconnaît avoir commis une erreur en disant qu'il croyait être le premier qui eût songé à donner de l'opium aux opérés de hernies étranglées. En relisant ses travaux sur ce sujet, il a pu constater qu'il avait déclaré avoir suivi, en cela, l'exemple de Letenneur, de Monod, de Demarquay, et des Anglais. Toutefois il a peut-être précisé davantage les indications de cette médication à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

Kystes périostiques développés dans le sinus maxillaire. — M. BERGER fournit un nouvel exemple de kyste développé aux dépens de la racine altérée de la seconde molaire dans le sinus maxillaire. Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans qui, depuis un an, portait une tumeur à la joue gauche, au-dessous du bord inférieur de l'os malaire, grosse comme une noisette, indolente, fluctuante, faisant saillie dans le sillon gingivo-jugal, ne s'accompagnant d'aucun signe de distension du sinus maxillaire, sans aucune altération du côté de la voûte palatine. M. Berger pensa tout d'abord, sans pouvoir l'affirmer, avoir affaire à un kyste développé aux dépens d'une racine dentaire. Une ponction exploratrice faite dans la bouche amena deux cuillerées à café d'un liquide muco-séreux, limpide, blanchâtre, analogue à de la salive. M. Berger attendit la reproduction du liquide pour ouvrir largement et établir une fistule permanente. Le liquide se reproduisit; tout à coup du pus apparut dans l'intérieur de la bouche; l'ouverture fut agrandie, et on plaça un tube à drainage par lequel il se fit une abondante suppuration. Cet homme vint à mourir subitement d'une hémorrhagie cérébrale. M. Berger put examiner son maxillaire supérieur gauche; il vit qu'il avait affaire à une véritable hydropisie suppurée du sinus maxillaire.

Un examen plus attentif a montré qu'il s'agissait d'un kyste périostique dont le point de départ était une racine dentaire altérée.

M. MAGITOT. Il s'agit bien là, en effet, d'un kyste périostique à parois d'abord amincies, puis presque complètement disparues et ayant pris tout à fait la forme du sinus. C'est une périostite de la racine dentaire qui a été le point de départ de l'hydropisie ou du catarrhe aigu du sinus. Ce fait montre une fois de plus que c'est là toute la pathogénie du catarrhe aigu du sinus maxillaire.

M. MONOD, dans les recherches auxquelles il s'est livré pour faire, en collaboration avec M. Guyon, l'article « Maxillaire » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, est arrivé aux mêmes conclusions que MM. Magitot et Berger, à savoir que l'hydropisie vraie du sinus maxillaire n'existe pas.

M. DESPRÈS est d'accord avec M. Magitot. Il a observé un assez grand nombre de cas semblables à ceux dont a parlé M. Magitot. Il n'a observé qu'un seul cas d'abcès du sinus maxillaire. Ce malade perdait du sang par la bouche; Demarquay, pour remédier à cet inconvénient, pratiqua une suture qui eut pour effet d'amener un ozène purulent bien autrement pénible et désagréable que l'inconvénient auquel il avait voulu remédier. Après la mort de Demarquay, M. Desprès fit sauter cette suture, rétablit la communication du sinus avec la bouche et fit porter au malade une obturateur qu'il pouvait retirer à volonté pour faire ses lavages. Il s'agissait, dans ce cas, d'une inflammation du sinus maxillaire consécutive à un petit polype de la muqueuse du sinus. Pour tous les autres faits, M. Desprès accepte la théorie de M. Magitot et croit, comme lui, qu'il s'agit de kystes périostiques. Tous ceux qu'il a eu l'occasion d'observer ont été traités par le drainage et ont guéri après un temps plus ou moins long.

M. THÉOPHILE ANGER a eu l'occasion d'opérer une tumeur qui se rapproche par quelques points de celles dont vient de parler M. Magitot. Il s'agissait d'un homme de trente ans qui portait une tumeur paraissant siéger dans le maxillaire supérieur du côté droit. Au-dessous d'une partie liquide apparaissait une tumeur blanche, dure, éburnée. Croyant avoir affaire à une tumeur éburnée du sinus maxillaire, M. Anger, pour l'extraire, fit une incision sur la lèvre et la joue jusqu'à la partie inférieure du rebord orbitaire. Chemin faisant, il s'aperçut que cette tumeur éburnée n'était autre que la couronne d'une petite molaire placée en sens inverse. M. Anger arracha cette dent, recousit le lambeau qu'il avait formé, et son malade guérit très-rapidement. Ce fait prouve que le diagnostic des tumeurs du sinus maxillaire offre parfois de grandes difficultés.

LECTURES

M. EUSTACHE (de Lille) lit un travail sur le *Traitement des chutes de la matrice*. (Comm., MM. Guéniot, Tillaux et Lannelongue.)

M. BEAUREGARD (du Havre) communique un cas d'hystérectomie sus-pubienne. (Comm. MM. Terrier, Périer et Lucas-Championnière.)

PRÉSENTATION

M. BOURGUET présente un malade atteint d'une rupture musculaire. (Comm. MM. Nicaise, Trélat et Farabeuf.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Documents pour servir à l'histoire de la médecine et de la chirurgie (1).

VI

Les documents suivants sont extraits de l'*Éloge de Paris*, composé en 1323 par un habitant de Senlis, Jean de Jandun, et publié pour la première fois en 1856 par MM. Taranne et Le Roux de Lincy.

L'auteur résidait à Senlis, lorsque, le 3 juillet 1323, il reçut une lettre d'un de ses amis intimes, qui lui disait, par forme de reproche : « Avouez-le, *être* à Paris, c'est *être*, dans le sens absolu, *simpliciter; être* ailleurs, c'est *être* accidentellement, *secundum quid*. »

L'habitant de Senlis lui répondit et publia sa réponse dans une espèce de circulaire, portant la formule de suscription d'un acte public, *noverint universi*, etc., dans laquelle il justifiait l'*existence* d'un honnête homme à Senlis, et en démontrait tout l'agrément, par la beauté des forêts voisines de cette ville, la fertilité de son territoire, la salubrité de sa température, etc.

Un certain personnage, autre que l'ami auquel on répondait, choqué de cet éloge d'une petite ville et prétendant y

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 10 mai 1881.

découvrir l'intention d'un parallèle injurieux pour Paris, écrivit dans le ton le plus ridiculement laudatif, le plus obscurément mystique et le plus tristement prétentieux, un panégyrique où il mettait Paris *incomparablement* au-dessus de toutes les autres villes, reprochait à l'habitant de Senlis son ingratitude envers cette *patrie commune* de tous les étrangers qui y affluaient de toute part; le persiflait de n'avoir pas compté parmi les agréments de Senlis la multitude de ses *mouches*, les concerts harmonieux de ses *grenouilles*, etc.

L'habitant de Senlis crut devoir protester contre des interprétations peu bienveillantes et voulut montrer à son adversaire, espèce d'important, qu'il traite de *dictateur*, comment on pouvait, sans cesser d'être juste envers Senlis, faire en même temps un éloge complet de Paris, où l'on ne se bornerait pas « à des métaphores pompeuses ou à de vagues généralités qui ne disent rien à l'esprit », mais où on louerait par des faits positifs. En conséquence il composa un traité, celui-là même dont nous extrayons quelques passages, notamment le chapitre qui a pour titre *De laude medicorum*.

Le texte latin nous a été conservé dans un manuscrit de la Bibliothèque nationale de Paris, fonds de Saint-Victor, n° 642, sur vélin, du quatorzième siècle, où il occupe, à la fin du volume, les folios 170-176, écrits sur deux colonnes. Il en existe une copie manuscrite à la Bibliothèque impériale de Vienne dans un volume in-8° composé de plusieurs parties, toutes de la fin du quatorzième siècle, qui a été décrit par Michel Denis, dans l'ouvrage intitulé : *Codices mss. theologici bibl. pal. Vindobonensis latini aliarumque Occidentis linguarum*. Vindobonæ, in-folio, 1800, vol. II, pars II, col. 1632. Ce manuscrit, coté autrefois R 2138, porte aujourd'hui le n° 4753, L'*Éloge de Paris* y remplit les folios 196-211, sur vélin, à longues lignes.

Dans le manuscrit de Paris, l'ouvrage est anonyme; celui de Vienne donne à la fin le nom du copiste ou plutôt de l'auteur : *Scriptus per Johannem de Genduno*. On voit, par différents passages du traité, que l'auteur était un personnage assez important, ou par lui-même, ou par les fonctions qui l'attachaient à la personne du roi. Il n'y a point d'invraisemblance à croire que ce puisse être en effet Jean de Jandun, professeur distingué de philosophie dans l'Université de Paris, maître des artiens au collège de Navarre, en 1315, et qui fut excommunié en 1327 pour avoir, avec Marsile de Padoue, soutenu Louis de Bavière contre le pape Jean XXIII. Jean, natif de Jandun (Ardennes), canton de Ligny-l'Abbaye, arrondissement de Mézières, a pu habiter Senlis temporairement; rien non plus, dans l'*Éloge de Paris*, ne fait entendre que l'auteur ait été habitant permanent ou originaire de Senlis.

Capitulum quartum de laude medicorum.

Les médecins, « que le sage nous ordonne d'honorer comme étant créés par le Très-Haut pour nous secourir » n'omettent rien de ce qui est nécessaire pour la guérison de leurs malades. Par la connaissance approfondie qu'ils ont des remèdes, ils extirpent en eux les principes des maladies, les délivrent des terreurs d'une mort prochaine, et les font renaître à l'ineffable douceur de vivre. On les reconnaît à leurs habits précieux et à leur bonnet doctoral. Au reste, on les voit en si grand nombre dans les rues, lorsqu'ils vont remplir les fonctions de leur état, que ceux qui ont besoin de leur ministère peuvent très-facilement les y rencontrer. Les apothicaires habitent sur le Petit-Pont ou aux alentours et renferment leurs aromates dans de beaux vases, qu'ils étalent avec complaisance aux yeux du public. (Sommaire analytique de M. Taranne.) (1)

In illa consolationis ac remediorum genitrice piissima, medicinarum magistri qui ad sanitatis custodiam et egritudinum curas, nichil ex contingentibus omittendo, laborant; quos etiam propter necessitatem ab altissimo creatos sapiens honorare precepit, in plenitudine tante numerositatis habundant, ut eis, in suis preciosis habitibus et capitibus birretatis incedentibus per vicos, pro sue artis finibus capescendis, facile qui ipsis indiguerit valeat obviare. Quam graciosi sunt illi optimi medicorum qui, artem magis philosophiæ prosequentes, suppositis quibusdam physice convenientibus ultimatis pro sanitate et omnino bona et pulcra habitudine servanda, canones operandi subordinant, et precognita, subtilitate sollertie aut continuitate studii, sensatis, collectis atque collatis indiciis, morborum principia, per efficaces, expertas et proprias remediorum virtutes, extirpant! sic enim, ablato ab egrotantibus ultimi terribilium formidati merore, ad salvandam eamque (2) in ipso vivere dulcedinem naturalem vitaleque solatium resumendum, Deo et vere operantibus, gaudent se esse ministros. Apothecarii vero qui de medicaminum materiis subserviunt, et aromaticarum specierum oblectamenta infinita conficiunt, super illum et juxta famosissimum vocatum parvum pontem, atque in ceteris plerisque locis patentibus, suorum vasorum in quibus exquisita clauduntur medicamina pulcritudines non occultant.

Secunde partis capitulum septimum de cibariis seu victualibus.

Mention succincte des différentes sortes d'aliments en usage dans Paris : plantes, fruits, légumes, animaux de toute espèce, habitants de la terre, de l'eau et de l'air, viandes bouillies ou rôties. Mais ce qui étonne l'auteur, c'est que l'abondance des denrées s'accroisse en raison de la multitude des personnes qui affluent à Paris et que néanmoins le prix ne s'en augmente pas à proportion du nombre des consommateurs. (Somm. analyt. de M. Taranne.)

Grande siquidem meum fragile dorsum pondus opprimeret si cunctorum ciborum species mererentur in hoc opere loca nominibus propriis occupare distincta. Omnes enim bestiarum terre, aque et aeris, adhuc autem plantarum, fructuum et leguminum differentias, quorum substancie per epsesim parate vel optesim (3) esui conveniunt, quis enarrabit? Reor autem in presenti hoc esse sufficiens quod omni tempore tot et tales nutrimentorum maneries muniunt urbem ut excitatum fame, in sobriis ant delicatis saporibus, palatum suo desiderio non frustretur. Pretium vero venditionis et emptionis talium sub tali rationis mensura decurrit qualem temporis ydoneitas et ineptitudo permittit. Quod autem mirabile videtur non nunquam visum est hic accidere quod, quanto majores populorum turme inibi confluunt, tanto victualium exuberantior copia et copiosior exuberantia, preter analogum crementum caristie (4), presentatur ibidem.

Secunde partis capitulum octavum de situ Parisius et totius Gallie...

Le site de Paris et même de toute la France est admirable par son heureux climat qui, tempéré entre l'excès du chaud et du froid, évite à ses habitants l'emportement d'un courage irréfléchi

(1) Nous ne pensons faire injure au savoir d'aucun de nos lecteurs en leur présentant en tête du chapitre le sommaire analytique de M. Taranne destiné à leur faciliter la lecture d'un texte latin qui, dit cet auteur, n'est pas exempt de difficultés.

(2) Sous-entendu : *est*.

(3) Aliments bouillis ou rôtis.

(4) Nous hésitons sur le sens de la fin de cette phrase : elle semble signifier que l'abondance des denrées s'accroît en raison du grand nombre des consommateurs, « sans compter l'augmentation proportionnelle du prix de ces mêmes denrées »; ou « quoique le prix de ces denrées n'augmente pas en proportion du nombre des consommateurs ». En admettant ce dernier sens, *præter* serait synonyme de *non secundum*. (Note de M. Taranne.)

et les timides précautions d'un cœur glacé à l'aspect du péril. (Sommaire analytique de M. Taranne.)

Mirabilis in suorum perfectione donorum divine munificentie plenitudo que, preter dicta genera bonorum, quasi humani corporis fragilitatis miserta et anime passibilitati compatiens, nedum Parisiaci territorii sed et totius Gallie plena fecunda sub tali celestium corporum collocavit aspectu, talesque prebuit eis luminarium influentias radiorum ut sui habitatores strictura non rigeant frigoris excessivi, nec ab ipsorum corporibus, segregantis apertura caloris, sanguis et spiritus latenter exalent. Horum etenim primum sua antiperistasi calorem nativum fortificans, sanguinem quoque circa cor faciens ebullire, ad impetum tante iracundie, quinimo feralis ferocitatis, inclinat ut per consilium solerter inquirere et recto judicio providere non sinat : secundum vero, infrigidatis visceribus nimie timiditatis tremulentia subinducta, formidolosis superintendere instigat adinventionibus cautelarum. At vero qualitas tertia que in Gallia procreatur, sub proportionalis commixtionis beneficio medians inter ista, ab hoc quidem extremorum virilem principative animositatis vigorem, ab illo vero divinative previsionis instinctum sibi vendicat per naturam.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les lettres et les sciences viennent de faire une perte considérable. Littré a succombé jeudi matin 2 juin, à dix heures en son domicile, rue d'Assas, 44. Il était né à Paris le 1er février 1801.

Ses obsèques auront lieu samedi, à midi très-précis, en l'église Notre-Dame-des-Champs.

— Le congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Alger au mois d'avril dernier, a émis le vœu que l'on donnât à une des rues d'Alger le nom du docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées.

Dans la séance du 3 mai, le Conseil général du département d'Alger a émis un vœu tendant à ce que le nom du docteur Maillot, ancien médecin inspecteur de l'armée, vulgarisateur du sulfate de quinine en Algérie, soit donné à l'un des premiers centres. (Extrait du compte-rendu analytique de la séance du 3 mai.)

Tous les médecins militaires et le corps médical tout entier applaudiront à l'hommage rendu au savant dont le nom est à jamais attaché à l'histoire médicale de notre grande colonie française.

— Le concours pour trois places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Gingeot, Danlos et Cuffer.

— Par arrêté en date du 2 juin 1881, l'ouverture des concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine et de pharmacien de première classe est fixée au lundi 25 juillet prochain.

Les candidats pourront s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident, jusqu'au samedi 23 juillet.

— M. Blondlot soutiendra, en Sorbonne, le mercredi 8 juin 1881, à une heure et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : recherches expérimentales sur la capacité de polarisation voltaïque.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles (Martinique), par L.-J.-B. Bérenger-Feraud, médecin en chef de la marine, etc., etc. 2 volumes in-8°, formant 1200 pages, avec planches et cartes. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Des déviations des arcades dentaires, prothèse et traitement rationnel par le docteur G. Gaillard, membre des Sociétés anatomique et d'anthropologie, etc. 1 volume grand in-8°, avec 80 figures dans le texte dessinées d'après nature. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel de dissection des régions et des nerfs, précédé d'un Guide de l'anatomiste à l'amphithéâtre par le docteur Ch. Auffret, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École navale de Brest, etc., etc. 1 beau volume in-18, cartonné diamant, de 500 pages, avec 59 figures originales dans le texte, exécutées d'après les préparations de l'auteur.— Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

De la grippe, sa pathogénie. Réponse faite à M. le professeur Auger, de la Faculté de médecine de Lille, par M. le docteur Vovard (de Bordeaux). 1 volume in-8° de 63 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11288.

N° 65. — MARDI 7 JUIN 1881. 54e ANNÉE. MARDI 7 JUIN 1881. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pinard.

Rétrécissement du bassin; indications (1).

II

Le *bassin ne mesure que* 8 *centimètres dans son diamètre le plus rétréci.*

La propriétaire de ce bassin peut être jeune fille, femme enceinte et non à terme, femme enceinte à terme et en travail.

Consulté pour la jeune fille, vous pouvez et vous devez répondre que ce degré d'angustie pelvienne n'entraînera pas, si une grossesse survient, de graves dangers au moment de l'accouchement, pourvu toutefois que, pendant les deux derniers mois de la grossesse, la femme soit soumise à une observation attentive et éclairée afin qu'on puisse agir suivant les circonstances et ainsi que nous allons le voir tout à l'heure.

Vous vous rappellerez en effet que si, avec un enfant petit, l'accouchement à terme peut quelquefois s'effectuer normalement, le plus souvent, lorsque l'enfant offre un volume normal, l'accouchement spontané est impossible et l'accoucheur se trouve aux prises avec une des situations les plus graves et les plus pénibles qu'on puisse rencontrer en dystocie.

La *femme est enceinte;* devez-vous la laisser aller à terme? Ici, les auteurs ne sont pas d'accord: les uns prétendent que, chez une primipare, on doit attendre le terme de la grossesse, puisqu'on ne peut savoir à l'avance si l'enfant sera petit ou volumineux. Si l'enfant est petit, disent-ils, l'accouchement se fera spontanément; s'il est volumineux et qu'on rencontre de grandes difficultés, l'indication de l'accouchement prématuré sera nettement établie pour les grossesses ultérieures.

Ce raisonnement est absolument faux et dangereux.

En procédant ainsi, vous livrez la femme et l'enfant au hasard, et vous n'avez pas ce droit.

Oui, si l'enfant est petit, tout peut se bien passer; mais c'est là l'exception. Avec un enfant d'un volume normal, vous serez obligé de sacrifier ce dernier; peut-être, et cela se voit trop souvent, hélas! la mère succombera-t-elle elle-même, et que devient alors l'indication de l'accouchement prématuré artificiel pour les accouchements ultérieurs? D'autres auteurs, qui sont également partisans de laisser la femme aller à terme, conseillent ou plutôt ont conseillé de soumettre la femme pendant sa grossesse à un régime tel que la nutrition du fœtus soit entravée, espérant ainsi diminuer le volume du fœtus à terme.

Ce régime consiste à soumettre la femme, à partir du troisième mois de la gestation, au régime des préparations iodées, des purgatifs, des saignées répétées et d'une alimentation insuffisante.

Je n'entrerai pas dans les détails de cette méthode barbare, qui constitue pour la femme un véritable supplice et dont les résultats ne sont rien moins qu'aléatoires. Nous savons tous en effet que des femmes dont la nutrition est troublée, entravée, empêchée par une cause quelconque, peuvent cependant accoucher d'enfants volumineux. Excusable à l'époque où l'accouchement prématuré n'avait pas fait ses preuves et n'était pas accepté, cette méthode doit être abandonnée, et, si je l'ai tirée de l'oubli où elle est justement tombée, c'est que, dans un livre (1) où il y a beaucoup de bonnes choses et que vous pouvez avoir entre les mains, un de mes collègues s'en est montré partisan.

La conduite la plus logique, la conduite la plus scientifique en un mot, consiste à observer les femmes avec le plus grand soin pendant les deux derniers mois de la grossesse.

Certainement les progrès de la craniométrie intra-utérine sont encore trop peu avancés pour vous renseigner mathématiquement sur les dimensions des diamètres de la tête fœtale, mais nous pouvons par des recherches cliniques obvier à cet inconvénient; il suffit de surveiller l'état de l'engagement ou de l'accommodation pelvienne. Si, à huit mois, la tête commence à s'engager ou est engagée, il n'y a qu'avantage à attendre. Ces cas sont rares. Si, au contraire, l'engagement n'a pas lieu, si la tête reste immobile et suspendue au-dessus du détroit supérieur, il faut, entre huit et huit mois et demi, provoquer l'accouchement. Ce sont de beaucoup les cas les plus fréquents.

Non-seulement la femme est enceinte, mais elle est à *terme* et en travail.

Deux cas peuvent se présenter: ou l'enfant est mort, ou il est vivant.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juin 1881.

(1) *Manuel d'accouchements*, de Schrœder, traduit par Charpentier.

Dans le premier cas, vous n'avez qu'une conduite à tenir : agir dès que la dilatation le permettra, de façon à diminuer le volume de la région qui se présente. Nous avons longuement étudié ces opérations dans les leçons précédentes, et je ne m'y arrêterai pas.

Si l'enfant est vivant, notre conduite différera selon la présentation.

Dans la présentation du sommet, attendez la dilatation de l'orifice, et vous savez, je ne saurais trop le répéter, combien elle se fait attendre. Dès que vous l'aurez constatée, faites une application de forceps, si la tête ne descend pas sous l'influence des contractions utérines. Vous connaissez le manuel opératoire des applications de forceps dans ces cas ; je n'y reviendrai pas. Mais je tiens à vous rappeler qu'au moment du troisième temps, c'est-à-dire, au moment des tentatives d'extraction, vous ne sauriez agir avec trop de prudence. Oui, certes, il faut tirer et quelquefois pendant longtemps; mais songez qu'avant tout, il ne faut jamais tirer de façon à léser les organes maternels.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

Hernies étranglées. Diagnostic de leur contenu. Indication du traitement suivant le contenu et le volume de la hernie. — 1º Épiplocèle, temporisation, guérison. — 2º Grossee ntéro-épiplocèle, taxis, guérison. — 3º Entéro-épiplocèle, kélotomie, guérison.

Leçons recueillies par M. Gibier (de Savigny), interne du service.

Dans l'espace de trois semaines, trois malades sont entrés dans le service de M. Desprès, à la Charité, atteints de hernies inguinales étranglées. Ces hernies différaient absolument les unes des autres, tant par la nature de l'étranglement et des viscères étranglés que par le traitement applicable. Comme l'a fait remarquer M. Desprès dans l'une de ses leçons, le hasard de la clinique ne pouvait mieux le servir pour l'instruction des élèves. Nous laissons dès maintenant la parole à M. Desprès.

I

Le premier malade dont je vous entretiendrai est un homme de trente-cinq ans, couché au nº 22 de la salle Saint-Jean. Cet homme, qui avait une hernie non contenue et un peu plus grosse depuis quelques jours, a senti, en se mouchant, sa tumeur se développer subitement. Cet accident lui arrivait un peu avant son déjeuner, hier matin. Il déjeuna comme d'habitude, mais à partir de ce moment il a vomi. Il a d'abord rendu les quelques aliments qu'il prit, puis ses vomissements se composèrent de matières glaireuses et de bile. Le soir du même jour il se présenta, pour entrer à cet hôpital, non sans avoir été, passez-moi le mot, travaillé par des manœuvres inutiles de taxis en ville, et avec le chloroforme.

Suivant les recommandations antérieures que j'ai faites, l'interne de garde le fit mettre pendant une heure dans un bain à 35º environ. Aucune tentative de taxis ne fut faite, et je ne fus pas appelé par mes élèves parce que le malade ne se trouvait pas mal après le bain. Il y avait rendu des gaz.

Ce matin, je l'ai examiné devant vous; nous avons constaté qu'il avait une tumeur grosse comme un gros œuf de poule, dont le pédicule est situé au niveau de l'anneau inguinal externe. Les bourses sont un peu rouges du côté de la tumeur, qui est douloureuse à la pression. C'est le résultat des manœuvres de taxis faites en ville.

L'état général est assez satisfaisant : le malade n'a pas d'angoisse, pas de hoquet, comme en ont souvent les hernieux. En outre, le ventre est ballonné, mais il n'est pas douloureux à la pression ; si l'on déprime fortement la paroi abdominale au niveau de l'ombilic, on ne provoque aucune douleur : il n'y a donc pas trace de péritonite. Le ballonnement du ventre n'était, je le dis tout de suite, que le résultat d'une paralysie réflexe de l'intestin.

Ce matin, le malade avait vomi un peu de bile. Vous m'avez entendu lui demander depuis quand il n'avait pas eu de selle et s'il avait rendu des gaz par l'anus ; c'est une question de grande importance que l'on ne doit jamais oublier de faire, car l'absence de selles et de gaz surtout indique toujours que l'intestin est oblitéré. Parfois aussitôt après l'étranglement le malade a une selle, mais cela, pour ainsi dire, ne compte pas. Notre malade n'avait pas eu de selle depuis le moment où sa hernie s'était étranglée, c'est-à-dire depuis vingt et une heures; mais il avait rendu quelques gaz en sortant du bain. Ce dernier signe cependant n'aurait pas suffi seul pour établir sûrement le diagnostic.

Après avoir examiné la tumeur formée par le viscère hernié, je me prononçai pour une épiplocèle étranglée et je décidai qu'il n'y avait d'autre traitement à diriger contre cette hernie que le repos, les bains et les cataplasmes, c'est-à-dire *temporiser*.

Cette détermination, en cas d'erreur, eût été grave; elle eût presque inévitablement conduit le malade à la mort; si je la prenais, c'est que j'étais sûr de mon diagnostic.

Voici à quels caractères vous reconnaîtrez une hernie de l'épiploon seul : la tumeur est mate, ne présente pas de gargouillement à la pression, vous trouverez tous ces signes décrits dans vos livres, et ils sont trompeurs, car une entéro-épiplocèle présente ces caractères; mais un symptôme sur lequel j'appelle par-dessus tout votre attention, c'est l'étroitesse du pédicule de la hernie et l'indolence à peu près complète de celui-ci à la pression, jointes à l'absence de plateau résistant en arrière de l'anneau.

Cette étroitesse du collet s'explique sans peine, quand on connaît la texture de l'épiploon ; on comprend très-bien que la graisse se laisse déprimer par l'anneau constricteur comme par un fil.

Cela ne peut arriver lorsque l'intestin est compris dans le pédicule. Les symptômes sont alors bien différents, comme vous le verrez à la prochaine occasion. Je ne veux pas anticiper; retenez seulement que, lorsque la hernie étranglée est une épiplocèle pure, le pédicule est étroit, indolent à la pression et n'est pas accompagné de plateau dur en arrière de la paroi abdominale.

— Le traitement appliqué chez le malade du service fut celui indiqué plus haut : repos, bains, cataplasmes. Au bout de huit jours la hernie était presque entièrement réduite, il ne restait plus qu'un peu d'épiploon qui demeura adhérent. La réduction s'est faite insensiblement. Le malade n'avait pas eu d'autres vomissements, les selles se sont rétablies le lendemain spontanément et se sont renouvelées chaque jour; il est sorti guéri et portera une pelote herniaire légèrement concave.

II

Le malade qui fera le sujet de cette leçon est un homme de cinquante et un ans, garçon de bureau au ministère des finances, qui, depuis quinze ans, est atteint d'une hernie inguinale gauche. Cette hernie descend jusque dans le scrotum; elle était maintenue par un bandage; mais, comme cet appareil était devenu insuffisant depuis quelque temps, la hernie sortait de temps à autre à l'occasion d'un effort un peu violent; le malade la rentrait assez facilement.

Depuis trois semaines environ, à l'époque du nouvel emprunt, le malade avait eu un surcroît de travail; il était obligé de passer des nuits, aussi sa hernie rentrait-elle moins facilement lorsqu'elle venait à sortir.

Le 7 avril dernier, la hernie ne put être réduite, et, le lendemain 8 avril, un médecin fut appelé. Comme le malade n'avait pas rendu de selles ni de gaz depuis le moment où sa hernie était devenue irréductible, le médecin fit appliquer des compresses imbibées de chloroforme sur le scrotum dans l'espoir que le froid produit par ce moyen agirait sur la masse étranglée. Le seul effet de ces applications fut de donner des souffrances intolérables au malade. On sait, en effet, que rien n'est plus douloureux qu'une application d'alcool, de teinture d'iode, d'éther et surtout de chloroforme, sur les téguments du scrotum.

Le malade s'était opposé à ce qu'on lui mît de la glace. Je dois dire que la glace n'aurait pas agi plus efficacement.

Le malade fut amené à l'hôpital dans la soirée.

Le lendemain matin, c'est-à-dire trente et une heures environ après le début de l'étranglement, je vis cet homme. Il me dit qu'il avait eu plusieurs vomissements alimentaires et un peu de hoquet. L'état général n'était pas mauvais, il n'y avait pas d'angoisses. La hernie avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; elle était irrégulière, formait une masse faussement fluctuante, présentant de la sonorité au niveau d'une bosselure assez apparente, ce qui indiquait la présence de l'intestin. Une hernie de cette grosseur coïncide toujours avec un anneau large, et cela expliquait la lenteur des phénomènes d'étranglement.

En l'absence des symptômes fournis par les vomissements, un autre signe aurait suffi à m'éclairer sur la nature des viscères étranglés : le pédicule était volumineux (de la grosseur d'un goulot de carafe) et douloureux à la pression; une induration se sentait au-dessus de la ligne ilio-inguinale. Cette induration correspond au bout supérieur de l'intestin dilaté par les matières liquides accumulées dans sa cavité. Il s'agissait d'une grosse entéro-épiplocèle étranglée.

Le malade n'avait cependant pas eu de vomissements fécaloïdes, mais il faut que vous sachiez bien qu'ils peuvent manquer dans les trois premiers jours de l'étranglement des grosses entéro-épiplocèles avec un collet un peu large. Il ne s'agit pas ici, en effet, d'un étranglement par effort, au contraire la hernie est sortie presque à l'insu du malade, et, comme il était fatigué, surmené et qu'il digérait mal, son intestin légèrement enflammé avait perdu son poli et n'a plus pu rentrer. C'est ce que Malgaigne a nommé justement l'inflammation et que j'appelle l'étranglement par inflammation.

Dans les petites hernies où la constriction de l'intestin se fait brusquement, « étranglement par effort », les vomissements fécaloïdes apparaissent de bonne heure, au bout de douze à quatorze heures.

Ce qui démontre bien que, chez notre malade, il s'agit d'un étranglement par inflammation, c'est que cette inflammation retentit sur le péritoine abdominal; en effet, la pression au niveau de l'ombilic est douloureuse, il existe au moins une irritation péritonéale.

Le pronostic des grosses hernies étranglées par inflammation est grave lorsqu'on est obligé d'intervenir par la kélotomie. Cette opération pratiquée pour une hernie volumineuse est généralement suivie de mort. Cependant, lorsque dans une hernie de ce volume le taxis ne peut réussir, il n'est pas impossible de sauver le malade par une kélotomie spéciale; je reviendrai sur ce point.

Pour ce qui est de notre malade, voici le traitement que nous avons appliqué :

Dès que cela fut possible, on mit le malade dans un bain chaud pendant une heure; ce bain le soulagea beaucoup. Ensuite je me disposai à pratiquer le taxis. Car dans ce cas le taxis était absolument indiqué, et, s'il y avait eu une contre-indication, elle n'aurait pu tenir qu'à la longue durée de l'étranglement; mais depuis le moment où la hernie s'était étranglée, aucune tentative de taxis n'avait été faite, le sort du malade n'avait pas été compromis, on pouvait passer outre.

Je fis d'abord raser le malade, qui avait des poils très-abondants dans les points où les mains devaient porter, et cette précaution qui facilite la manœuvre ne doit pas être négligée. Il s'agissait de faire rentrer, dans l'abdomen, en premier lieu les parties qui étaient sorties les dernières. Dans ce but, j'employai un procédé recommandé par D. Desprès, mon père et mon premier maître : je tirai sur le pédicule en le serrant solidement de la main droite pendant que de la main gauche je comprimais la masse de la hernie.

Après deux minutes environ, je sentis quelque chose se réduire brusquement; le malade s'en rendit parfaitement compte en même temps. Tout cependant n'était pas réduit; il restait encore de l'épiploon et de l'intestin, la sensibilité, le volume du pédicule gros encore l'indiquaient assez. Je poursuivis donc les manœuvres de taxis, et j'eus la satisfaction de sentir un gargouillement caractéristique pendant que le malade, de son côté, ressentait un soulagement immédiat.

D'après ce que j'ai perçu, je suis porté à croire qu'il y avait dans cette hernie, outre l'épiploon, deux anses intestinales; l'une d'elles rentrait habituellement, c'est celle qui s'est réduite la dernière, et l'autre ,moins longue, dernière portion introduite dans le sac, devait comprimer l'ancienne; c'est celle qui est rentrée la première.

Un point de l'observation de ce malade a toute la valeur d'une expérience. Plusieurs d'entre vous ont senti le pédicule de sa hernie; vous avez pu apprécier son volume, vous avez vu combien le malade souffrait lorsque vous preniez ce pédicule; eh bien! après réduction de l'intestin, il restait une masse d'épiploon très-appréciable dans la hernie, et, lorsque je vous ai fait toucher de nouveau cette hernie, vous avez pu juger du peu de volume de son pédicule et de son indolence complète. La démonstration de ce que je vous ai avancé est, je pense, aussi parfaite que possible.

Le traitement dirigé contre les hernies en général a varié avec les temps et varie encore suivant les peuples. Je serai bref sur ce point.

En Angleterre, dans le cas précédent, on n'aurait pas fait de taxis; le débridement, sans ouvrir le sac, aurait eu la préférence, et il aurait pu réussir, puisque le taxis manuel a réussi.

Baudens comprimait les hernies avec une bande roulée.

M. Maisonneuve s'est servi du même procédé, mais avec une bande de caoutchouc. Ce moyen réussit quelquefois, mais quand il ne réussit pas l'opération de la kélotomie est singulièrement aggravée, et dans certains cas on a vu, à l'ouverture du sac, l'intestin présenter des lésions très-graves dues exclusivement à la compression par une bande aveugle.

Dans les vieux livres de chirurgie française on trouve la description d'un procédé que les Américains ont réinventé sous le nom de procédé de Leasure. C'est le vieux procédé d'Aquapendente qui consiste à pendre les malades la tête en bas. Louis faisait mettre les malades sur le dos d'un aide la tête en bas; l'aide tenait le patient par les jambes et le secouait à plusieurs reprises; plusieurs hernies ont été réduites ainsi.

Je passe sous silence une foule d'autres procédés tels que les objets pesants appliqués sur l'abdomen, etc. Rien ne vaut le taxis avec la main, toutes les fois que l'on a réussi avec des procédés extraordinaires de taxis, la main aurait réussi, parce que la main est le plus intelligent des instruments.

Lorsque la hernie est réduite, quelle conduite doit-on tenir? On peut redouter la péritonite dans 1/200e des cas, c'est pourquoi vous prescrirez la diète et le repos au lit pendant quatre jours. On ne doit donner des aliments solides que lorsque le cours des matières est bien rétabli.

Lorsque l'étranglement intestinal n'a pas duré plus de six heures, un purgatif avec l'huile d'amande douce et l'huile de ricin est bon, mais n'oubliez pas qu'après ce temps il peut exister des lésions intestinales. Les mouvements péristaltiques provoqués par ce purgatif pourraient amener la déchirure de l'intestin. Cette connaissance guidera votre conduite.

Si des accidents apparaissent dans les six premiers mois qui suivent une réduction de hernie étranglée, gardez-vous, comme du feu, des purgatifs: vous pourriez tuer votre malade; donnez plutôt des lavements avec une cuillerée à bouche de glycérine pour 500 grammes d'eau.

Nota. — Le malade est sorti guéri le 5 mai.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

I. Pseudo-hypertrophie musculaire. — II. Accidents produits par le sulfure de carbone.

I. Je vous présente ici un petit garçon de douze ans, que sa mère nous a amené à la consultation, et qui présente des phénomènes morbides très-intéressants.

Comme antécédents, on nous apprend que son père a eu des attaques, mais on nous les définit assez mal; il est cocher, et, par suite, très-probablement adonné à certaines habitudes alcooliques professionnelles.

Quant à l'enfant, il a toujours mal marché, dès l'âge de deux ans, pour ainsi dire dès ses premiers pas, en renversant le tronc en arrière; aussi tombait-il fréquemment. Un peu plus tard, on s'est aperçu qu'il avait les mollets sensiblement plus volumineux qu'ils ne le sont d'habitude à son âge; non-seulement la masse musculaire était plus considérable, mais elle était aussi plus faible. L'enfant avait aussi les extrémités constamment froides, la peau était marbrée et d'une vitalité moindre que dans l'état normal. Je ne citerai que pour mémoire une pleurésie survenue pendant ce temps, et qui n'a laissé aucune trace et n'a eu aucun effet sur le développement de la maladie qui nous occupe en ce moment. Enfin, en grandissant, l'enfant est devenu de plus en plus faible.

D'autre part son intelligence n'est pas indemne, contrairement à ce que l'on observe d'habitude; il sait à peine lire et écrire malgré plusieurs années passées à l'école.

L'état actuel de ce jeune garçon est le suivant: aucun mouvement fébrile, persistance de la faiblesse générale; il marche en se dandinant par l'absence de forces qui fait que le tronc se porte alternativement à droite et à gauche; il tombe encore trois ou quatre fois par jour; il marche aussi sur la pointe du pied, par suite d'un équinisme compliqué d'une légère déviation du pied en dedans (varus). Enfin la région postérieure du tronc présente une ensellure assez marquée.

Le volume des muscles, normal dans les membres supérieurs et le tronc, à peu près normal aussi aux cuisses, est beaucoup plus considérable lorsque l'on arrive aux membres; il est caractérisé surtout aux mollets, qui sont également gros à droite et à gauche. La sensibilité cutanée est émoussée; la peau, mal nourrie par ses vaisseaux, est marbrée, comme je viens de vous le dire; il existe un refroidissement général, et les muscles n'ont qu'une faible activité.

Tels sont les phénomènes que cet enfant nous présente, phénomènes suffisants pour nous permettre de dire qu'il est atteint de cette affection, étudiée pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), affection qui, anatomiquement, est caractérisée par un développement plus ou moins considérable de tissu conjonctif interstitiel aux masses musculaires et quelquefois aussi par de la graisse, c'est-à-dire une sclérose musculaire ou pseudo-hypertrophie musculaire.

Cette maladie débute généralement par les mollets, et va progressivement en s'étendant aux fesses et à la région lombaire. C'est une maladie rare, dont je n'avais observé jusqu'à ce jour que deux cas; celui d'aujourd'hui est le troisième. Le premier était un petit garçon chez qui le développement du tissu conjonctif et de la graisse était tel dans les mollets, les cuisses et les fesses, que, par leur volume, il lui donnait les apparences d'une femme de trente ans. Cette maladie est une aberration de nutrition des tissus musculaire et cutané, dans lesquels l'appareil vaso-moteur est pour ainsi dire paralysé.

Chez l'enfant que vous venez de voir, il existe un ralentissement des fonctions du cerveau, dû très-probablement à quelques troubles de la circulation cérébrale, indépendants de la sclérose musculaire.

J'ajouterai que l'on ne saurait confondre la démarche de l'enfant qui résulte de cette pseudo-paralysie musculaire avec celle qui serait le fait d'une luxation congénitale coxo-fémorale double, affection qui présente avec elle de grandes analogies. Mais l'un des caractères distinctifs de cette dernière est fourni surtout par l'examen des articulations de la hanche et le déplacement de la tête du fémur, que l'on sent à travers les tissus, et, de plus, les sujets qui sont atteints d'une double luxation coxo-fémorale se tassent pour ainsi dire sur eux-mêmes en marchant et se raccourcissent, tandis qu'ici la marche est caractérisée par un dandinement avec équinisme varus. Enfin nous observons encore chez cet enfant un affaiblissement général progressif. Il ne saurait donc y avoir aucun doute, aucune erreur dans le diagnostic de la maladie dont il est atteint.

Quant au pronostic, il est fort grave, non pas que cette

affection menace immédiatement et directement ses jours; la vie pourra se prolonger en effet pendant un certain nombre d'années, jusqu'à trente ans, peut-être même jusqu'à quarante ans; mais cette prolifération du tissu conjonctif s'étendant peu à peu à tout le système musculaire, s'accompagnant de pseudo-paralysie, arrivera à gagner les muscles du tronc. Par suite, les fonctions des organes respiratoires et cardiaques s'altéreront, se trouveront entravées, et la mort sera la terminaison d'une maladie dans laquelle l'affaiblissement aura été sans cesse croissant.

Comme traitement, on aura recours aux stimulants de la peau de toute nature, massage, électricité, douches chaudes, bains, alcool, soufre; à l'intérieur, on administrera la noix vomique; on essaiera l'iode et l'iodure de potassium; je dis avec intention « essayer », car ces médicaments sont aujourd'hui d'un emploi beaucoup trop généralisé; on les donne, je ne dirai pas à tort et à travers, mais à tout propos, sans avoir toujours suffisamment eu soin de discerner les cas où leur action est réellement indiquée de ceux où leur administration est inutile, quand elle n'est pas nuisible même.

II. Vous m'avez vu souvent employer la toile caoutchoutée contre l'eczéma impétigineux; c'est un moyen qui m'a toujours donné d'excellents résultats. Néanmoins je dois vous rapporter ici une observation qui, sans atténuer en rien la valeur de ce moyen thérapeutique, vous expliquera l'origine de certains accidents auxquels cette toile peut parfois donner lieu.

Dernièrement, mon maître en thérapeutique, M. le Dr..... m'avait adressé un petit enfant, son filleul, pour un eczéma impétigineux assez inquiétant au point de vue des fonctions générales. J'ordonnai l'application d'un masque en toile caoutchoutée souple. Il fut placé avec soin. Mais quel ne fut pas l'étonnement de la mère et du docteur X..... également, en voyant, au bout de très-peu de temps, l'enfant se trouver pris de vomissements, de diarrhée, s'amaigrir, perdre l'appétit, refuser de téter, et la peau se couvrir de plaques noires en certains points, de pustules en d'autres! Il y avait là toutes les apparences d'un empoisonnement.

Appelé de nouveau auprès du petit malade, je fis immédiatement enlever mon masque de toile caoutchoutée, et je le remplaçai par un taffetas gommé. Les accidents disparurent aussitôt, l'eczéma reprit son évolution normale. Il était survenu chez cet enfant un de ces empoisonnements par le sulfure de carbone, déjà signalés par M. Delpech, empoisonnement auquel il aurait pu succomber, et, dans un certain milieu, sa mort eût été attribuée, non pas à l'action toxique du sulfure de carbone, mais bien certainement à une gourme rentrée.

Il peut donc arriver que, lorsque les toiles caoutchoutées contiennent trop de sulfure de carbone, qu'elles n'ont pas été convenablement lessivées à l'eau chaude, — je ne dis pas bouillante, — il peut rester soit du soufre pulvérulent, soit du sulfure de carbone, susceptibles de donner lieu à une sorte d'intoxication véritable.

Des accidents semblables à ceux que nous avons observés chez cet enfant, filleul du docteur X....., sont donc uniquement le résultat de toiles mal préparées, souvent jaunâtres, comme il nous en arrive fréquemment d'Angleterre, et qui ne valent absolument rien.

Ce que je dis des toiles caoutchoutées peut s'appliquer également aux tubes à drainage, qui, s'ils n'ont pas été choisis avec soin, n'ont pas été convenablement lessivés, s'ils ne sont pas phéniqués, s'ils sont gris et pulvérulents au lieu d'être noirs et lisses, entretiennent la purulence des trajets fistuleux, au lieu d'en faciliter la cicatrisation, et, s'il s'agit de quelque épanchement pleural, peuvent entraîner la suppuration de la plèvre.

Ce n'est donc pas dans ce cas au traitement qu'il faut imputer les insuccès ou les accidents qui peuvent survenir, mais bien à la mauvaise qualité de l'agent thérapeutique dont on se sera servi.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Fragments de clinique médicale (1), par M. le docteur Augustin Fabre.

Nos lecteurs connaissent le talent de M. Fabre. Il nous a été souvent donné de publier les très-intéressantes études cliniques du savant professeur de clinique interne de Marseille. Les *Fragments* que nous avons sous les yeux ont été recueillis par le docteur Audibert, chef de clinique adjoint.

M. le professeur Fabre a beaucoup hésité à publier ces intéressantes leçons; mais il a surmonté sa modestie, et parce qu'il a pensé qu'il y avait utilité à faire connaître ce qu'il croit être la vérité, et parce qu'il la devait à l'École de Marseille, dont on ne parle pas assez. Nous nous bornerons à demander au sympathique professeur si ce dernier reproche ne retombe pas un peu sur ladite école. Le meilleur accueil a été ici même accordé à ses travaux. Si on ne parle pas davantage de l'École de Marseille, c'est bien un peu de sa faute. La presse a pris un si grand développement qu'aucun fait intéressant ne devrait rester dans les cartons. Adressez-nous ces faits, et ils seront publiés. C'est le rôle de la presse, et nous pouvons affirmer que nous l'entendons ainsi pour notre part.

Si Paris est lu, c'est que Paris publie: publiez donc un peu, chers confrères de Marseille et autres lieux. Les études qui nous sont venues de votre ville, — le berceau de la *Gazette*, Fabre le Phocéen l'a fondée, ne l'oubliez pas, — ont toujours été excellentes. Au lieu de longs mémoires, envoyez-nous de bonnes observations et des leçons comme celles que nous avons publiées de vous, et vous ne direz plus qu'on ne parle pas assez de votre école.

En attendant, nous ne ferons que vous rendre justice en disant qu'on lira avec le plus vif intérêt vos leçons sur la leucocythémie avec tumeurs du thymus, la maladie bronzée sans lésion capsulaire, la chute thermométrique dans la fièvre typhoïde; la chlorose, état névropathique; la néphrite, état protéiforme; la néphrite associée, la diversité d'aspect des artérites, etc., etc.

Manuel de dissection des régions et des nerfs (2), par M. le docteur C. Auffret.

M. le docteur Ch. Auffret est professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine navale de Brest; il a été chef des travaux anatomiques dans une école où les études anatomiques ont toujours brillé d'un vif éclat; il est enfin l'élève de M. Marcellin Duval, auquel il dédie son livre. Cette présentation de l'auteur à nos lecteurs attire tout particulièrement la sympathique attention sur cette nouvelle œuvre.

L'auteur a divisé son Manuel en quatre parties.

La première partie contient les règles générales de dissection, les modes d'injection et de conservation des corps, les règles qui président à la préparation de toute région, les instruments nécessaires à cette préparation, au montage des pièces, enfin les moyens de les dessécher et de les conserver.

La deuxième partie traite des régions chirurgicales en particu-

(1) In-8°. Prix: 4 francs; Paris, Ad. Delahaye et Lecrosnier.
(2) In-18. Prix: 7 francs. Paris, O. Doin.

lier. L'auteur expose la manière de les attaquer, de mettre à nu, en les conservant dans toute leur intégrité, les rapports des organes qu'elles contiennent; puis la manière de les présenter et de les monter.

La troisième partie enseigne à mettre à nu le système nerveux, et particulièrement les centres, les nerfs crâniens et les plexus.

Enfin, dans une quatrième partie, l'auteur indique la préparation de quelques points difficiles d'anatomie descriptive qui ne pouvaient trouver place dans les deuxième et troisième parties, et pour lesquels les principes généraux exposés dans la première partie étaient notoirement insuffisants.

L'élève peut maintenant porter à l'amphithéâtre ce volume qui lui enseigne la manière la plus favorable pour montrer une région d'ensemble par une ou deux pièces au plus, telles qu'on peut l'exiger pour une démonstration à l'amphithéâtre ou pour un concours. Si deux pièces sont nécessaires pour l'étude d'une même région, l'auteur les indique, surtout s'il n'est possible de présenter les couches profondes qu'au détriment des superficielles. Pour certaines parties du corps, l'œil, l'oreille, par exemple, les préparations et les coupes sont aussi multipliées que l'exigeait l'intelligence de la région ou de l'organe qu'elle renferme.

Cinquante-neuf gravures illustrent ce petit volume; les unes ont été dessinées d'après nature par M. Dufour, aide-médecin de la marine; ce sont les plus nombreuses; quelques-unes sont dessinées, d'après les préparations de l'auteur, par M. Dauphin; enfin huit planches ont été empruntées à l'*Atlas général d'anatomie descriptive* de M. Marcellin Duval.

Manuel de conchyliologie (1), par M. le docteur Paul Fischer.

Le savant aide-naturaliste du Muséum ne veut pas faire attendre trop longtemps ses souscripteurs. Un nouveau fascicule du « Manuel de conchyliologie » vient de paraître.

Après avoir terminé le chapitre consacré à l'usage des mollusques, M. P. Fischer nous fait connaître l'usage des coquilles, puis il aborde l'histoire de la distribution géographique des mollusques.

Ce n'est pas au hasard que les êtres vivants sont distribués au sein des eaux ou à la surface de la terre. Chaque espèce occupe une aréa déterminée et a une distribution géographique distincte. Cette vérité, établie d'abord par Buffon, a reçu les plus éclatantes confirmations des études modernes. Il existe donc des régions ou provinces zoologiques; les aires spécifiques sont admises; les provinces naturelles ont leurs limites, et si le climat joue un rôle, il n'a pas l'importance absolue qu'on lui accordait; de là le système des genres « représentatifs ».

Notre éminent confrère commence son étude par les provinces marines (arctique, boréale, celtique, lusitanienne, aralo-caspienne, africaine, occidentale et australe, indo-pacifique, australo-zélandaise, japonaise, aléoutienne, californienne, panamique, péruvienne, magellanique ou antarctique, patagonienne, caraïbe, transatlantique). De nombreuses listes de mollusques font bien comprendre l'importance de ces créations de provinces marines.

Mais les mollusques ne sont pas seulement distribués par provinces; ils varient selon les profondeurs, de là leur distribution bathymétrique. M. le docteur Fischer admet cinq zones bathymétriques : 1° littorale; 2° des laminaires; 3° des nullipores et des corallines; 4° des brachyopodes et des coraux; 5° abyssale.

Le commencement de l'étude des régions terrestres termine ce fascicule qu'enrichit une carte illustrant les distributions malacologiques.

De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille (2), par M. le docteur Alfred Rouxeau, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Nantes.

Quoique beaucoup moins fréquente qu'autrefois, l'hémorrhagie survient encore aujourd'hui assez souvent dans l'opération de la taille. L'enfance donne une immunité manifeste vis-à-vis de cette complication, de même qu'une opération antérieure; au contraire, un âge avancé, la longue durée de la maladie calculeuse, l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre, de fistules urinaires, une prédisposition hémorrhagique quelconque, doivent mettre en garde le chirurgien. Le procédé qui donne le plus de sang est la taille latéralisée, celui qui en donne le moins est la taille sus-pubienne. De même, chez la femme, à l'exception de la vestibulaire, l'opération est rarement suivie d'hémorrhagie.

L'hémorrhagie se produit généralement pendant l'opération; artérielle pour l'ordinaire, et provenant de la bulbeuse ou de la superficielle ou de leurs ramifications, elle reconnaît comme cause une anomalie quelconque d'une de ces artères. Plus rarement elle provient d'une blessure du bulbe. L'hémorrhagie veineuse est, elle aussi, bien moins fréquente que l'hémorrhagie artérielle; quand elle se produit, elle résulte soit des déchirures du col vésical fatalement produites par l'extraction violente d'un calcul trop volumineux, soit d'une incision trop étendue de la prostate. L'hémorrhagie vésicale s'est vue quelquefois, mais assez rarement, ce qui est heureux, car c'est la plus grave de toutes.

L'hémorrhagie secondaire, moins fréquente que la primitive, est l'hémorrhagie importante de la taille; elle survient généralement le jour de l'opération, dès les premières heures surtout, au moment où le spasme opératoire se dissipe. Mais elle peut survenir aussi dans les jours qui suivent, quelquefois même deux, trois et quatre semaines après. On doit la redouter chez les opérés âgés, épuisés, lorsque l'extraction du calcul a été violente et pénible et lorsqu'il y a eu beaucoup de sang perdu pendant l'opération. Elle peut se manifester franchement et à ciel ouvert, mais souvent elle se fait sournoisement dans l'intérieur de la vessie.

L'hémorrhagie est toujours grave : non-seulement elle peut causer la mort par elle-même et à bref délai; mais encore elle affaiblit beaucoup le malade, qui peut mourir de l'épuisement consécutif, et le rend moins apte à résister aux autres complications qui peuvent l'assaillir. Aussi faut-il toujours la réprimer énergiquement, surtout chez les enfants, les vieillards et les gens affaiblis.

Le principal moyen thérapeutique dont on dispose est le tamponnement, qu'on peut aider, du reste, de la ligature quand elle est possible, de la torsion, des pinces hémostatiques ou enfin des irrigations froides et styphiques. Ce qui est indispensable surtout, c'est d'agir rapidement, en se souvenant, comme le dit Thompson, que chaque goutte de sang perdu est une chance de mort pour l'opéré.

Tel est, en résumé, l'excellent travail que M. le docteur Rouxeau a consacré à l'hémorrhagie dans l'opération de la taille, sous l'inspiration de son maître, M. le professeur Guyon.

La Bourboule actuelle (1), par M. le docteur Ad. Nicolas.

Dans quelques jours va s'ouvrir la saison des eaux. La station de la Bourboule vient d'avoir la bonne fortune de trouver, en M. le docteur Nicolas, un juge éclairé, bienveillant, mais très-sérieux, qui nous fait connaître le bénéfice qu'on peut retirer de l'usage de ses eaux.

Après une très-intéressante introduction sur le milieu thermal, il étudie les eaux, leur émergence, leur origine, leur nature et leur distribution. Il aborde ensuite la cure ; expose les effets physiologiques, les indications, les contre-indications et le mode d'administration. Il ne dédaigne même pas de parler des eaux transportées. Mais le tout est dit avec prudence, réserve, bon goût et ne saurait être confondu avec d'autres publications.

L'œuvre de notre éminent confrère est une œuvre d'apaisement. La Bourboule voit son avenir très-menacé par des luttes de clocher, le docteur A. Nicolas pousse le cri d'alarme : nous souhaitons que sa voix soit entendue.

(1) In-8°. Prix de l'ouvrage complet payé d'avance : 20 francs. — Paris, F. Savy.

(2) In-8°. Prix : 3 francs. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

(1) In-12. Prix : 3 francs. Paris, G. Masson.

De l'ictère dans les kystes hydatiques du foie (1), par M. le docteur Octave Ortiz-Coffigny.

L'auteur a divisé son travail en deux parties. La première est consacrée à l'étude des causes qui peuvent produire l'ictère dans le cours de l'évolution d'un kyste hydatique. La deuxième nous offre l'étude des divers phénomènes qui accompagnent l'ictère et les différentes modalités cliniques que revêt cet ictère.

Voici les conclusions de ce travail :

L'ictère est plus fréquent dans l'évolution des kystes hydatiques qu'on ne le croit généralement. Il peut être produit soit par une simple congestion irritative du foie, soit par la compression de canaux biliaires, soit par l'ouverture des kystes dans les voies biliaires, avec ou sans obstruction de ces voies. La conséquence de la compression des gros canaux est une hépatite interstitielle due à l'angiocholite et à la périangiocholite, résultat de la rétention de la bile. Histologiquement, cette hépatite peut, dans certains cas, ressembler à celle de la cirrhose hypertrophique avec ictère ; dans d'autres, c'est une simple hépatite diffuse, sans multiplication des canalicules biliaires. La conséquence de la rupture du kyste dans les voies de la bile, avec ou sans obstruction permanente du cholédoque, est une angiocholite aiguë qui souvent devient suppurative et aboutit à la formation de petits abcès biliaires disséminés.

Les symptômes de cette angiocholite sont les mêmes que ceux de l'angiocholite calculeuse, et une tumeur hydatique, en s'ouvrant dans les canaux biliaires, peut provoquer tous les phénomènes de la cholélithiase.

La constatation d'une tumeur offrant les caractères d'un kyste hépatique, avec la présence de vésicules d'hydatides dans les selles, peut seule assurer le diagnostic. Les deux affections peuvent d'ailleurs coexister. Le diagnostic du kyste hydatique simple avec ictère est à peu près impossible avec le kyste hydatique alvéolaire. L'hypertrophie de la rate dans ces derniers cas et la présence dans les selles de vésicules à prolifération excentrique pourraient pourtant faire reconnaître un kyste alvéolaire, affection excessivement rare en France.

Le traitement doit être de préférence simplement palliatif dans les cas où le kyste ne suppure pas. Dans les cas contraires, où la suppuration est évidente, il faut agir, et l'ouverture du kyste, avec les précautions de la méthode antiseptique, est probablement alors le meilleur procédé.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. Paris, A. Coccoz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour un emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle médicale s'ouvrira le 1er décembre 1881, à l'École de médecine d'Alger. Le registre d'inscription sera fermé le 14 novembre prochain. S'adresser pour les conditions du concours au secrétariat des Écoles d'enseignement supérieur à Alger.

— Une seconde liste pour la souscription ouverte par la Société d'anthropologie pour élever un monument à la mémoire de Paul Broca vient de paraître. Elle s'élève à la somme de 2,442 fr. 75 qui, jointe à celle de la première liste, fait un total de 15,959 fr. 90.

Recherches cliniques sur l'albuminurie de la grossesse, du travail et des suites de couches, par le docteur Paul Cassin, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de la Maternité de Lyon (prix Bonnet, concours 1876). 1 volume in-8° de 85 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11285.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quand l'Académie vient de perdre un membre illustre, il est de coutume que la séance soit levée en signe de deuil, aussitôt après les élections à l'ordre du jour.

Un tel honneur était bien dû à M. Littré, et, en effet, toutes les communications ont été renvoyées à la semaine suivante. Mais on a tenu le comité secret, ce qui a beaucoup surpris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PINARD.

Rétrécissement du bassin; indications (1).

III

Je ne vous rappellerai pas combien est dangereuse la méthode qui consiste à atteler deux ou trois personnes au forceps; je ne vous rappellerai pas davantage comment vous devez tirer, puisque nous avons eu déjà de longs entretiens sur ces différents points.

Vous savez qu'on doit tirer seul, vous savez comment il faut tirer; rappelez-vous surtout qu'on ne doit pas tirer trop fort.

Assurément l'on peut toujours faire passer une tête de fœtus à terme à travers un bassin de 8 centimètres, mais souvent en brisant cette tête, en triturant, en déchirant les parties molles, en faisant même éclater la ceinture osseuse comme dans le cas où j'ai vu un accoucheur rompre les trois symphyses du bassin !

Je sais combien la situation de l'accoucheur est pénible, angoissante, en face d'un enfant vivant dont la tête ne peut franchir le canal pelvien. Je comprends le mobile qui le fait agir, quand il renouvelle souvent, peut-être trop souvent, ses tentatives d'extraction; mais il faut que vous le sachiez, à un moment donné l'accoucheur doit faire preuve d'énergie morale.

Il est convaincu par des tentatives infructueuses de l'inutilité de ses efforts, il doit s'arrêter à temps; il a fait ce qu'il a pu pour l'enfant, il n'y a qu'à le sacrifier s'il ne veut pas nuire aux jours de la mère.

En résumé, après plusieurs tentatives d'extraction pendant lesquelles la traction aura été *longue et soutenue*, j'insiste sur ces termes, tentatives séparées par un intervalle de une à plusieurs heures, selon l'état de la mère et de l'enfant, aucun engagement vrai ne se produisant, je dis engagement vrai, parce qu'il ne faut pas confondre l'augmentation de la bosse séro-sanguine, devenue plus accessible, avec la véritable descente de la tête, on doit pratiquer la craniotomie ou la céphalotripsie.

Surtout, ne faites pas comme certains accoucheurs qui, ne voulant pas tuer directement le fœtus, en lui enfonçant un craniotome dans l'encéphale alors qu'il est vivant, le tuent indirectement en lui comprimant, en lui broyant la tête et tirant sur les branches du forceps; qui, après chaque traction, appliquent le stéthoscope afin de savoir si les pulsations fœtales sont toujours perçues et qui multiplient les efforts d'extraction et ne saisissent le craniotome que lorsque le silence est complet dans la cavité utérine.

C'est en voulant le sauver qu'on a tué l'enfant; leur conscience ne leur reproche rien !

Allons donc! c'est une conduite abominable, que je ne fais que vous signaler pour la stigmatiser. Oui, ceux-là tuent l'enfant, et, de plus, souvent, ils tuent la mère.

L'enfant se présente par la *face*.

Pendant la période de dilatation, rien à faire; mais, aussitôt que la dilatation le permet, si la face n'est pas engagée, que vous ayez affaire à une position mento-antérieure ou mento-postérieure, pratiquez la version par manœuvres internes, et vous pourrez quelquefois, dans ces cas, obtenir des enfants vivants.

Si les membranes se sont rompues prématurément, si le fœtus ne peut plus évoluer, appliquez le forceps, et, si vous n'obtenez aucun résultat, pratiquez la craniotomie et, après, la céphalotripsie si les circonstances l'exigent.

Si l'enfant se présente par l'extrémité *pelvienne*, vous attendrez aussi la dilatation, qui souvent sera encore plus lente ; l'engagement se fera généralement sans grande difficulté, mais le passage de la tête sera toujours plus ou moins difficile.

Vous savez qu'à l'aide de la méthode de Mauriceau,

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 juin 1881.

modifiée ou plutôt complétée par le docteur Champetier de Ribes, vous pourrez, dans nombre de cas, vaincre les difficultés; sinon, vous pratiquerez la craniotomie et la céphalotripsie, tête dernière, toutes opérations qui maintenant vous sont familières.

L'enfant se présente par le *tronc*, et les membranes sont intactes : quelle conduite tiendrez-vous ?

Il faut faire la version, c'est entendu; mais doit-on ramener la tête ou le siège au niveau du détroit supérieur, soit par des manœuvres internes, soit par des manœuvres externes ?

En Angleterre, et on peut dire à l'étranger en général, on pratique la version podalique par manœuvres internes; mais, si nous admettons les idées classiques admises en France, où, jusqu'à présent tout au moins, on considère la présentation du sommet comme moins mauvaise que la présentation du siège, il faudrait ramener la tête au détroit supérieur par des manœuvres externes.

Je dois vous avouer que, pour ma part, entre ces deux méthodes je suis très-hésitant.

Oui, malgré les travaux parus en Angleterre et en France, et que je vous ai signalés, mon indécision est grande. Je reconnais, il est vrai, que la tête, venant dernière, passera plus facilement que la tête première, — vous vous rappelez les belles expériences de MM. Budin et Champetier de Ribes, — mais je ne sais si les enfants ne courent pas plus de dangers.

Cette question est aujourd'hui à l'étude, et il faut attendre, avant de se prononcer, que l'expérimentation et la clinique nous aient fourni de plus amples résultats.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

Hernies étranglées. Diagnostic de leur contenu. Indication du traitement suivant le contenu et le volume de la hernie. — 1° Épiplocèle, temporisation, guérison. — 2° Grosse entéro-épiplocèle, taxis, guérison. — 3° Entéro-épiplocèle, kélotomie, guérison (1).

(Leçons recueillies par M. Gibier (de Savigny), interne du service.)

III

Nous allons opérer devant vous un malade âgé de trente-cinq ans, marchand de vin, qui a une hernie inguinale étranglée depuis vingt heures, hernie petite et pour laquelle il n'y a pas d'autres indications que la kélotomie.

Voici l'histoire du malade avant son arrivée à l'hôpital, salle Saint-Jean, n° 17. Il ne croyait pas qu'il eût une hernie. Il avait bien remarqué depuis de longues années, dans l'aine, une grosseur qui disparaissait. Je pense que ce malade avait une hernie inguinale dans le canal depuis sa tendre enfance, en un mot une hernie congénitale.

Le 4 mars, à une heure de l'après-midi, il ressentit en toussant une douleur dans la région inguinale droite, douleur supportable toutefois. Une demi-heure après il déjeuna, mais il mangea peu et se trouva mal à l'aise. Après le déjeuner, il eut une selle, mais ne rendit pas de gaz. Bientôt il fut pris de nausées et il rendit son déjeuner. De deux à quatre heures, il eut trois vomissements de bile. Le ballonnement du ventre commença, et la région inguinale devint très-douloureuse et présenta une tumeur.

A huit heures du soir, un médecin fut appelé; il constata une hernie et fit à deux reprises le taxis sans chloroforme. Les manœuvres ont été fortes, car le malade en avait gardé un douloureux souvenir.

A dix heures du soir, le malade est amené à la Charité. L'interne de garde, assisté de deux de ses collègues, renouvelle le taxis avec anesthésie. Le taxis fut prolongé pendant vingt minutes et l'on eut de la peine à réveiller le malade. Le bain préalable, si recommandé par Desault, avait été oublié.

Le malade vomit dans la nuit tout ce qu'il prit et eut du vomissement de bile verte et jaune.

Le matin 5 mars, à neuf heures, je vois le malade; il est fatigué; le ventre, ballonné, est douloureux à l'ombilic.

Sa hernie siège au niveau de l'anneau inguinal externe droit; elle forme une tumeur du volume d'un œuf, pâteuse et non sonore à la percussion; elle a un pédicule qui a à peu près la largeur de la tumeur herniaire. Ce pédicule se prolonge dans le canal inguinal, en arrière duquel on sent un plateau dur. *La pression sur le pédicule de la hernie est douloureuse.*

Je diagnostiquai une entéro-épiplocèle, parce qu'il s'agissait d'une hernie mollasse, et j'étais sûr qu'il y avait de l'intestin parce que le pédicule de la hernie était large et douloureux.

Mon parti fut pris de suite, et, sans recourir de nouveau au taxis, je vais pratiquer la kélotomie avec ouverture du sac, c'est-à-dire la méthode ancienne.

Le pronostic de cette hernie serait des plus favorables, si aucune tentative de taxis n'avait été pratiquée. J'ai écrit et je répète devant vous que le taxis aggrave toujours le pronostic des hernies qu'il ne réduit pas. Nous allons trouver un intestin contusionné, du sang dans le sac, et je suis sûr que, s'il n'y avait pas de l'épiploon qui a protégé l'intestin, les lésions seraient encore plus graves. C'est surtout pour cela que je proscris absolument le chloroforme comme adjuvant du taxis.

Lorsque le malade est bien endormi, on ne sait pas où s'arrêter, et les limites de la prudence sont bien souvent dépassées.

Nous allons inciser la tumeur suivant son grand axe; nous ouvrirons le sac avec des ciseaux courbes comme j'en ai pris depuis longtemps l'habitude; le sac ouvert, nous laverons l'intestin à l'eau chaude, nous débriderons en haut et en dehors. Lorsque l'intestin lavé sera réduit, nous lierons, nous réséquerons et nous cautériserons l'épiploon. Si le malade échappe, comme je l'espère, à la péritonite, il sera exposé à une vaginalite, c'est-à-dire à l'inflammation de la portion de la tunique vaginale où la hernie s'est engagée dans le canal et le cordon. Une orchite peut encore survenir, mais ces accidents sont les moindres dangers auxquels est exposé le malade.

— Le malade a été opéré à la fin de la leçon. L'intestin, mis à nu, était recouvert de fausses membranes infiltrées de sang; il y avait même des caillots noirs du volume d'un haricot. Le liquide contenu dans le sac était sanguinolent. L'intestin lavé reprit une couleur violet plus clair, et il n'y avait heureusement aucune ulcération, mais seulement des ecchymoses interstitielles. Le débridement fut laborieux, parce qu'il n'y avait pas un simple collet de sac, mais bien

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 juin 1881.

un sac canaliculé de 1 centimètre et demi de longueur; il fallut revenir trois fois au débridement à la même place; l'intestin fut long à réduire, la contusion de l'intestin était trop évidente pour que le chirurgien y mît de la force.

La plaie ne fut pas réunie et fut pansée avec de l'eau alcoolisée. Le malade ne prit que du bouillon, et trois pilules d'opium de 0g,05 tous les jours, jusqu'au 8 mars où eut lieu la première selle ou débâcle; depuis le soir de l'opération, le malade avait rendu tous les jours des gaz en quantité.

La guérison suivit son cours, malgré une vaginalite qui exigea trois incisions sur le scrotum. Cependant, au bout de trente-sept jours, le malade eut un écoulement de gaz et de matières en très-petite quantité par un orifice fistuleux. Cet accident, qui offre des intermittences, retient encore le malade à l'hôpital, et la compression sera faite dès que les abcès du scrotum seront entièrement guéris. M. Desprès a déjà observé deux fistules stercorales de ce genre qui ont guéri en deux et trois mois (1).

M. Desprès, à propos de ces trois malades qui étaient à la fois à l'hôpital, a fait toucher du doigt à ses élèves un point de la chirurgie des hernies qui n'est pas suffisamment connu et dont les livres ne parlent guère : le diagnostic du contenu de la hernie et les indications thérapeutiques appropriées à la nature de la hernie.

Trois cas différents ont été traités de trois manières différentes, à l'exclusion les unes des autres. L'épiplocèle pure a été guérie par la temporisation. La grosse entéro-épiplocèle, étranglée depuis trente et une heures, a été guérie par le taxis. La petite entéro-épiplocèle, étranglée depuis dix-huit heures, a été guérie par la kélotomie. A trois diagnostics précis, trois indications appropriées ont été appliquées.

C'est par l'étude du pédicule de la hernie, de la gravité plus ou moins grande des accidents et de l'absence ou l'existence de gaz rendus par l'anus, que le diagnostic a été fait et exposé par M. Desprès. Tous les élèves qui ont mis la main sur ces trois malades ont saisi sur le vif les signes diagnostics sur lesquels M. Desprès a appelé l'attention.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des syphilides muqueuses bucco-gutturales.

Nous avons étudié dans une précédente leçon les syphilides génitales ulcéreuses (2). Aujourd'hui nous traiterons d'un autre grand foyer où les syphilides se développent avec la plus grande fréquence, c'est-à-dire des syphilides muqueuses bucco-gutturales.

Comme leur nom l'indique, elles occupent la bouche et la gorge; elles sont extrêmement communes, si communes même que peu d'individus syphilitiques échappent à leur développement. On les rencontre plus souvent, dans les classes pauvres, chez l'homme que chez la femme, parce que le premier prend moins de soin de sa bouche que celle-ci, et aussi parce que l'homme fume presque toujours, tandis que très-peu de femmes se livrent à la culture de la cigarette. Ce n'est pas que le tabac en lui-même soit une cause absolue, nécessaire; mais à coup sûr c'est une source de répétition, de provocation et de répullulation de ces accidents.

Si nous cherchons le siège ordinaire de ces syphilides, nous remarquerons qu'elles peuvent se montrer sur tous les points de la bouche et de la gorge : les lèvres, la langue, les gencives, les joues, le plancher de la bouche, le palais, les amygdales, le voile du palais, etc. Cependant elles ne sont pas aussi fréquentes sur ces différents points. C'est ainsi que, si elles se rencontrent très-communément au-devant de l'isthme du gosier, elles apparaissent très-rarement au delà. Il est une sorte de détroit constitué par les piliers, la luette et la base de la langue, qu'elles franchissent rarement. Elles sont d'une fréquence excessive sur les lèvres, sur la langue, sur les joues et les gencives, tandis qu'elles sont d'une grande rareté dans le pharynx. C'est de là que l'on a dit que les piliers du voile du palais étaient les colonnes d'Hercule de la plaque muqueuse. Néanmoins, je le répète, ces prétendues colonnes sont parfois, elles aussi, franchies; mais le fait est assez exceptionnel, tandis que les lésions tertiaires se manifestent très-fréquemment dans le pharynx.

Au-devant de l'isthme du gosier les syphilides muqueuses affectent trois points de prédilection, qui sont, par ordre de fréquence la plus marquée : 1° la région amygdalienne; 2° les lèvres; 3° la langue.

La syphilide bucco-gutturale présente les mêmes caractères que la syphilide génitale, c'est-à-dire les quatre formes : érosive, papulo-érosive, papulo-hypertrophique, très-rare ici, et ulcéreuse :

1° *Lèvres.* — La lésion que l'on rencontre le plus sur les lèvres est la forme érosive ou la forme papulo-érosive. Elle est caractérisée par une érosion plate ou papuleuse, d'une étendue variable, présentant comme configuration une forme arrondie, ovalaire ou irrégulière. La couleur est ou rougeâtre, comme carminée, ou d'un gris opalin, blanchâtre, quelquefois même porcelanique; c'est ce que l'on a appelé la coloration diphthéroïde.

Lorsqu'elle siège sur la commissure des lèvres, ce qui est très-fréquent, elle se divise en deux moitiés : l'une sur la lèvre supérieure, l'autre sur la lèvre inférieure. Ces deux érosions s'accolent lorsque la bouche est fermée et s'écartent au contraire dès que la bouche s'entr'ouvre; elles sont séparées par un sillon ou crevasse, qui se recouvre, du côté de la face cutanée, d'une concrétion impétigineuse ou croûte.

Si l'érosion siège sur la face externe des lèvres, elle se continue avec la syphilide de la face cutanée, où elle devient croûteuse, impétigineuse.

La confluence de ces syphilides des lèvres est très-variable; de une à six plaques érosives ou papuleuses peuvent s'y rencontrer; elles se fusionnent alors en nappe muqueuse qui peut avoir 2, 3, 4, 5 centimètres de longueur, et parfois même recouvrir toute l'étendue d'une lèvre, prenant alors une forme orbiculaire.

Si les malades atteints de pareilles lésions ne se soignent pas, l'affection peut dégénérer et affecter la variété que l'on appelle papulo-hypertrophique, ou bien encore la variété ulcéreuse.

2° *Langue.* — Le dos et les bords de l'organe lingual sont les parties le plus souvent atteintes, tandis que la face inférieure de la langue est rarement malade. Ce sont ici les mêmes formes que pour les lèvres.

(1) Aujourd'hui, 3 juin, la fistule stercorale est cicatrisée depuis huit jours et les incisions du scrotum sont en voie de guérison.

(2) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 29 mars 1881.

La forme érosive se rencontre plus particulièrement sur la face dorsale; ce sont de petites exfoliations lenticulaires de l'épiderme offrant l'une des deux colorations que nous avons déjà indiquées, soit la teinte carminée, soit la teinte opaline.

Sur les bords, la lésion est verticale, logée dans les sillons verticaux des bords latéraux, et prend l'aspect de fissures verticales. La confluence est aussi très-variable, tantôt réduite à une ou deux fissures, tantôt, et principalement chez les fumeurs, s'élevant au nombre d'une dizaine. Dans ce cas, si elles sont négligées, elles deviennent très-papuleuses, ou prennent même la forme papulo-hypertrophique, et l'organe lingual est comme mamelonné ou, comme on l'a encore appelé, en dos de carpe. Si plusieurs de ces papules viennent à se réunir, à se grouper, on aperçoit, à leur point de jonction, une grande fissure en V, béante et très-douloureuse, surtout au contact des aliments salés et des boissons alcooliques, vin, etc.

Jusqu'ici il n'y a rien de particulier; mais il existe encore une lésion spéciale qui apparaît sur le dos de la langue, sous forme de plaques lisses, dépapillées, circonscrites, de configuration variable, et présentant trois caractères principaux qui sont : 1° une rougeur plus grande que celle des parties voisines; 2° elles ne sont pas érodées; enfin 3° le crayon de nitrate d'argent et le nitrate de mercure ne les colorent pas en blanc, elles ne sont pas excoriatiques. Ces plaques forment un contraste frappant avec les parties voisines par leur aspect lisse et uni, tranchant nettement sur le gazon papillaire normal, comme un cercle fauché dans une prairie. Cet aspect est produit par la chute des languettes épidermiques qui terminent les papilles de la langue.

3° *Amygdales.*— Comme nous l'avons dit tout à l'heure, c'est ici que les syphilides se rencontrent le plus communément. Les amygdales sont leur foyer principal chez la femme et chez l'homme, chez ce dernier surtout, où les plaques muqueuses se localisent avec la plus grande facilité. Comme l'a parfaitement dit M. Ricord, les amygdales sont le véritable nid des syphilides.

La forme érosive y est la plus fréquente ; elle est petite comme une lentille ou comme l'ongle du petit doigt, elle est plate, elle est rouge quelquefois, mais le plus souvent sa coloration est opaline.

Quant aux autres départements de la bouche, toutes les formes graphiques peuvent s'y rencontrer. Mais la forme érosive est toujours celle qui prédomine, tandis que la papule hypertrophique est la plus rare.

Enfin, dernière considération : les syphilides muqueuses revêtent, sur n'importe quel point de la région bucco-gutturale, l'aspect circiné. C'est ainsi que l'on rencontre la forme annulaire surtout sur la face postérieure des lèvres. Elles sont quelquefois ovalaires, mais le plus souvent elles sont demi-cerclées, en croissant, arciformes, comme un fer à cheval, sur la langue et sur les joues, plus rarement sur les gencives.

Cette forme demi-cerclée est très-importante parce qu'elle dénote presque infailliblement une syphilide, car seule la papule ou l'érosion syphilitique revêt *sur les muqueuses* la forme semi-circulaire, tandis que sur la peau un certain nombre de lésions morbides de tout autre nature que la syphilis peuvent présenter cette forme; telles sont par exemple, le psoriasis, le trichophyton, etc.

Ce caractère graphique est donc des plus importants à bien constater.

TRACHÉOTOMIE D'URGENCE

AVEC LE TROCART-TRACHÉOTOME

par le docteur Jacolot (de Lorient), médecin de première classe de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur.

I

Tous les médecins ne sont pas chirurgiens. Beaucoup hésitent, en présence d'une trachéotomie urgente, à faire, séance tenante, une opération qui pourrait sauver la vie d'un malade expirant. Ils appellent un chirurgien à leur aide, et, pendant le temps qu'on met à le trouver, le malade peut succomber.

J'ai pensé que, si l'on imaginait un procédé simple, facile, rapide et aussi peu sanglant que possible pour introduire une canule dans la trachée, beaucoup de médecins, peu habitués à la chirurgie, hésiteraient moins à pratiquer la trachéotomie d'urgence et arracheraient à une mort certaine de précieuses existences.

Cette idée n'est certes pas neuve ; elle a tenté bien des chirurgiens, Maisonneuve, Chassaignac, Anger, Sée et beaucoup d'autres sans doute.

Il est incontestable que la trachéotomie, pratiquée d'après la méthode de Trousseau, est une opération hérissée de difficultés et inabordable pour des médecins timorés ou peu habitués à la chirurgie.

M. de Saint-Germain, l'habile chirurgien de l'hôpital des Enfants, a prouvé, par une pratique exceptionnelle de la trachéotomie, qu'il n'est pas nécessaire de faire cette opération comme une ligature d'artère.

Dans une de ses leçons cliniques de janvier 1881, il signale deux cent vingt-sept trachéotomies qu'il a pratiquées, sans accident opératoire, par un procédé expéditif en un seul temps, après une fixation de la trachée.

Le procédé de Trousseau lui paraît impraticable 99 fois sur 100 chez l'enfant. Ce procédé consiste, comme on le sait, à faire à la peau une incision de 5 à 7 centimètres, à couper le tissu cellulaire, à lier les veines que l'on rencontre, à chercher l'interstice moyen avec une sonde cannelée, à déchirer plutôt qu'inciser, enfin à découvrir la trachée, à la bien voir avant de l'ouvrir à 3 centimètres du cartilage cricoïde.

M. de Saint-Germain ne revendique pas la propriété de son procédé en un temps, procédé qui appartient à Vicq-d'Azyr ; mais il a eu le mérite incontestable de bien régler ce procédé opératoire et de l'employer avec méthode et avec succès.

Il a réalisé un grand progrès dans la pratique de la trachéotomie ; il a rendu un immense service en simplifiant l'opération et en prouvant qu'elle peut se faire rapidement, contrairement au procédé de lenteur préconisé par Bretonneau et Trousseau. Je suis convaincu que, depuis qu'il a fait connaître son procédé opératoire, beaucoup de médecins qui n'osaient entreprendre la trachéotomie l'ont pratiquée avec succès.

Il fixe immuablement le larynx, opère le plus haut possible, à la partie la plus superficielle et la plus éloignée des vaisseaux, et pénètre en un seul temps en divisant le cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée.

M. le docteur Cousyn et moi, nous avons fait, à Lorient, chacun une trachéotomie d'après la méthode de M. de Saint-Germain, avec cette seule différence que nous avons préalablement fait l'incision de la peau. Nos deux petits malades ont parfaitement guéri.

Mais, dans cette méthode, après avoir ouvert la trachée, il faut la dilater pour introduire la canule. J'ai pensé qu'on pouvait encore simplifier l'opération et la rendre plus expéditive en conduisant la canule en même temps qu'on fait l'incision des tissus qui recouvrent la trachée.

Telle est la base du procédé opératoire que je propose.

Je m'estimerais heureux si, en rendant l'opération aussi simple

que possible, je pouvais contribuer à vulgariser la trachéotomie et à la faire accepter par tous les médecins.

II

Description du trocart-trachéotome.

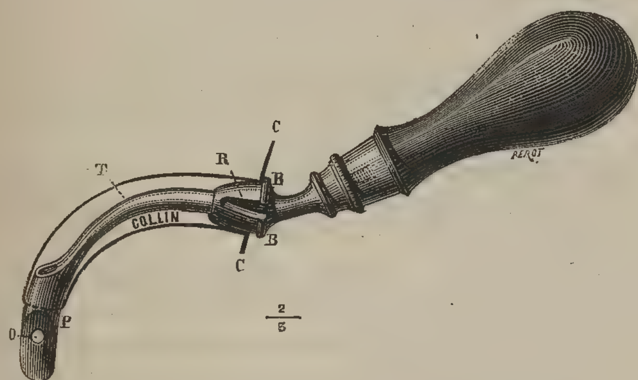
Cet instrument se compose de deux pièces :

1° Une canule trachéale ordinaire C ;

2° Une tige de trocart courbe T, dont la courbure est exactement calculée sur celle de la canule dans laquelle elle doit se mouvoir librement.

Le poinçon du trocart présente une lame épaisse, tranchante en avant et au sommet, mousse en arrière. La partie tranchante n'a pas 1 centimètre de hauteur. Avec cette longueur de tranchant et en inclinant un peu l'instrument, on n'a pas à craindre de léser la paroi postérieure de la trachée, et à fortiori l'œsophage.

A la base de ce poinçon tranchant, à forme conique légèrement évidée, on a percé un canal qui le traverse de bas en haut et qui a pour but de laisser passer l'air de la trachée par la canule et d'indiquer, par le sifflement qui se produit ou par l'écoulement du mucus aéré, que l'instrument a bien pénétré dans la trachée.



Ce petit canal permet aussi à l'air extérieur d'arriver tout de suite dans les voies respiratoires, si toutefois du sang ou des fausses membranes ne viennent pas boucher la voie de la circulation de l'air dans le trocart-trachéotome, ce qui peut avoir lieu ; mais cet inconvénient n'a pas d'importance, puisque, dès que la canule a pénétré dans la trachée, la tige du trocart se retire immédiatement par son propre poids et l'air arrive aux poumons par la canule devenue libre.

Le poids de la poignée du trocart étant plus grand que celui de la tige, il résulte que, lorsqu'on abandonne le manche du trocart à son propre poids, il tend toujours à s'échapper seul de la canule. Aussi faut-il avoir bien soin, quand on se sert de cet instrument, d'appuyer solidement sa poignée dans la paume de la main pour que la tige ne s'échappe pas d'elle-même pendant l'opération.

A la jonction de la tige courbe avec la poignée se trouve un léger bourrelet (B) contre lequel s'appuie la circonférence de l'orifice supérieur de la canule. Il a pour but d'empêcher cette canule de se déplacer quand on enfonce l'instrument dans la trachée.

Sur les côtés du bourrelet B, à droite et à gauche, on a creusé une rainure ou cannelure (R) pour permettre la circulation de l'air dans la canule quand la tige du trocart y est engagée.

Cet instrument qui suffit à l'opération de la trachéotomie permet au chirurgien de faire toute l'opération d'une seule main, la main droite, pendant que la main gauche est uniquement et exclusivement employée à la fixation du larynx qu'elle n'abandonne que lorsque la canule est en place, condition que je considère comme indispensable pour opérer sûrement et rapidement, mais qui ne peut se réaliser qu'à l'aide du système d'échappement pour ainsi dire automatique de la tige du trocart, laquelle s'échappe par son propre poids, quand l'opérateur est bien sûr que le bout de la canule est engagé dans la trachée.

D'un autre côté, la main qui tient l'instrument forme au-devant de la canule une sorte d'écran qui empêche, pendant l'opération, les éclaboussures des voies respiratoires d'arriver au visage de l'opérateur, et qui, par suite, diminue les dangers de la contagion pour le chirurgien.

Les trachéotomes dilatateurs de MM. les docteurs Benjamin Anger et Marc Sée, les seuls que je connaisse, n'ont pas, comme le mien, l'avantage d'être conducteurs de la canule. Ils nécessitent la dilatation, ainsi que leur nom l'indique, et laissent l'opéré exposé à la pénétration du sang dans les bronches pendant le temps que l'on met à dilater et à introduire la canule.

Je n'ai certes pas la prétention de chercher à détrôner le bistouri ordinaire ; rien ne vaut cet instrument dirigé par une main habile, mais l'habileté n'est pas donnée à tous, et il faut considérer que, dans la plus grande majorité des cas, le médecin est appelé quand l'asphyxie est imminente et qu'il faut se hâter de conduire l'air dans les voies respiratoires. Or on peut y arriver, par mon procédé opératoire, plus rapidement que par tous les autres, sans dilatateur, sans aides autres que ceux qui sont nécessaires pour fixer le malade, et d'une seule main, pendant que l'autre fixe le larynx.

C'est un instrument d'urgence pour une opération d'urgence.

NOTE

SUR UN PROCÉDÉ EXPÉRIMENTAL POUR LA DÉTERMINATION DE LA SENSIBILITÉ DE LA RÉTINE AUX IMPRESSIONS LUMINEUSES COLORÉES.

Par le docteur Gillet de Grandmont.

Au point de vue de la vision des couleurs, l'œil ne conserve la sensibilité que grâce à sa mobilité.

Supposons un instant tous les muscles de l'œil frappés de paralysie ; la rétine, une fois impressionnée par un objet coloré, perdra au bout de quelques secondes la faculté de percevoir cet objet et restera en butte à des sensations subjectives mensongères.

Cette proposition découle de l'observation des faits.

Pour les rendre apparents avec toute leur netteté, il suffit d'isoler la vision centrale ou de fixation de la vision périphérique, en immobilisant la tête de l'observateur et en lui faisant diriger son rayon visuel sur un point d'assez petite dimension pour que l'œil ne puisse se promener à sa surface.

Dans ces conditions, si l'on place un objet coloré, de telle façon que les rayons émanés de sa surface aillent impressionner une portion de la rétine de l'observateur, celui-ci constate que ces rayons colorés, si lumineux qu'ils lui paraissent au début, perdent peu à peu de leur éclat, pour s'éteindre définitivement en moins d'une demi-minute, et il ne voit plus l'objet qui lui est présenté.

Ainsi la rétine peut, dans certaines conditions, ne point apercevoir un corps dont les rayons viennent cependant l'impressionner. C'est là un fait de physiologie d'une importance capitale.

Quand une portion de la rétine est ainsi frappée de cécité relative, la membrane sensible a-t-elle perdu son pourpre rétinien et par là la faculté de revoir l'objet qu'on lui présente ? Peut-elle recevoir d'autres impressions lumineuses ? C'est ce qu'il importe d'établir.

Pour cela, l'on fait passer entre l'œil et l'objet non perçu un écran de couleur autre que la couleur même de l'objet et l'on constate que l'objet réapparaît aussitôt. Il suffit donc de quelques secondes de repos pour rendre à la rétine sa sensibilité, sinon totale, du moins partielle, car, en répétant l'expérience, on peut s'assurer que l'impression est de plus en plus fugitive.

De ce qui précède, il faut conclure que si le pourpre s'éteint promptement, il se régénère rapidement, mais qu'il finit toujours par disparaître dans toute la portion de la rétine qui reste sous l'influence des rayons colorés.

Si maintenant reprenant l'expérience, on place à demeure, entre l'œil et l'objet coloré, un écran blanc, on voit apparaître sur celui-ci l'image de l'objet qui a impressionné la rétine, mais la couleur de cette image est la complémentaire de la couleur primitive.

Ainsi, après avoir perçu tels ou tels rayons colorés, la rétine n'est plus susceptible de percevoir la totalité des rayons lumineux (lumière blanche). Elle ne peut plus être impressionnée que par un certain nombre d'entre eux, les seuls rayons complémentaires de la première couleur perçue.

En dehors de cette conclusion, on peut tirer celle-ci que si la rétine n'aperçoit pas tous les objets dont les rayons l'impressionnent, elle peut percevoir l'image d'objets qui n'existent pas. Il est donc possible, comme on le fait pour le nerf lingual, de faire naître à volonté dans l'œil des sensations subjectives dont on peut varier à son gré la forme et la couleur. Ce fait intéresse directement la médecine légale.

Un petit instrument qui rappelle les pirouettes complémentaires du professeur Chevreul permet de démontrer à toute une assemblée les faits ci-dessus. Je l'ai désigné sous le nom de chromatismoscope.

Il consiste en un disque noir présentant ses fenêtres derrière lesquelles on fait apparaître à volonté des surfaces colorées ou des surfaces blanches. Si l'observateur immobilise sa fixation centrale, en dirigeant le rayon visuel sur un point voisin du disque, il s'aperçoit au bout de quelques instants que les sensations lumineuses très-nettes produites par les surfaces colorées s'atténuent peu à peu pour s'éteindre s'il prolonge l'expérience; mais, à ce moment, s'il substitue brusquement aux surfaces colorées des surfaces blanches de même dimension, impressionnant par conséquent les mêmes points de la rétine, il aperçoit tout à coup les couleurs complémentaires avec une pureté et un éclat inconnus. Cette expérience, des plus concluantes, permet d'arriver à la détermination précise des divers degrés de la sensibilité de la rétine en tant que mode et durée.

Au double point de vue de la pathologie de la médecine légale, ces recherches offrent un réel intérêt, puisqu'elles décèlent les variations que peut présenter la rétine pour la perception des couleurs, par la façon même dont l'observateur apprécie les couleurs complémentaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le préfet de police sur la question de savoir si l'Académie croit utile d'ajouter à ses conseils élémentaires aux mères et aux nourrices une note dans le sens de la conclusion suivante, adoptée par le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine : « L'ingestion, par des enfants très-jeunes, de différentes substances, et en particulier de l'huile de foie de morue, peut avoir l'inconvénient de déterminer des diarrhées redoutables. » (Commission d'hygiène de l'enfance) ;

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Bonnewyn (de Bruxelles), qui sollicite le titre de correspondant étranger ;

3° Une lettre de remerciement de M. le docteur Desgranges (de Lyon), récemment nommé correspondant national ;

4° Une lettre de M. Duval, pharmacien, qui envoie, pour la bibliothèque de l'Académie, un exemplaire manuscrit des leçons de thérapeutique faites par Hévin, chirurgien de Madame, en 1778 ;

5° Un pli cacheté relatif au traitement de l'angine diphthérique déposé par M. le docteur Cosmonéi. (Accepté.)

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Littré et ajoute les paroles suivantes :

« Aucun discours ne devait être prononcé sur la tombe de M. Littré. Ainsi l'avait voulu le savant, le lettré, le philosophe modeste au-delà de la vie.

« Qu'il nous soit permis néanmoins de rendre hommage au traducteur, au commentateur qui a fait pour nous, des œuvres d'Hippocrate, comme un livre contemporain, au savoir universel de ce médecin sans diplôme, à son puissant esprit, à la simplicité et à la mansuétude de son caractère. »

M. le président annonce ensuite que, pour honorer la mémoire de M. Littré, la séance publique sera levée en signe de deuil aussitôt après l'élection, et que l'Académie se formera alors en comité secret pour entendre le rapport de M. le docteur Blanche sur les titres des candidats à la place d'associé libre, vacante par la mort de M. Peisse.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La section présente : en première ligne, M. Baudrimont ; en deuxième, M. Prunier ; en troisième, *ex æquo*, MM. Marty et Petit ; en quatrième, M. Vigier.

Le nombre des votants étant de 65, majorité 32.

M. Baudrimont obtient 61 suffrages, M. Prunier 1 ; billet blanc 1.

En conséquence, M. Baudrimont, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Brault est nommé préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Larmarand est maintenu pour un an dans les fonctions d'aide d'anatomie.

— M. le docteur Degrusse, ancien médecin du lycée de Vanves, est nommé médecin honoraire.

— L'examen de validation de stage, pour les élèves en pharmacie, aura lieu le vendredi 15 juillet. Les élèves devront se faire inscrire et consigner les droits d'examen (25 francs) du 22 juin au 9 juillet.

— La Société botanique de France tiendra une session extraordinaire à Fontainebleau du mardi 21 juin au mercredi 29 juin.

Le comité d'organisation a proposé le programme suivant :

Mardi 21 juin. — A huit heures, séance préparatoire, consacrée à l'organisation de la session. — A midi, séance publique. — A deux heures, excursion en forêt au Mail de Henri IV et au Mont-Merle.

Mercredi 22 juin. — Départ en voiture à neuf heures et demie de Fontainebleau pour Chailly, à l'arrivée du train partant de Paris à sept heures vingt minutes. Déjeuner à Chailly. — Herborisation en forêt et retour à Fontainebleau par Futaie du Bas Bréau, Point de vue du camp de Chailly, Rocher du Cuvier, Mare Piat, Mares de Belle-Croix et Mont-Chauvet.

Jeudi 23, vendredi 24 et samedi 25 juin. — Excursion à Malesherbes. — *N. B.* Les botanistes parisiens qui voudront s'y joindre devront partir de Paris le mercredi 22 juin au plus tard, à cinq heures cinq minutes, pour prendre part au dîner en commun pendant lequel seront arrêtées les dernières dispositions pour le voyage du lendemain.

Jeudi 23 juin. — Départ à sept heures précises de Fontainebleau en voiture pour Malesherbes par Arbonne, Le Vaudoué et Tousson. Déjeuner au pavillon de chasse d'Arbonne. Herborisation d'Arbonne à Noisy par les Mers de Sable et les Trois Pignons. Dîner et coucher à Malesherbes.

Vendredi 24 juin. — Herborisations à Malesherbes, au Marais, à la Colline de la Justice, etc.

Samedi 25 juin. — Départ en voiture de Malesherbes à sept heures pour Fontainebleau, par Chapelle la Reine et Ury. Déjeuner à Chapelle la Reine. Herborisation dans la matinée à Boissy aux Cailles, et dans l'après-midi à diverses localités de la forêt, Mare aux Corneilles, plaine de la Chaise à l'Abbé, etc. Dîner et coucher à Fontainebleau.

Dimanche 26 *juin.* — Départ de Fontainebleau à dix heures pour Franchard, après l'arrivée du train partant de Paris à sept heures vingt minutes. Déjeuner à Franchard. Herborisation en forêt par Mares aux Pigeons, Point de vue de Franchard, Gorges de Franchard, etc. — A sept heures, dîner en commun. — A huit heures et demie, séance publique.

Lundi 27 *juin.* — Départ de la station de Fontainebleau à huit heures trente-six minutes, par le train partant de Paris à six heures quarante-cinq minutes pour Thomery. Herborisation par Mares de By (déjeuner à Champagne), Côte de Champagne, Rochers de Samoreau, et retour à Fontainebleau par le pont de Valvin et le bois de la Madeleine.

Mardi 28 *juin.* — Départ de la station de Fontainebleau à huit heures cinquante-cinq minutes pour Moret, par le train partant de Paris à sept heures vingt minutes. Déjeuner à Moret. Herborisation au coteau et marais d'Épisy. A six heures vingt-sept minutes, on prendra à Montigny le train pour Nemours. Souper et coucher à Nemours. — *N. B.* Les botanistes parisiens qui partiront de Paris par le train de sept heures vingt minutes devront faire enregistrer leurs bagages pour Nemours, de même que ceux qui prendront le train à Melun ou à Fontainebleau.

Mercredi 29 *juin.* — Herborisations aux environs de Nemours : bois de Darvault, La Baraudière, bois de Nanteau. Séance de clôture à Nemours. — *N. B.* Les séances de Fontainebleau ont lieu place Centrale, à la salle des élections. Pour les départs de Fontainebleau, en voiture ou à pied, le rendez-vous est place Centrale; pour les départs de la station de Fontainebleau, le rendez-vous est à la station.

MM. les membres de la Société sont instamment priés de remarquer le changement de date. Celle du 18 juin, indiquée précédemment, a été modifiée, et l'ouverture de la session ajournée au 21 juin, à cause des courses qui ont eu lieu à Fontainebleau les 19 et 20 juin, et qui doivent amener dans les hôtels une affluence de voyageurs.

MM. les membres parisiens qui pourront disposer du dimanche 26, pour se joindre à la session, trouveront dans le train de plaisir, dont les billets sont valables du samedi au lundi soir, toutes les facilités désirables. Bien qu'ils n'aient pas besoin de demander une carte au secrétariat de la Société pour jouir de la réduction de prix accordée par la Compagnie de Lyon, ils n'en sont pas moins priés de communiquer leurs intentions au comité d'organisation.

MM. les membres sont invités à faire connaître d'avance au comité d'organisation le titre des communications qu'ils se proposeraient de faire à la Société, pendant les séances de la session, ou, s'il leur est impossible de s'y rendre, d'envoyer leur manuscrit.

On est prié d'adresser toute correspondance concernant la présente session extraordinaire au siège de la Société botanique de France, rue de Grenelle, 84, à Paris.

— Les eaux de Contrexéville sont actuellement desservies directement par la ligne de Chalindrey à Nancy. Cette ligne se détache de la grande ligne de l'est de Paris à Belfort à la station de Chalindrey, pour remonter directement au nord sur la gare de Contrexéville.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique à Mantes, le dimanche 12 juin 1881. On se réunira à sept heures trois quarts du matin à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra le train de huit heures dix minutes pour la station de Mantes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11294.

Arséniate Diastasé du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22, 20 et 19 rue Drouot.

Dr V. Baud

Bière brune du Faucon

Tonique et reconstituante.

VAN VOLLENHOVEN ET Cie, AMSTERDAM.

Recommandée par les médecins dans les convalescences, faiblesses de constitution, anémie, chlorose, dyspepsie, aux mères pendant l'allaitement, etc.

DÉPOT A PARIS, 16, RUE DES JUIFS.

Névroses. — Sirop Collas au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à l'**Huile de Foie de Morue,**

Formules des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble*, d'*odeur agréable, à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contres, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

Établissement thermal Vichy

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel **au perchlorure de fer pur.**

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT; Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, 3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (26e année). — Fondateur et médecin en chef : E. Duval, rédacteur en chef de la *Médecine contemporaine*, journal de l'hydrothérapie

Traitement interne et externe. — Jardin, gymnase, etc. — Consultations tous les jours de deux à cinq heures (mardis et dimanches exceptés).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE MÉDEDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Les véritables DRAGÉES de GÉLIS et CONTÉ ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Eau de Contrexéville (SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPOT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

Fougère mâle et Calomel

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Les 16 capsules, dosées selon la formule du dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 francs le flacon. Pharmacie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

Quinquina Bravais

Extrait liquide concentré de Quinquina.

Tonique, apéritif, réconstituant.

Préparé avec des écorces choisies et titrées, très-exactement dosé, concentré dans le vide, renferme la quintescence des meilleurs quinquinas. Traitement très-économique. Deux cuillerées à café suffisent par jour.

GUÉRIT :

Dyspepsies, Gastrites, Gastralgies, Crampes et Tiraillements d'estomac.

GUÉRIT :

Névroses, Névralgies, Affections nerveuses, Fièvres rebelles.

Dépôts principaux à Paris : 30, *avenue de l'Opéra*, et *rue Lafayette*, 13.

On trouve également le FER BRAVAIS et les EAUX MINÉRALES NATURELLES DE L'ARDÈCHE, **source du VERNET**, etc.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière.

La constatation inattendue d'une erreur grave dans un livre classique vient de conduire un élève de la Salpêtrière à des recherches pleines d'intérêt et à la publication d'une dissertation inaugurale d'une importance clinique et thérapeutique qui n'échappera à personne. Pour cette fois, l'erreur aura mené tout droit à la vérité.

Dans leurs *Nouveaux Éléments de matière médicale et de thérapeutique*, MM. Nothnagel et Rossbach déclarent que « dans le traitement de l'épilepsie chez les adultes, il faut débuter par 5 grammes de bromure de potassium chaque jour et augmenter progressivement la dose jusqu'à 10, 15 et même 20 grammes ». Cette opinion constituant une faute énorme et même un danger, M. Gabriel Ferrand, qui venait d'être pendant un an le témoin attentif des résultats obtenus à la Salpêtrière par M. Legrand du Saulle, dans son service d'épileptiques aliénées et de jeunes filles convulsives, a consacré sa thèse (1) à un compte-rendu de la pratique de son maître. A l'assertion de MM. Nothnagel et Rossbach, il a opposé des faits très-significatifs, puisqu'ils portent sur une moyenne de plus de cent quatre-vingts malades soumises en même temps à la médication bromurée, constamment observées, veillées pendant la nuit et étant l'objet du bulletin quotidien le plus scrupuleusement exact.

M. G. Ferrand compare les années 1879 et 1880, et il divise les épileptiques en trois catégories. Le premier groupe comprend les très-grandes améliorations, c'est-à-dire les malades qui n'ont plus d'attaques, celles dont les attaques ont été dix fois moins considérables et au-dessus, et enfin celles dont les attaques extrêmement considérables ont été diminuées dans les plus notables proportions. Le second groupe renferme les améliorations, c'est-à-dire les malades dont les attaques ont baissé de moitié et au-dessus. Le troisième groupe comprend enfin les améliorations légères.

L'auteur n'a fait porter ses remarques personnelles que sur soixante-dix-neuf malades, n'ayant pas quitté le service de M. Legrand du Saulle depuis deux ans et demi, et il a dressé des tableaux mettant très-nettement en saillie le chiffre comparatif des attaques et des vertiges en 1879 et en 1880, ainsi que la dose de bromure de potassium prescrite dans chaque cas. Or, sur ces 79 malades, 12 appartiennent au premier groupe, 51 au second et 16 au troisième.

« Pour être vrai, dit-il, nous devons ajouter que, chez dix autres épileptiques du même service et traitées de la même manière, la médication bromurée a complètement échoué. Les unes sont restées dans un état stationnaire, les autres ont eu une augmentation des crises. Succès et insuccès compris, on arrive à un total de quatre-vingt-neuf malades, sur lesquelles la proportion des insuccès relativement minime ne dépasse pas 11 pour 100 en chiffres ronds. C'est là véritablement un résultat encourageant que l'on ne peut attribuer à un pur effet du hasard. Nous ne doutons pas que les cas heureux obtenus par M. Legrand du Saulle, à la Salpêtrière, ne soient dus à sa méthode d'administration du bromure de potassium, à sa persévérance dans cette thérapeutique et à la façon merveilleuse avec laquelle fonctionne son service, modèle des services de ce genre, où tout est établi en vue du soulagement et de l'amélioration des malades.

« Ces succès sont d'autant plus remarquables que M. Legrand du Saulle se trouve dans des conditions défavorables : son service est un service d'épileptiques aliénées, et chacun sait qu'en thèse générale le médicament réussit d'autant mieux que le malade est plus intelligent. »

M. G. Ferrand expose qu'au commencement du traitement d'un épileptique, il importe de débuter par 2 ou 3 grammes au plus de sel bromique d'une grande pureté chimique, et, selon les cas, d'augmenter de 50 centigrammes tous les quinze jours ou tous les mois. On ne doit jamais, sous aucun prétexte, augmenter trop rapidement le médicament; sinon, on peut voir survenir du bromisme.

En gravissant ainsi lentement les degrés de l'échelle thérapeutique, on arrive, au bout de trois à six mois, à la dose moyenne de 4 à 6 grammes chez les femmes et de 5 à 8 grammes chez les hommes : ce sont là des doses qu'il faut autant que possible ne pas dépasser.

En 1873, M. Legrand du Saulle procédait ainsi dans son traitement de l'épilepsie : dès qu'un malade était resté un an sans crises, le médicament était administré de deux jours l'un pendant la première quinzaine de chaque mois et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Au bout de dix-huit mois de suspension convulsive, le bromure était donné un

(1) *De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière*. Paris, 1881.

jour sur trois pendant la première quinzaine et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Au bout de deux ans, un jour sur quatre pendant la première quinzaine du mois et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite.

Le traitement du savant médecin de la Salpêtrière est aujourd'hui un peu modifié. Au bout d'un an de suspension des crises, le malade ne prend plus le bromure que six jours par semaine; au bout de quinze mois, cinq jours consécutifs de bromure et deux jours de repos; au bout de dix-huit mois, quatre jours de bromure et trois jours consécutifs de repos; enfin, au bout de deux ans, trois jours de bromure et quatre jours de repos.

Le mode d'administration est de la plus haute importance. Les médecins qui obtiennent encore tant d'insuccès peuvent être assurés qu'ils les doivent pour la plupart à cette manœuvre déplorable qui consiste à diminuer progressivement la dose quotidienne du bromure, dès que l'amélioration a été constatée. Les malades se débromurent peu à peu, et en fin de compte ils redeviennent tout aussi épileptiques qu'avant le traitement. « M. Legrand du Saulle, l'un des médecins qui ont le plus contribué dans ces derniers temps à l'étude de l'épilepsie, observe en ce moment dans sa clientèle quatre épileptiques qui n'ont pas eu une seule attaque, un seul vertige, une seule absence, depuis plus de douze ans; mais ces malades continuent toujours le traitement, dans les conditions que nous avons fait connaître. » Le bromure de potassium ne doit donc jamais être supprimé complètement, sous peine de voir peut-être récidiver la névrose.

Lorsque le médicament est mal administré ou qu'il est d'une qualité douteuse, il peut causer certains inconvénients dont les plus fréquents sont la céphalalgie frontale, l'enchifrènement, le larmoiement, l'irritation gastrique, l'abattement des forces, l'engourdissement des mouvements, l'indifférence, l'apathie, la somnolence, la constipation et l'anémie bromique. Aucun de ces inconvénients n'est remarqué à la Salpêtrière.

On a accusé le bromure de potassium de déterminer des troubles passagers du côté de la mémoire. Le fait s'observe effectivement, mais à partir de 10 ou 11 grammes par jour. Or, dans la pratique éclairée, sage et heureuse, ce chiffre n'a jamais été atteint. Du reste, M. Legrand du Saulle semble avoir pris les devants, et, dès qu'il prescrit 5 gr. 50 cent. ou 6 grammes à une femme, ou 6, 7 ou 8 grammes à un homme, il fait simultanément inscrire sur le cahier de visites une, deux et même parfois trois tasses de café noir, dans les vingt-quatre heures. La mémoire reste absolument indemne. « Ce médecin a pu ainsi prévenir les plus légères infidélités du souvenir. Les Américains ont pris modèle sur lui, et ils s'en trouvent fort bien. »

En résumé, pour M. G. Ferrand, la curabilité relative de l'épilepsie s'observe dans un certain nombre de cas et l'amélioration dans beaucoup d'autres cas; mais une persévérance thérapeutique très-prolongée est nécessaire pour obtenir des résultats sérieux et enviables.

Au point de vue général de la question, ce n'est pas encore le salut, mais c'est déjà un très-grand bienfait.

Les conférences cliniques de l'hôpital Laennec.

Tel qu'il a été réorganisé, l'hôpital Laennec réunit aujourd'hui les conditions les plus favorables pour un enseignement clinique. Les maladies chroniques y viennent aboutir, comme à Bicêtre et à la Salpêtrière, ce qui est précieux pour les recherches d'anatomie pathologique; et pareillement les maladies aiguës y figurent dans chaque service, y occupant un nombre déterminé de lits. Une consultation très-suivie, dans ce quartier populeux et central, rend facile le recrutement de cas intéressants au point de vue de l'étude. On peut donc saisir à la fois, des mêmes problèmes médicaux, les premiers termes dans leurs linéaments à peine perceptibles, et les derniers dans leur clarté brutale, dans leur évidence nécroscopique.

Pour rendre pleinement profitables ces avantages exceptionnels, il fallait des laboratoires, un musée de pièces pathologiques, un amphithéâtre bien agencé, etc. Tout cela a été créé sous l'impulsion intelligente de médecins jeunes et actifs; et nous venons d'assister à l'inauguration des diverses séries de conférences cliniques qui vont se suivre désormais quotidiennement dans cet hôpital.

L'amphithéâtre est imité de celui que M. Charcot s'est fait construire à la Salpêtrière. Il est disposé de manière qu'il soit facile d'y obtenir une obscurité presque complète, indispensable pour la projection de photographies sur un fond blanc.

De même que M. Charcot, M. Damaschino fait un très-grand usage des démonstrations photographiques pour illustrer les sujets dont il traite, et c'est sans contredit une très-bonne méthode que de parler ainsi aux yeux.

En effet, si les leçons cliniques présentent de si grands avantages sur celles de pathologie pure, elles le doivent à ce qu'elles se rattachent à quelque chose de visible, à des malades qu'on peut examiner et dont on peut se rendre compte en leur donnant corps dans ses souvenirs. Mais ces souvenirs peuvent acquérir une précision encore plus grande par des comparaisons et des oppositions perçues également par le sens de la vue. En outre, les préparations microscopiques que présentent les lésions internes des tissus ne peuvent guère se montrer par une autre méthode à des élèves un peu nombreux, et il n'est pas jusqu'aux grosses pièces d'anatomie pathologique dont la reproduction photographique ne puisse être avantageusement projetée sur le tableau blanc.

M. Damaschino a, du reste, on ne saurait mieux choisi le sujet de sa leçon d'ouverture pour faire valoir ce mode d'enseignement.

A propos d'une malade atteinte de paralysie pseudo-hypertrophique, il a successivement montré l'apparence extérieure des muscles dans les cas-types de cette maladie, si bien décrite par Duchenne (de Boulogne) et dans un grand nombre d'états soit pathologiques, soit physiologiques, où le grossissement des membres pourrait donner lieu à des confusions, ainsi que dans certaines maladies où la paralysie existe sans que les muscles soient grossis.

Après cela, restait à montrer les altérations anatomiques des muscles atteints, et, à l'aide du harpon de Duchenne (de Boulogne), ce résultat fut obtenu sans plaie extérieure, sans inconvénient d'aucun genre sur la malade même qui faisait l'objet de la leçon clinique. Après avoir pratiqué des coupes longitudinales et transversales sur des petits fragments de muscles que ce harpon avait ramenés, M. Damaschino avait photographié ces préparations microscopiques, et leurs images agrandies furent projetées sur le tableau blanc. D'autres préparations montraient les lésions qu'on peut rencontrer dans les maladies différentes qui prêtent à la confusion par les symptômes ou l'aspect du corps.

Nous n'insisterons pas sur la partie orale de cette leçon, savamment faite, pleine de clarté et d'érudition, vivement applaudie par un auditoire nombreux déjà et qui revint plus nombreux encore à la suivante.

— M. Legroux, lui, ne s'est pas servi de projections photographiques. Le sujet de sa première leçon demandait, en effet, surtout des démonstrations chimiques et physiques qui se faisaient encore mieux à la lumière du jour. C'était le diagnostic du diabète dans toutes ses phases, depuis le moment où rien n'avertit le malade de l'affection dont il est atteint, jusqu'à cette période finale où les pauvres gens épuisés entrent, pour y mourir, à l'hospice Laennec.

Un réel talent d'exposition qui rappelle par certains côtés celui de notre cher maître Lasègue, tenant l'attention des auditeurs toujours en éveil, leur a permis de mieux fixer dans leur mémoire les premiers et légers indices qui peuvent mettre le médecin en garde contre un diabète commençant ou encore fruste.

De ces petits signes, quelques-uns trahissent la déperdition et le déchet progressif des forces. Nous citerons parmi ceux-là : un sentiment de lassitude continuelle accusé par certains malades ; une paresse musculaire qui les fait reculer devant le moindre effort ; une impuissance génitale, une frigidité invincible qui souvent précède de beaucoup l'affaiblissement général ; un amaigrissement rapide ou, au contraire, un embonpoint excessif et croissant.

D'autres se rattachent aux altérations que subissent, une fois en contact avec les germes de l'atmosphère, les diverses sécrétions sucrées du diabétique. Dans ce groupe viennent se ranger des balanites lorsque le gland est habituellement recouvert par le prépuce ; un prurit vulvaire extrêmement tenace, signe excellent quand il se rencontre et qui nous a souvent conduit à reconnaître un diabète latent ; la carie rapide des dents, et peut-être aussi une gingivite expulsive qui les fait tomber encore saines.

D'autres, enfin, sont presque équivalents à une analyse chimique, en ce qu'ils décèlent directement la présence du sucre dans l'urine. Ainsi, quand un chien vient lécher les bottes de son maître sur lesquelles quelques gouttes d'urine sont tombées, quand des abeilles viennent sucer la terre imprégnée de cette urine, quand on trouve des mouches dans le vase de nuit, on peut être à peu près certain que ces animaux sont attirés par le goût du sucre. Le sucre lui-même se déposant sur les jambes du pantalon où a rejailli un peu d'urine y laisse des taches adhérentes, qui ne s'en vont pas à la brosse, et dont la première apparition, lorsque elle aura été notée par des domestiques soigneux, pourra permettre de remonter à l'origine du diabète.

Nous n'avons pas à rappeler les symptômes d'un diabète évident, confirmé : abondance des urines, sécheresse de la peau, soif excessive, boulimie, etc. ; à cette phase de la maladie, le diagnostic en est très-facile. Mais il ne faut jamais négliger l'analyse des urines, et on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter des causes d'erreur qui se sont rencontrées déjà entre les mains des plus habiles. D'abord, si le diabète est peu marqué; le sucre peut ne faire son apparition dans les urines que dans certaines conditions, après les repas, à certaines heures. Il importe donc de réunir les urines d'une journée entière pour les soumettre à l'analyse. Puis il faut veiller à ce que ce soient bien les urines du malade seul. M. Legroux a conté avec beaucoup d'esprit l'histoire d'un homme qu'un des professeurs les plus célèbres de la Faculté traita pendant un an pour un diabète grave dont sa femme seule était atteinte. Le vase de nuit était commun, et c'était là qu'on avait pris les urines analysées.

En terminant, M. Legroux a montré un polarimètre nouveau qui permet de faire sans calculs, en un instant, le dosage du sucre.

— M. Ferrand a fait une bonne leçon sur la fièvre dans la phthisie. Il a pris, cette année, pour sujet de son cours les indications thérapeutiques de la fièvre et des troubles nutritifs dans les maladies chroniques.

— Dans une des leçons de M. Nicaise, qui, étant le seul chirurgien de cet hôpital, fait deux conférences par semaine, il a incidemment traité d'un sujet fort intéressant, particulièrement étudié par lui, les abcès sans pus. Ces abcès qui, dans le tissu cellulaire, sont comparables aux épanchements séreux ou séro-fibrineux dans les cavités closes, se produisent, à ce qu'il paraît, dans les circonstances les plus diverses. Ainsi, chez le malade dont il est question, c'étaient de vrais abcès de voisinage, occasionnés par une tumeur blanche chronique du genou, à marche lente, et qui avait également produit un épaississement énorme de la synoviale articulaire. Ces abcès ont été très-largement ouverts, l'articulation a été mise à nu, de larges morceaux de la synoviale ont été réséqués ; et, après cette opération, qui a beaucoup soulagé le malade, par la fistule qui persiste, il coule toujours uniquement de la sérosité jaunâtre, jamais de pus. Bien que l'opération date déjà aujourd'hui de plusieurs mois sans qu'il se soit produit de nouveaux accidents, on ne saurait dire encore comment se terminera définitivement cette affection non encore décrite.

— On le voit, les nouvelles cliniques de l'hôpital Laennec s'annoncent comme devant avoir un grand succès.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE

DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR

Par le docteur Pravaz (de Lyon).

Un assez grand nombre de théories ont été émises sur l'étiologie des luxations congénitales du fémur; mais chacun des auteurs qui se sont occupés de cette question s'étant, pour faire prévaloir son opinion, plus spécialement appuyé sur certains faits, vrais en eux-mêmes, mais qu'il a cherché à généraliser sans tenir un compte suffisant des faits contradictoires, il m'a paru utile de discuter de nouveau ces différentes opinions, en faisant intervenir un élément jusqu'ici négligé, la statistique, élément dont il me semble que l'on peut tirer quelques éclaircissements dans une question si obscure.

Dans le cours de seize années, de 1863 à 1878 inclusivement, il m'a été présenté cent vingt-cinq cas de luxations congénitales du fémur. Sur ce nombre, j'ai noté dans cent sept cas le sexe du sujet, la simplicité ou la duplicité de l'affection, le côté de la luxation, et j'ai pu dresser le tableau à double entrée ci-dessous.

	Doubles.	A droite.	A gauche.	Totaux.
Hommes	7	1	3	11
Femmes	44	28	24	96
Totaux . . .	51	29	27	107

Il résulte de ce tableau que le sexe féminin offre une proportion énorme (90 p. 100) de luxations congénitales du fémur comparé au sexe masculin, que les luxations d'un seul côté sont à peu près également fréquentes à gauche et à droite, et, enfin, que le nombre

des luxations doubles est sensiblement égal à celui des luxations unilatérales.

Voyons maintenant quel parti on peut tirer de cette statistique.

Les diverses opinions qui ont été émises sur l'étiologie des luxations congénitales peuvent en définitive se ramener à quatre principales.

1° Action de forces extérieures soit par suite de la position du fœtus dans l'utérus, soit par les manœuvres de l'accouchement;

2° Action par excès ou par défaut des puissances musculaires ;

3° Maladies intra-utérines de l'articulation coxo-fémorale ;

4° Vice originel de conformation par suite d'altération primitive du germe ou par arrêt de développement.

L'opinion que la position vicieuse du fœtus dans l'utérus est la cause des luxations congénitales du fémur a été soutenue principalement par Cruveilhier, qui s'est appuyé, pour la défendre, sur un fait qu'il a relaté dans le tome premier de son traité d'anatomie pathologique (Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*, t. Ier, p. 505). Le sujet de cette observation était un fœtus présentant une double luxation coxo-fémorale et affectant dans l'utérus une position tout à fait anomale, les jambes, au lieu d'être fléchies en arrière sur les cuisses, étant, au contraire, dans l'extension, et les pieds s'arc-boutant contre la mâchoire inférieure. Cette position était bien, en effet, la plus favorable à la production de la luxation des fémurs en arrière, les têtes fémorales venant faire effort contre la partie la moins profonde de la cavité cotyloïde ; mais ce fait perd beaucoup de sa valeur, si l'on considère que l'enfant présentait à la fois aux mains et aux pieds la difformité connue sous le nom de mains et de pieds-bots, et une imperforation de l'anus. Il s'agissait donc là d'un véritable cas tératologique, et la production de la luxation coxo-fémorale peut recevoir une explication tout à fait différente de celle de Cruveilhier.

J'ajouterai qu'en admettant que la position vicieuse de l'enfant puisse, abstraction faite de toute autre cause, amener l'issue de la tête fémorale hors de l'acétabulum, ce fait ne se présente que très-exceptionnellement, et je ne connais pour ma part aucun autre cas dans lequel on ait signalé au moment de la naissance la coïncidence d'une position anomale avec une luxation congénitale. On ne peut donc prendre pour base d'une théorie étiologique un fait aussi rare et dont la valeur elle-même est très-contestable.

On peut de plus objecter à l'opinion de Cruveilhier, d'une part, la prédominance si grande des luxations congénitales du fémur dans le sexe féminin, d'autre part, l'hérédité si fréquente de cette malformation, double fait qu'on ne peut logiquement expliquer par la position anomale du fœtus.

Quant aux manœuvres de l'accouchement, on ne peut que très-exceptionnellement les invoquer comme cause des luxations congénitales du fémur, si tant est que l'on puisse regarder comme telles des luxations qui sont en réalité traumatiques, et j'ajouterai que, sur le nombre assez grand de cas qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai pas trouvé une seule fois l'accouchement difficile comme cause de déplacement de la tête du fémur.

L'action musculaire a été invoquée par quelques auteurs pour expliquer l'issue du fémur hors de l'acétabulum, et l'on a fait intervenir tantôt la rétraction active de certains muscles sous l'influence d'une affection intra-utérine du système nerveux central, tantôt une paralysie permettant l'issue de la tête fémorale sous l'action prédominante des antagonistes.

D'après M. Jules Guérin, généralisant ses idées sur les causes des difformités congénitales, « les luxations congénitales du fémur sont, comme le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine, le produit de la rétraction musculaire primitive, et les variétés de cette luxation, considérées sous le rapport de leur siège, de leur direction et de leur degré, le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée et de ses éléments différemment combinés dans les muscles du bassin et de la cuisse ». (Jules Guérin, *Recherches sur les luxations congénitales*, onzième mémoire, 1841, page 12.)

Jusqu'à quel point cette opinion est-elle acceptable? Il est constant qu'on a rencontré chez certains fœtus anomaux, tels, par exemple, que celui dont Cruveilhier a publié l'observation, et en particulier chez les anencéphales, des lésions profondes du système nerveux central s'accompagnant, indépendamment d'autres malformations, de déplacement des têtes du fémur, ectopie qu'on a attribuée à la contraction spasmodique des muscles de la cuisse. Mais ne peut-on pas, avec plus de raison, regarder l'absence des têtes fémorales hors de leurs cavités normales de réception comme le résultat d'un arrêt de développement frappant simultanément les centres nerveux et les systèmes organiques auxquels ils sont si intimement liés?

Quant à l'analogie qu'on a voulu établir entre la luxation congénitale du fémur et le pied-bot, par exemple, au point de vue de l'étiologie, il suffira de remarquer qu'il n'existe dans la science aucun fait de sujets atteints de luxation coxo-fémorale simple ou double et présentant en même temps, au moment de la naissance, la rigidité spasmodique localisée dans les muscles de la cuisse qui devrait, dans ce cas, accompagner le déplacement des têtes fémorales.

Dans l'immense majorité des cas, au contraire, les enfants atteints de luxation coxo-fémorale au moment de la naissance n'offrent à cette époque aucun symptôme particulier qui puisse mettre sur la voie du diagnostic de cette malformation, dont les signes n'apparaissent le plus souvent qu'avec les premiers essais de locomotion.

Il serait également très-difficile de rendre compte dans la théorie de M. Jules Guérin de la prédominance si grande des luxations congénitales dans le sexe féminin, tandis que nous voyons les contractures musculaires se présenter au moins aussi fréquemment chez l'homme.

La paralysie de certains muscles ou groupes musculaires peut-elle être la cause de luxations congénitales? ou, en d'autres termes, le fœtus peut-il être atteint de l'affection à laquelle on a donné le nom de paralysie infantile? et cette affection peut-elle déterminer chez lui la sortie de la tête fémorale hors de l'articulation, par suite de la contraction des muscles antagonistes? Sans être éloigné, d'après l'observation de certains faits, d'admettre la possibilité de cette étiologie, je crois qu'on ne peut l'invoquer qu'à titre exceptionnel et comme un fait d'une extrême rareté.

Mais, s'il est encore douteux que la paralysie dite infantile puisse être la cause de luxations réellement congénitales, il est bien établi maintenant par les observations de M. Verneuil, de M. Dally et, en dernier lieu, de M. Reclus (« Des luxations paralytiques du fémur », *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, deuxième année, n° 3, page 176), que l'atrophie de certains muscles peut, par suite de la prédominance d'action des antagonistes, amener l'issue de la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde. Ces luxations ont pu, dans certains cas, être prises pour des luxations congénitales, la paralysie infantile survenant quelquefois dans les premiers mois de la vie et avant toute tentative de locomotion.

Mais, dans ce cas, la paralysie ou tout au moins la parésie musculaire se traduit par des symptômes qui ne permettent pas de méconnaître la nature de l'affection.

Je signalerai incidemment à ce sujet un fait assez remarquable: c'est que, tandis que la luxation congénitale du fémur est ambilatérale dans près de la moitié des cas, et affecte le sexe féminin dans la proportion des neuf dixièmes, dans les deux cas de luxations paralytiques dont M. Reclus a donné la relation, et dans quatre autres faits que j'ai observés, la luxation était unilatérale et atteignait, au contraire, le sexe masculin dans la proportion de 4 à 2.

Les luxations congénitales du fémur ont été attribuées par quelques auteurs à une maladie articulaire du fœtus, à une hydarthrose ou à une coxalgie.

Cette opinion, qui a été émise pour la première fois par M. Parise, repose sur quelques faits bien établis et que sont venues corroborer les observations de M. Verneuil, de Broca et de Morel-Lavallée.

Mais cette cause ne peut être généralisée, et l'on est en droit de faire à cette opinion des objections très-sérieuses.

Il faut d'abord admettre que, si, dans certains cas de luxations

congénitales du fémur, on a trouvé les signes évidents d'une maladie articulaire, dans la grande majorité des autopsies on n'en a constaté aucune trace. Le plus souvent, en effet, l'articulation coxofémorale n'offre que les caractères d'une articulation incomplète ou ceux que l'on remarque dans les luxations traumatiques anciennes.

On peut également faire valoir contre l'opinion que j'examine actuellement : 1° la fréquence si grande des luxations congénitales doubles, tandis que la coxalgie affecte si rarement les deux côtés ; 2° la prédominance des luxations congénitales chez la femme, alors que la coxalgie atteint plus spécialement le sexe masculin ; 3° enfin, l'hérédité si fréquente de la malformation.

Cette dernière objection est surtout d'une grande valeur. Aussi M. Parise s'est-il efforcé d'en atténuer la force en invoquant une prédisposition héréditaire à l'hydarthrose et à la coxalgie. Mais c'est, ainsi que l'a déjà remarqué Bouvier, pousser l'hypothèse audelà de ses limites légitimes. Je ferai remarquer, en effet, que si les ascendants, atteints de maladies articulaires, transmettent fréquemment à leurs descendants la prédisposition à une maladie de même nature, la lésion ne se localise pas nécessairement chez l'enfant dans la même articulation. Nous voyons, au contraire, le plus souvent le père ou la mère atteints de coxalgie ou de tumeur blanche du genou, tandis que l'enfant est affecté d'une lésion de même nature du pied ou du coude.

Il me reste maintenant à examiner une dernière opinion qui consiste à regarder les luxations congénitales du fémur comme le résultat d'une anomalie de l'organisation, que cette anomalie soit produite elle-même par une aberration du *nisus formativus*, par une altération primitive et originelle du germe, comme le soutient Dupuytren, ou par un arrêt de développement des parties constituantes de l'articulation, d'après l'opinion de Breschet et de Delpech.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de ces deux modes différents d'interprétation, car nous nous trouverions entraînés à examiner de nouveau les arguments émis par Régis, Winslow, Haller et Meckel en faveur des germes originellement anomaux, arguments si vivement combattus par Lémery et, en dernier lieu, par les deux Geoffroy Saint-Hilaire, qui ont fait prévaloir la théorie des arrêts de développement. Mais, si la cause intime de l'anomalie de l'organisation, qui donne lieu à la luxation congénitale du fémur, n'est pas encore hors de toute discussion, le fait de cette anomalie lui-même me paraît dans la majorité des cas en fournir, par exclusion, l'explication la plus générale et la plus plausible, chacune des autres causes invoquées par les auteurs ne donnant la raison que de la minime partie des faits.

L'hypothèse d'une anomalie de l'organisation acquiert surtout une grande valeur des antécédents héréditaires que l'on observe si fréquemment chez les sujets atteints de luxations congénitales du fémur. Qui ne sait, en effet, avec quelle persistance se perpétuent dans le règne organique certains caractères physiques particuliers, même insignifiants en apparence? Et, quoiqu'il soit souvent difficile d'obtenir des familles des renseignements positifs sur les différents membres qui les composent, la fréquence des luxations congénitales au milieu de quelques populations où elles paraissent endémiques, comme dans certains cantons de la Haute-Loire et spécialement dans la ville du Puy, ne permet pas de révoquer en doute l'influence puissante de l'hérédité dans la production de cette malformation.

Quant à la fréquence plus grande des luxations congénitales du fémur chez la femme, on pourrait peut-être en trouver l'explication dans ce fait, constaté par Meckel, que le nombre des anomalies de l'organisation est plus grand d'une manière générale dans le sexe féminin, le fœtus offrant, d'après lui, dans les premiers temps de son développement, époque à laquelle se produisent les déviations de la forme, les caractères qui appartiennent à ce sexe.

Il faut remarquer, de plus, que, d'après quelques anthropologistes, il existe chez la femme une tendance plus marquée que chez l'homme à reproduire les types antérieurs, et que c'est surtout à cette circonstance qu'il faut attribuer la persistance des caractères ethnologiques.

Enfin, il n'est peut-être pas inutile d'ajouter, pour expliquer la localisation plus fréquente dans le sexe féminin de la malformation dont nous traitons, que, chez la femme, malgré le développement plus grand du bassin pris dans son ensemble, les cavités cotyloïdes offrent moins d'ampleur que chez l'homme, la profondeur du cotyle chez la première variant de 20 à 25 millimètres, tandis qu'elle est comprise entre 25 et 35 chez le second.

En résumé, de ce qui précède, il me paraît légitime de conclure que, si les luxations congénitales du fémur peuvent résulter de causes multiples, et dont je ne reproduirai pas l'énumération, on doit chercher la cause la plus générale de cette malformation dans une anomalie de l'organisation, cette hypothèse réunissant, dans l'immense majorité des cas, la plus grande somme de probabilités.

REVUE DE LA PRESSE

Sarcome encéphaloïde de la hanche. — Une femme de soixante-quatre ans entrait, il y a sept mois environ, à l'hôpital de la Conception de Marseille, pour une tuméfaction considérable et des plus douloureuses de la hanche droite. Dans sa jeunesse elle avait fait une chute sur la même région, et depuis lors avait toujours boité. Cependant elle avait vécu jusqu'au milieu de l'année dernière, c'est-à-dire pendant une cinquantaine d'années, sans en souffrir, lorsque, sans cause appréciable, cette articulation devint tout à coup le siège d'une tuméfaction et de douleurs qui s'accrurent rapidement. Rien n'indiquait ni une coxalgie ni une arthrite sèche déformante. Une ponction exploratrice ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang.

Quelques mois plus tard, cachexie profonde de la malade ; pâleur de la face, amaigrissement général, œdème des extrémités ; tumeur molle, adhérant fortement aux parties profondes et aux os, donnant la sensation d'une fausse fluctuation et intéressant la fesse, une partie de la cuisse et du bassin ; peau très-distendue, d'une pâleur excessive, parcourue par un lacis veineux extrêmement développé ; douleur intolérable, sourde, disséminée dans la région, ne s'exaspérant pas par la pression. Diagnostic : kystosarcome. Traitement : soutenir l'état général et calmer les douleurs.

La mort étant survenue au commencement du mois dernier, l'autopsie a été faite et a montré les lésions suivantes : tumeur bosselée occupant toute l'articulation coxo-fémorale, le tiers supérieur de la cuisse, la fosse iliaque droite et une partie du bassin, recouverte d'une enveloppe fibreuse et de quelques fibres musculaires, derniers vestiges des muscles psoas-iliaque, couturier et droit antérieur, enfin formée de nombreuses cloisons circonscrivant des loges remplies de matière blanche encéphaloïde.

La tête du fémur a disparu ; les altérations ont dû commencer du côté de la cavité cotyloïde, qui est détruite, laissant d'une part le pubis et l'ischion et de l'autre l'os des îles, dont la partie avoisinant la cavité et la partie moyenne ont complètement disparu. La crête iliaque est isolée, reliée seulement à la tumeur par quelques trabécules osseuses et quelques bandelettes fibreuses. Au milieu de l'angle sacro-vertébral la tumeur a usé le corps de la cinquième vertèbre lombaire, sans toutefois en altérer profondément la structure.

Le cœur, le poumon et les reins présentent un commencement de dégénérescence graisseuse ; les poumons sont fortement congestionnés à leur base. (*Marseille médical.*)

Traitement de la fissure à l'anus sans opération. — La fissure à l'anus est le plus souvent l'occasion de douleurs extrêmement vives, surtout au moment d'aller à la selle, et les opérations proposées pour la combattre sont aussi fort douloureuses et nécessitent la plupart du temps l'emploi du chloroforme. C'est afin d'éviter toute intervention chirurgicale et d'obtenir néanmoins une guérison complète que M. le docteur Mascarel préconise le traitement suivant : 1° tous les jours prendre un lavement à l'eau tiède additionnée d'une grande cuillerée de glycérine ; 2° après chaque

garde-robe, on introduira dans l'anus, à l'aide d'un porte-mèche, une mèche de charpie, du volume du petit doigt, convenablement enduite d'une pommade composée de :

Glycérine	30	grammes.
Huile d'amandes douces	30	—
Onguent de la mère	60	—

3° Avant l'introduction de la mèche, on aura le soin de bien enduire le pourtour de l'anus d'une couche abondante de la même pommade ; 4° enfin, si la constipation est très-prononcée, on donnera tous les soirs, dans une cuillerée de potage, à l'heure du dîner, 5 centigrammes de poudre de racines de belladone.

Huit fois sur dix, la fissure anale est radicalement guérie après trois semaines ou un mois au plus de ce traitement. (*France médicale.*)

Asphyxie symétrique des extrémités et menace de gangrène chez un saturnin. — Au commencement de cette année, M. le professeur Hardy faisait une de ses savantes leçons sur un malade entré tout récemment dans son service de la Charité pour des phénomènes d'asphyxie locale symétrique des extrémités, parvenue à la seconde période (1). Il s'agissait d'un garçon de vingt-trois ans qui, sans autre cause connue qu'une impression très-vive de froid, avait été pris tout à coup pour la seconde fois des symptômes caractéristiques de cette maladie. La première attaque remontait à l'année 1877 ; elle était survenue en plein été, également sans cause appréciable, et n'avait été guérie, à l'hôpital Lariboisière, que seize mois après le début de la maladie.

Aujourd'hui nous trouvons un nouveau fait appartenant au service de M. Labbé et dont l'observation est due à M. H. Sainton. Il s'agit cette fois d'un saturnin, âgé de quarante-quatre ans, et non plus d'un jeune homme de vingt-trois ans sans antécédents morbides. Il avait été soigné quelques mois auparavant à la Charité dans les salles de M. Vulpian pour des coliques de plomb, et était sorti guéri.

Toutefois, pendant son séjour à l'hôpital, il avait vu apparaître des plaques d'un rouge livide sur la face dorsale des deux mains et aux oreilles, en même temps qu'il éprouvait de vives douleurs dans les mêmes régions. Ces accidents disparaissaient au bout de quelques jours sans aucun traitement spécial, pour revenir bientôt et se localiser principalement aux oreilles qui restaient violacées, froides et douloureuses. Mais peu de temps après des douleurs semblables se montraient dans le deuxième orteil de chaque pied ; la peau, en peu de jours, devenait bleuâtre, puis de plus en plus foncée, enfin presque noire, ardoisée. Les souffrances étaient promptement intolérables, d'une lancinance très-vive, et les phénomènes se généralisaient à tous les orteils.

Plusieurs rémissions passagères eurent lieu dont les oreilles profitèrent seulement, tandis qu'aux pieds persistait une teinte cyanique ; puis les accidents se montrèrent avec une nouvelle intensité et des plaques violacées apparurent sur le dos des doigts.

Enfin, à son entrée à l'hôpital dans le service de M. Labbé, les oreilles et les mains ne présentaient qu'un peu de tendance au refroidissement, et tout le mal se trouvait localisé aux pieds. Les orteils, en effet, étaient d'une coloration bleuâtre, depuis leur racine jusqu'à leur extrémité unguéale, et paraissaient au toucher d'un froid glacial. La pression y déterminait une augmentation notable de la douleur, bien qu'on pût les piquer avec une aiguille sans que le malade en eût conscience.

Sur la pulpe du troisième orteil du pied gauche on voyait une petite phlyctène remplie d'un liquide noirâtre avec menace de gangrène.

Malgré l'enveloppement des pieds dans la ouate, une nouvelle phlyctène se formait dès le lendemain sur le troisième orteil du pied droit, symétrique ainsi à celle du pied opposé.

C'est alors que M. Labbé fit placer les deux membres inférieurs dans un bain d'oxygène. Chacun d'eux fut introduit dans une sorte de boîte en caoutchouc embrassant hermétiquement la cuisse à sa partie inférieure et communiquant sur un ballon d'oxygène que l'on renouvelait toutes les six heures.

Le lendemain matin, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre heures de ce traitement, l'amélioration était considérable, les orteils étaient réchauffés, leur coloration ardoisée avait disparu, ils n'étaient plus que légèrement violacés. Le malade n'avait plus qu'un peu d'engourdissement. Seules les phlyctènes persistaient avec leurs caractères.

Les bains d'oxygène furent continués pendant plusieurs jours et les parties malades parurent revenues entièrement à l'état normal. Au-dessous de la phlyctène du pied gauche le derme était peu ulcéré, mais la séparation se fit très-rapidement. Celle du côté droit s'affaissa peu à peu et la peau se reforma au-dessous. Dès lors le malade guérit promptement.

Cette observation est surtout intéressante par la cause première des accidents semblant résider dans le saturnisme et par l'action directement curative de l'oxygène. (*Journal des connaissances médicales.*)

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 1er février 1881, page 97.

Un corps étranger dans le rectum. — Il y a peu temps, la Société de chirurgie a entendu plusieurs communications relatives à la présence de corps étrangers dans le rectum. Nous trouvons aujourd'hui une observation récente, intéressante surtout par les dimensions, difficiles à surpasser, de l'objet introduit. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, adonné à l'ivrognerie, qui, pendant le délire de l'ivresse alcoolique, s'enfonça dans le rectum un verre dont les dimensions considérables mesuraient : hauteur, 9 centimètres, circonférence du fond 19 centimètres, circonférence du bord libre 21 centimètres, et dont le diamètre maximum atteignait 7 centimètres.

Afin de procéder avec succès à l'extraction d'un corps aussi volumineux, le blessé fut soumis au sommeil chloroformique ; néanmoins, si les tentatives faites pour amener au dehors un objet aussi fragile et aussi volumineux, haut placé et glissant, si ces tentatives réussirent, ce ne fut qu'au prix des plus grands efforts. Cependant, le corps étranger ayant pu être retiré, le blessé se rétablit parfaitement et promptement. (*Presse médicale belge.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

219. M. Pegoud. De la valeur des courants continus dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. — 220. M. Labbé. De la contraction idio-musculaire. — 221. M. Callias. De la résorcine et de son emploi en thérapeutique. — 222. M. Charrier. De l'emploi de la fève de calabar dans le traitement du tétanos. — 223. M. Vogt. Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la cicatrisation des parois intestinales après la ponction par le trocart capillaire. — 224. M. Lautard (Élie). Le délire des grandeurs n'est pas un signe exclusif de la paralysie générale progressive. — 225. M. Maurel. Étude clinique sur les abcès du foie. — 226. M. Guestre. Essai critique sur l'emploi du perchlorure de fer. — 227. M. Minière. Symptômes et diagnostic du testicule syphilitique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient, si nous sommes bien informés, de voter la création de trois chaires nouvelles : 1° une chaire des maladies nerveuses ; 2° une seconde chaire de clinique obstétricale ; 3° enfin une chaire d'art dentaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats ajournés aux examens avant le 15 juin 1881 pourront se représenter devant le

jury d'examen avant la fin de l'année scolaire. Les candidats qui auront été refusés après le 15 juin ne pourront subir à nouveau l'examen qu'après la rentrée.

— A quelques semaines de distance le cimetière de Selles-sur-Cher recevait les dépouilles de deux de nos confrères. L'un, le docteur Ansaloni père, avait consacré, pendant un demi-siècle, sa vie au dévouement professionnel; l'autre, le docteur René Bignon, entrait dans la carrière sous les plus heureux auspices. L'année dernière, dans notre numéro du 30 octobre, nous faisions apprécier à nos lecteurs l'intérêt de sa thèse. M. le docteur Eugène Picard s'est fait l'interprète ému des profonds regrets que laissent ces deux morts.

— En raison des cas de myopie de plus en plus nombreux qui se développent dans les écoles par suite de la défectuosité des tables et des sièges et de la distribution vicieuse du jour, le ministre de l'instruction publique vient de nommer une commission, dite de l'hygiène de la vue dans les écoles, avec mission d'étudier l'influence des conditions matérielles de l'installation scolaire sur les progrès de la myopie et de rechercher les moyens de s'y opposer. Cette commission se compose de MM. les docteurs Gavarret, président; Panas, Gariel, Maurice Perrin, Javal, Montmahou, inspecteur-général de l'enseignement primaire; Hachette et Masson, éditeurs, et Gauthier-Villars, imprimeur.

— L'*American neurological association*, dans sa séance de juin 1882, décernera, sous le nom de « William A. Hammond Prize », un prix de cinq cents dollars à l'auteur du meilleur essai sur les « fonctions du Thalamus chez l'homme ».

Les candidats de toutes nationalités sont admis à prendre part au concours. Les essais doivent s'appuyer sur des observations originales et des expériences sur l'homme et les animaux. Les mémoires peuvent être écrits en français. Ils doivent être adressés, francs de port, au docteur E.-C. Seguin, 41, West 20th street, New-York City, avant le 1er février 1881, sous les formes académiques. Le mémoire couronné deviendra la propriété de l'Association, qui se réserve de le publier. Tout candidat qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du concours. Le montant du prix sera donné au lauréat en or des États-Unis, ou, à son choix, en une médaille d'or avec devise et inscription.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 13 juin 1881, à trois heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Rapport de M. Hanot, sur la paralysie générale, au point de vue des assurances sur la vie. — II. Rapport de M. Descourt sur l'appréciation de l'état mental d'un individu condamné pour vol. — III. Communication de M. Gillet de Grandmont, sur la vision des couleurs, au point de vue médico-légal. — IV. Du secret médical et des déclarations de naissances, par M. Lutaud.

— M. le docteur Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 13 juin, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 12 juin 1881, à Fontainebleau. Le rendez-vous est à la gare de Lyon, d'où l'on partira par le train de sept heures trente minutes du matin.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation le dimanche 12 juin 1881, au Raincy. Rendez-vous à la station du Raincy, à l'arrivée du train partant de Paris (gare de l'Est) à onze heures et demie.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste du cours de géologie au Muséum, fera une excursion géologique publique le dimanche 12 juin 1881 à Noisy-le-Sec et Romainville. Rendez-vous : gare de l'Est où l'on prendra à dix heures trente minutes du matin le train pour Noisy-le-Sec.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11303.

N° 68. — MARDI 14 JUIN 1881. 54e ANNÉE. MARDI 14 JUIN 1881. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les apoplectiques.

LEUR ÉTAT MENTAL, LEUR DEGRÉ DE RESPONSABILITÉ ET LEUR CAPACITÉ CIVILE.

I

En prenant, pour la première fois, la parole dans cet amphithéâtre, de construction si récente, je me reporte involontairement, par la pensée, à plus d'un quart de siècle en arrière. De nombreux et remarquables travaux scientifiques ont, de tout temps, pris naissance dans cet hospice en quelque sorte privilégié ; mais, vers 1854, les élèves venaient déjà se presser aux leçons magistrales de médecins éminents. Falret père et M. Baillarger faisaient à cette époque des cours très-suivis. Si j'ai peu connu Falret, dont j'honore beaucoup la mémoire, j'ai eu la bonne fortune d'approcher de très-près M. Baillarger. J'ai recueilli, rédigé et publié dans la *Gazette des hôpitaux* les leçons de ce maître auquel je suis, depuis, resté fort attaché; et, en élevant la voix dans cet établissement, dont M. Baillarger a été, pendant trente-deux ans, l'un des professeurs les plus écoutés, mon premier devoir est de saluer ici un nom bien cher à la science des maladies mentales. Je saisis avec empressement l'occasion qui m'est offerte d'acquitter une dette de reconnaissance, et je me plais à rappeler combien est grande et honorée la place qu'occupe toujours parmi nous l'homme éminent dont le souvenir est resté si vivant à la Salpêtrière, et dont j'aurai si fréquemment, dans le cours de ces conférences, à invoquer les travaux et la haute autorité scientifique.

Placé ici à la tête d'un important service, après treize années de séjour à l'hospice de Bicêtre, j'ai songé, tout d'abord, à l'enseignement que j'y pourrais faire, et j'ai dû me demander de quelle manière il serait possible de me rendre le plus utile aux élèves. Il m'a semblé que, cette année, obligé que je suis d'improviser mon enseignement, il me serait difficile de parcourir un programme régulier et classique. D'autre part, après avoir questionné mes collègues sur les matières qu'ils se proposent d'aborder dans leur enseignement, je me suis demandé s'il n'y aurait pas un grand intérêt à étudier avec vous certaines questions d'un ordre spécial, dont on s'occupe généralement peu dans les livres ou dans les cours publics; je veux parler des caractères et des conséquences de certains états pathologiques, à propos desquels surgissent, chaque jour, des difficultés médico-légales inattendues. Ces questions imposent au médecin des responsabilités professionnelles si lourdes !

Je voudrais ainsi me placer beaucoup moins au point de vue du professeur aliéniste, qui cherche à initier son auditoire aux secrets de la pathologie mentale, et décrit méthodiquement les différentes formes de vésanies et de troubles intellectuels, qu'à celui du médecin praticien désireux de renseigner ses confrères et ses élèves sur des sujets de pratique médicale ressortissant à la fois à la morbidité psychique et à la médecine légale. Ne serez-vous pas appelés peut-être demain à vous prononcer sur un cas embarrassant ?

Un médecin doit beaucoup savoir. Il n'a pas seulement à s'expliquer en face de la famille du malade qu'il soigne d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde ; mais il a aussi à répondre devant l'administration, devant la justice et devant le public, à l'occasion de maintes questions délicates, litigieuses, parfois peu solubles. Vous serez, en effet, interrogés sur la responsabilité légale de tel ou tel infirme, apoplectique ou épileptique ; vous serez consultés à propos de l'opportunité de tel projet de mariage, de la validité de tel contrat ; il faudra que vous soyez aptes à donner votre avis et à juger sainement et sans retard de l'état mental de tel individu sur lequel on vous questionnera, etc., etc.

Aussi, à propos de chacune des catégories de malades dont j'aurai à vous parler, m'attacherai-je à faire ressortir devant vous les applications juridiques et déontologiques qui s'y rapportent, et aussi les conséquences que j'appellerai, si vous le voulez bien, les conséquences mondaines, qui se dégagent de leur étude. C'est assez dire que j'envisagerai chacun des sujets au triple point de vue clinique, médico-légal et professionnel.

Donc, n'attendez pas de moi un cours didactique de pathologie mentale. Je veux faire passer devant vous des types facilement reconnaissables, afin que, si demain vous vous trouvez face à face avec un vieillard, un apoplectique, un aphasique, une hystérique, un épileptique, un persécuté, un hypochondriaque, un alcoolique ou un prédisposé à la folie, vous puissiez tout de suite agir, agir de votre chef, sans tergiversations et sans craintes, vous rappelant sans cesse que votre avis doit être prépondérant. Je désire, en un mot, vous servir de cicerone dans une excursion clinique et

médico-légale entreprise à travers les difficultés réelles et si souvent imprévues de la pratique de notre art.

Notre première étape sera consacrée à l'étude de l'état mental des apoplectiques.

Vous entendrez fréquemment, dans le monde, parler de la constitution apoplectique. Beaucoup de gens y croient, ceux surtout qui présentent les attributs de cette prétendue constitution : un cou large et court, un teint coloré et des formes athlétiques. Ils se considèrent volontiers comme menacés sans cesse d'hémorrhagie cérébrale. Vous voyez ces hommes s'observer, s'abstenir de certains aliments, fuir avec un soin méticuleux les appartements et les lieux de réunion dont la température est habituellement élevée. Leur vie se passe en précautions infinies, souvent comme s'ils comptaient les minutes qui les séparent de l'échéance redoutée : bonnes précautions d'ailleurs, car ces individus, s'ils n'ont guère plus que d'autres à redouter l'hémorrhagie, sont prédisposés aux congestions du cerveau. Relisez Corvisart, et vous reconnaîtrez que les observations si précises de cet auteur démontrent nettement que la plupart de ces prédisposés à l'apoplexie succombent à des affections du cœur ou des gros vaisseaux. Fodéré soutient même qu'il y a une sorte d'antagonisme entre l'hémorrhagie du cerveau et la constitution dont je viens de vous signaler les traits les plus typiques. Il y a peut-être là une exagération. Mais il n'en est pas moins constant que les individus dont il s'agit meurent rarement d'apoplexie cérébrale. Les recherches contemporaines, vous le savez, particulièrement les beaux travaux de Virchow sur la thrombose et l'embolie, ceux de MM. Charcot et Bouchard sur la pathogénie des hémorrhagies du cerveau, ont établi que la congestion, à laquelle on attribuait autrefois une si large place en pathologie cérébrale, n'a, et dans quelques cas seulement, qu'une influence accessoire et de second ordre, sur la production des lésions de l'encéphale, qui se traduisent habituellement par l'apoplexie.

Il faut donc renoncer au préjugé que je signale à votre attention, et ne pas oublier que les prétendus « apoplectiques » sont le plus souvent des cardiaques.

J'entends par apoplectique tout individu qui a eu une ou plusieurs attaques d'apoplexie. Vous savez assez ce qu'est l'attaque d'apoplexie pour que je n'aie pas à vous en retracer ici la description. Elle consiste dans une perte quelquefois graduelle, plus habituellement subite, tantôt partielle, fréquemment totale, de l'intelligence, du sentiment et du mouvement. Cette attaque peut survenir dans les conditions les plus variées. Elle peut être par exemple l'un des redoutables épisodes de l'histoire de certaines intoxications ; mais l'apoplexie dont nous avons à nous préoccuper surtout, celle qui, lorsqu'elle ne tue pas, laisse après elle des troubles plus ou moins marqués non-seulement de la motilité et de la sensibilité, mais aussi de l'intellect, c'est celle qui est consécutive le plus habituellement à la formation, dans le cerveau, de foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie. Nos apoplectiques, en un mot, ceux dont je vais avoir à vous entretenir, sont des hémorrhagiques ou des ramollis.

Vous vous rappelez comment évoluent ces redoutables lésions qui portent souvent une si profonde atteinte aux fonctions cérébrales.

Il s'agit quelquefois d'un adulte, beaucoup plus fréquemment d'un vieillard. Subitement, ou après quelques prodromes sans importance, le plus souvent à la suite d'une fatigue, d'une vive discussion, d'une émotion morale, d'un effort physique prolongé ou exagéré, l'individu perd connaissance et tombe habituellement paralysé d'un côté du corps. C'est au bout de quelques heures, de quelques jours seulement, que le malade revient à lui. Il est alors le plus souvent hémiplégique, et quelquefois pour le reste de sa vie. L'intelligence, la sensibilité, la motilité, ont été plus ou moins touchées, suivant l'importance de la lésion qui a déterminé l'attaque d'apoplexie ; et, suivant que celle-ci occupe dans le cerveau tel ou tel autre siège, c'est l'une ou l'autre de ces différentes facultés qui présente la plus profonde atteinte.

Du jour où le malade a eu son attaque d'apoplexie, nous le rangeons dans notre groupe des apoplectiques : à partir de ce moment, toujours sous le coup d'une nouvelle attaque plus ou moins imminente, portant dans sa substance cérébrale des lésions indélébiles, cet individu est, à des degrés divers, un déchu : c'est lui dont il me reste à vous tracer le tableau au point de vue psychique.

Je dois vous faire remarquer tout d'abord que l'état de l'intelligence chez les apoplectiques varie suivant que vous envisagez tel ou tel autre malade.

L'apoplexie, en effet, n'entraîne pas fatalement la démence à sa suite, et ce serait commettre une fâcheuse erreur que d'affirmer l'irresponsabilité ou l'incapacité civile d'un individu, par ce seul fait qu'il aurait été antérieurement frappé d'apoplexie. De même, en effet, que les troubles de la motilité et du sentiment sont très-différents suivant les cas, que leur degré est subordonné à l'étendue et au siège de la lésion cérébrale, de même, suivant que cette lésion sera plus ou moins importante, qu'elle se localisera en tel ou tel autre point du cerveau, qu'elle sera unique ou multiple, l'intelligence tantôt survivra à peu près entière à l'attaque d'apoplexie, tantôt, au contraire, sera profondément troublée et même quelquefois complètement anéantie.

Aussi est-il nécessaire d'établir une sorte de classification des apoplectiques, un peu artificielle, je le veux bien, comme le sont toutes les classifications, mais qui nous permettra d'étudier d'un coup d'œil, à la fois, l'ensemble des troubles intellectuels chez ces malades et les particularités de chaque groupe. J'avais cru devoir admettre trois degrés différents de perturbation dans l'entendement des apoplectiques ; mais j'ai reconnu depuis, avec J. Falret, qu'il était possible d'en décrire quatre.

Premier degré. — Il est des apoplectiques (et ils sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement) qui, malgré une hémiplégie caractérisée, ne présentent, pour ainsi dire, aucune altération appréciable de leurs facultés mentales. Un chef de clinique du professeur Rostan, quoique frappé d'hémorrhagie, a pu pendant vingt à vingt-cinq années rester l'un des écrivains les plus distingués de la presse médicale. On a vu des magistrats, à la suite d'une attaque d'apoplexie, reprendre leurs fonctions et les continuer, avec régularité, sans que rien traduisît chez eux, à un examen superficiel tout au moins, un désordre intellectuel. Ce n'est pas à dire pourtant que l'entendement, chez ces malades, soit resté parfaitement intact. Presque toujours il y a une certaine diminution intellectuelle. L'illustre professeur Lordat (de Montpellier), atteint de ramollissement cérébral, avait pu reprendre son cours, mais il avait perdu sa brillante faculté d'improvisation et en était réduit à lire ses leçons.

Le caractère s'est modifié, la volonté est ordinairement affaiblie. Ces apoplectiques sont devenus plus faciles à gou-

verner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables.

Mais ces modifications de l'intellect existent à un degré si peu prononcé qu'il faut une grande habitude de l'observation pour s'en apercevoir. Pour juger ces différences, il faut surtout comparer ce que sont les individus à ce qu'ils étaient avant l'attaque. Il faut, de plus, vivre constamment avec eux. Le public et même le médecin apprécient difficilement ces nuances, dont les personnages de l'entourage du malade, ses amis, sa femme, peuvent seuls bien se rendre compte.

A l'égard des malades de ce groupe, aucune mesure n'est à prendre. Ils continuent à occuper dans la société le même rang qu'avant leur attaque, et on ne saurait mettre en doute leur capacité civile et leur responsabilité morale.

Deuxième degré. — L'atteinte a été plus profonde. Les malades sont plus sensibles, plus impressionnables, plus émotifs; ils pleurent sans raison, passent avec une égale facilité de l'attendrissement le plus touchant à l'irritation la plus vive. Chez eux, la mémoire est affaiblie; ils font une véritable « chasse aux idées »; les noms propres, les substantifs leur échappent; souvent il leur arrive de remplacer le mot qui leur manque par le mot « chose », qu'ils ne trouvent même parfois qu'après de pénibles efforts. Quelques exemples typiques vous fixeront les choses dans l'esprit. « J'ai connu intimement, dès mon enfance, dit Carpenter, un savant remarquable âgé de plus de soixante-dix ans; il était encore vigoureux; mais sa mémoire se mit à décliner. Il oubliait surtout les faits récents et les mots peu usités. Quoiqu'il continuât à fréquenter le Musée britannique, la Société royale et la Société géologique, il ne pouvait plus les appeler par leurs noms; il les désignait par le terme : *lieu public* (1). »

Winslow a rapporté le curieux fait qui suit : M. von B..., ambassadeur à Madrid, puis à Saint-Pétersbourg, se trouve, au début d'une visite, obligé de décliner son nom aux domestiques, le cherche vainement, s'adresse à son compagnon : « Pour l'amour de Dieu, dites-moi qui je suis. » Cette question excite le rire. Il insiste, et la visite finit là.

Déjà, chez ces malades, la volonté fléchit plus encore que l'intelligence; ils manquent de spontanéité, de décision. Ces hommes, qui semblent si irritables, si intraitables, et se cabrent contre ceux qui les gouvernent, se révoltent contre qui essaye de les dominer: ils obéissent et se plient facilement au rôle d'êtres passifs. Leur volonté offre une brèche par laquelle il est facile de pénétrer.

Ce degré de faiblesse intellectuelle est fréquent et il est compatible avec la conservation d'un grand nombre d'idées justes. Certains de ces malades vont à leur atelier, à leur cabinet de travail; ils suivent le cours de leurs occupations familières, et cependant leur volonté est assez affaiblie pour que des gens intéressés puissent, en matière de testament, par exemple, les pousser à telle décision ou leur arracher tel consentement désiré. Ce n'est pas là de la folie, ce n'est pas encore de la démence; mais ce n'est plus l'état normal des fonctions intellectuelles.

Troisième degré. — Il s'agit ici d'une variété fréquente de désordres cérébraux se manifestant surtout chez les apoplectiques qui ont eu deux ou plusieurs attaques. Les malades ont perdu la notion des choses les plus simples de la vie, du jour de la semaine, du lieu où ils se trouvent. Ils méconnaissent les personnes, souvent celles avec qui ils sont cependant le plus familiers. Louyer-Villermay (1) a rapporté le cas d'un vieillard qui, étant avec sa femme, s'imaginait être chez une dame à qui il consacrait autrefois toutes ses soirées, et lui répétait constamment : « Madame, je ne puis rester plus longtemps; il faut que je revienne près de ma femme et de mes enfants. »

Le jugement, chez ces malades, a perdu toute rectitude. Il s'agit là de véritable folie, ou plutôt d'une vraie démence. Tantôt surgissent des conceptions délirantes; les apoplectiques ont des appréhensions, des peurs subites, on veut leur faire du mal, on leur a tout pris, on les pille, on les persécute, ils sont réellement malheureux; tantôt apparaissent des hallucinations, d'effrayantes visions nocturnes; tout un panorama fantasmagorique d'objets affreux ou bizarres passe sous les yeux des malades.

Autrefois ils étaient généreux, prodigues même. Ils sont aujourd'hui d'une parcimonie qui touche à l'avarice. Vous les voyez se promenant dans les rues, généralement accompagnés d'un domestique et présentant quelques signes d'excitation semi-maniaque; d'autres fois, au contraire, pleins d'une mélancolie anxieuse, ombrageux et méfiants, « pleurnichants », ils se lamentent à haute voix, répétant sur le même ton les mêmes doléances et les mêmes plaintes. Ce sont bien des aliénés, des aliénés déments. Voilà pourquoi ils sont le plus souvent placés par leur famille dans des asiles ou des maisons de santé; mesure utile, car ces malades sont difficiles à surveiller et exigent des soins spéciaux.

Quatrième degré. — Nous avons affaire à la démence complète. La décrépitude est entière, la déchéance intellectuelle et physique, absolue; c'est la dégradation et l'abrutissement à son degré extrême. Parcourez certains dortoirs de cet hospice, et vous y verrez réunis, je pourrais même dire accumulés, beaucoup de ces déchus, hémiplégiques de vieille date, dont l'autopsie démontrera demain la destruction sur de larges étendues (par des foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie) des couches corticales du cerveau. Il ne reste plus guère d'humain à ces malheureux que les formes extérieures du corps; le cœur bat encore sans doute, les poumons respirent toujours, mais toute activité cérébrale s'est éteinte. Approchez-vous de ces malades, questionnez-les; vous aurez bien de la peine, le plus souvent, je ne dis pas à obtenir une réponse, mais même à fixer l'attention. Quelquefois vous serez accueillis par un sourire béat, un regard indécis, un inintelligible grognement; les fonctions de la vie organique continuent de s'exercer, celles de la vie de relation sont à peu près totalement abolies. Notre apoplectique ressemble singulièrement à un paralytique général arrivé à la dernière phase de son affection. Vous pourriez vous y méprendre, si vous n'étiez éclairés par les renseignements transmis sur le passé de ce malade. Vous serez définitivement édifiés par l'examen des lésions que vous trouverez demain à l'amphithéâtre et qui, vous le savez, diffèrent totalement de celles qu'on rencontre dans la méningo-encéphalite diffuse.

En terminant ce qui est relatif à l'état de l'intelligence chez les apoplectiques, je dois appeler votre attention sur

(1) Carpenter, *Mental Physiology.*

(1) Louyer-Villermay. *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Mémoire.*

une particularité intéressante qu'a bien mise en relief un de mes élèves, M. le docteur de Finance (1), dans un excellent travail sur l'état mental des aphasiques. Quel que soit l'affaiblissement intellectuel chez les hémorrhagiques ou chez les ramollis, il y a une aptitude qui, le plus souvent, est conservée : c'est l'aptitude au jeu. Ces malades, alors même que la mémoire n'existe plus et que l'intelligence est en défaut, peuvent suivre une partie de cartes, de dominos, d'échecs, comprendre les coups, même dans une certaine mesure, les combiner et les discuter. Rien n'est plus curieux que la conservation fréquente de cette faculté, au milieu de la déchéance générale de leur entendement.

CORPS ÉTRANGERS DE L'URÈTHRE.

FISTULE PÉNIENNE ; URÉTHRORRHAPHIE.

Par M. le docteur PONCET (de Cluny).

Un homme s'était introduit des corps étrangers dans l'urèthre et faisait profession de se montrer en public. Ancien berger auvergnat, âgé de 26 ans, parcourant les villages de la province de Constantine, M... présentait la conformation suivante de la verge : une bande cicatricielle, provenant de l'introduction ancienne d'un anneau, existait tout autour de la base de la verge, au-dessus du scrotum et du pubis ; à ce niveau, le canal était détruit, et, dans un infundibulum entouré de bourgeons charnus, était cachée une croix en or de 35 millimètres sur 25 millimètres, dont la branche inférieure, ornée de cinq rubis, faisait saillie à l'extérieur. Sur cette croix étaient attachées deux chaînettes en or ; l'une, longue de 40 centimètres, sortait par le méat et le prépuce atteint de phimosis ; l'autre, plus fine, longue de 20 centimètres, pendait sur les bourses. M... prétendait être venu ainsi au monde. Ces objets extirpés du canal laissèrent reconnaître dans le canal la présence d'autres corps étrangers qui furent aisément extraits avec une pince : c'étaient une anse de tasse en porcelaine, un fragment d'os et une petite dent.

Le lendemain, M. Poncet put encore extraire un morceau de pierre à aiguiser, une perle en verre à crochet, un morceau d'os et une dent plus grosse que la première. Cet homme ayant été envoyé aux bains de mer, on constatait le lendemain dans le canal la présence d'un petit caillou et d'une boucle d'oreille.

Après avoir laissé les parties perdre tout état inflammatoire, considérant l'état des bourgeons charnus de la fistule, reconnaissant, en outre, que la verge en tombant ramenait presque les lèvres de la fistule en contact, malgré une perte de substance de 1 centimètre, M. Poncet aviva simplement les bords de la plaie, fit deux incisions latérales pour donner à la fistule une direction transversale, et sutura. Deux points profonds, six fils superficiels furent appliqués pour obtenir la coaptation. Une sonde, très-bien supportée par le malade, fut laissée à demeure.

La guérison était parfaite au septième jour : l'urine sortait à plein canal. On ne s'occupait que d'un petit pertuis insignifiant, quand cet homme, qui avait été condamné à six mois de prison pour outrage à la pudeur, se trouvant avoir terminé sa peine, déchira la cicatrice, déclarant que les chaînes allaient repousser et les dents renaître. « Il était inutile de le retenir, tout allait recommencer. »

M... reçut son exeat.

M. Poncet fait remarquer que cet individu n'était ni fou ni maniaque, mais simplement un escroc. Pour l'opération, le procédé le plus simple était indiqué parce que la présence même d'une bande circulaire cicatricielle s'opposait jusqu'à un certain point à la prise de lambeaux, soit suivant la méthode de Dieffenbach et Baizeau, soit suivant celle de Ségalas et Nélaton. En somme, le succès avait couronné cette tentative, et, si le malade n'en a pas conservé le bénéfice, c'est qu'il en trouvait un plus grand dans le maintien de son infirmité.

(1) De Finance. *Etat mental des aphasiques*. Thèse de Paris, 1878.

LITTRÉ

Si, par la diversité même de ses travaux, l'homme éminent que nous venons de perdre appartient aux différentes académies qui auront à lui rendre hommage, les services qu'il a rendus à notre profession méritent que nous nous arrêtions un instant devant sa grande personnalité. Il ne nous appartient pas de considérer le linguiste, le savant, le philosophe ou l'homme politique, bien des voix se sont déjà élevées ou s'élèveront pour le célébrer sous ces aspects. Nous voulons considérer l'homme qui, par la force de sa volonté et le labeur infatigable, à côté de son œuvre d'Hippocrate, de son Nysten et de ses nombreux articles de médecine, a mené à fin le « Dictionnaire de la langue française », œuvre magnifique qui sera son plus grand titre de gloire et qu'il a eu la fortune de conduire jusqu'au bout, grâce à l'amitié si éclairée de l'éditeur qui n'oublia jamais son passage sur les bancs de l'École normale.

Littré (Maximilien-Paul-Émile) naquit à Paris le 1er février 1801. Son père, originaire d'Avranches, était un ancien militaire à qui son courage avait fait donner un sabre d'honneur. C'était de plus un érudit qui se chargea de l'éducation de son fils. Sa mère, Sophie Johannot, était d'Annonay ; au dire de Sainte-Beuve, elle était une figure antique. Sous la direction de son père, Littré fit d'excellentes études et les termina en 1819 de la manière la plus brillante. Un instant il songea à l'École polytechnique, puis tourna ses pensées vers les études médicales. Le 13 novembre 1822, il prenait sa première inscription à la Faculté de médecine de Paris ; en 1826, il était nommé interne.

L'année suivante, un grand malheur venait le frapper. Son père mourait, et Littré se trouvait le seul soutien de sa mère et d'un jeune frère qu'il devait perdre en 1838. En même temps que ses études médicales, il menait de front l'étude des langues, qui devait un jour lui permettre d'aborder ses grands travaux.

Mais tant d'efforts ne faisaient qu'à peine adoucir les rigueurs du manque de fortune, et, chose profondément triste à dire, Littré ne prit pas son titre de docteur, parce qu'il ne put pas le payer !

Il n'est pas docteur, mais il se livre tout entier à nos études. Ses articles se pressent, et dans le *Journal hebdomadaire*, et dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, et dans l'*Expérience*, qu'il fonde avec Dezeimeris.

Il est prêt à s'attaquer à la grande collection hippocratique, et, de 1839 à 1861, il publie son édition des œuvres d'Hippocrate. L'Académie des inscriptions et belles-lettres, sur la publication du premier volume, lui ouvre ses portes.

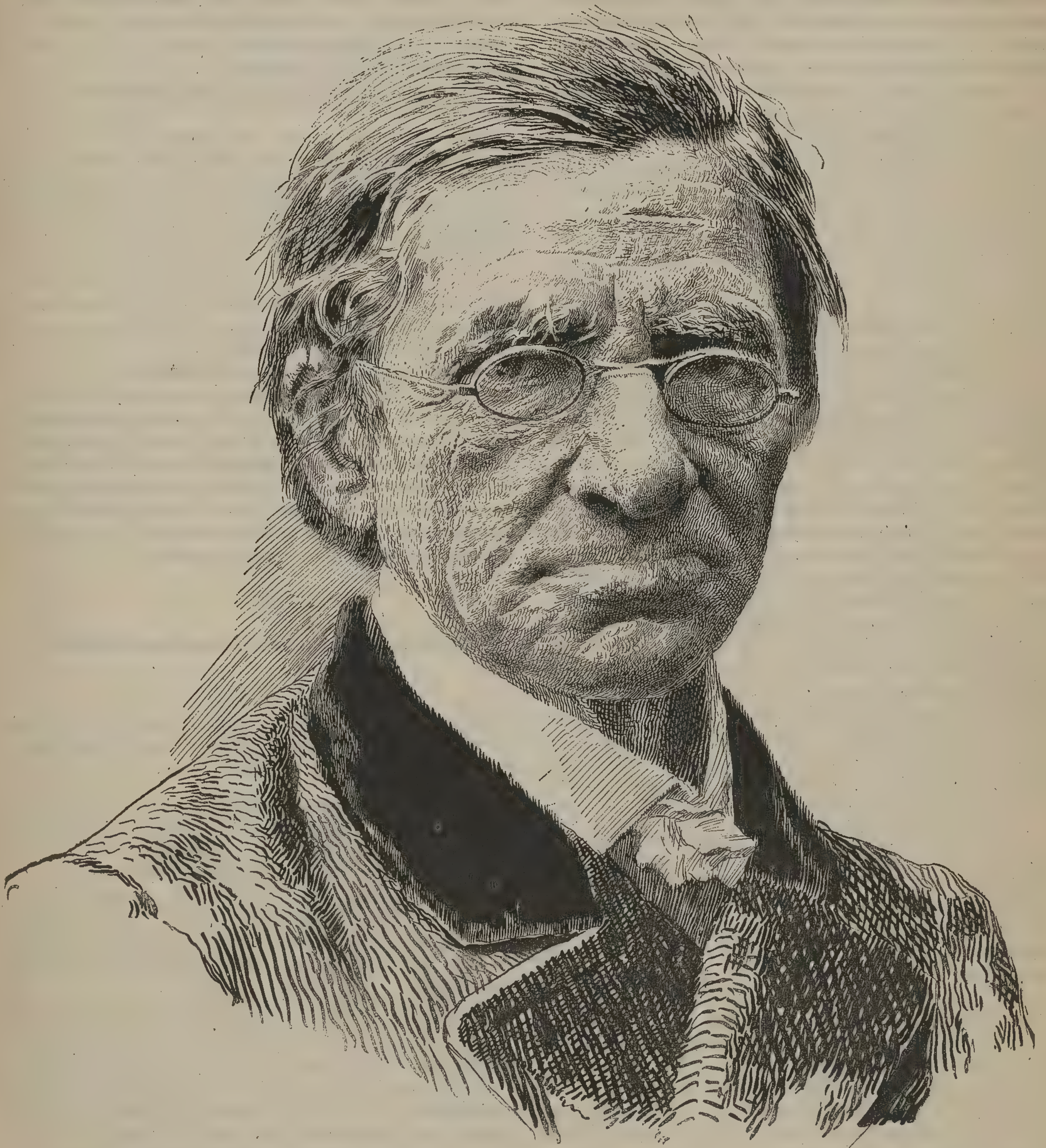
Au « Journal des savants », il donne des heures précieuses ; à la collection Nisard une traduction de l'Histoire naturelle de Pline ; nous revoyons sa « Médecine et Médecins » sous ses diverses éditions.

En 1858, l'Académie de médecine l'appelait dans son sein ; enfin, en 1871, il entrait à l'Académie française.

Et maintenant écoutons-le nous retracer son mode d'existence, et nous pourrons alors comprendre qu'il ait pu

mener à fin son œuvre immense. Il s'était tracé un règlement.

« Ce règlement, dit-il, contenait les vingt-quatre heures de la journée, dont il était essentiel que le moins possible fût donné aux exigences courantes de l'existence. Je m'étais arrangé, en sacrifiant toute sorte de superflu, à avoir le luxe d'une maison de campagne et d'une habitation de ville. L'habitation de campagne était à Mesnil-le-Roi (Seine-et-



Oise), petite et vieille maison, jardin d'un tiers d'hectare, bien planté, productif en fruits et en légumes qui, comme au vieillard de Virgile, *dapibus mensas onerabat inemptis*.

« Là, dans une quasi-solitude (car mon village est à l'écart du courant des Parisiens qui s'échappent le dimanche de la ville), il était aisé de disposer des heures. Je me levais à huit heures du matin ; c'est bien tard, dira-t-on, pour un homme si pressé. Attendez. Pendant qu'on faisait ma chambre à coucher, qui était en même temps mon cabinet de travail (vieille et petite maison, ai-je dit), je descendais au rez-de-chaussée, emportant quelque travail ; c'est ainsi que, entre autres, je fis la préface de mon Dictionnaire. Le chancelier d'Aguesseau m'avait appris à ne pas dédaigner des moments qui paraissent sans emploi, lui que sa femme

inexacte faisait toujours attendre pour le dîner et qui, lui-présentant un livre, lui dit : « Voilà l'œuvre des avant-dîners. »

« A neuf heures, je remontais et corrigeais les épreuves venues dans l'intervalle jusqu'au déjeuner. A une heure, je reprenais place à mon bureau, et là, jusqu'à trois heures de l'après-midi, je me mettais en règle avec le *Journal des savants*, qui m'avait élu en 1855 et à qui j'avais à cœur d'apporter régulièrement ma contribution. De trois heures à six heures, je prenais le Dictionnaire. A six heures je descendais pour le dîner toujours prêt, car ma femme ne faisait pas comme Mme d'Aguesseau. Une heure y suffisait environ. On recommande en précepte hygiénique de ne pas se mettre à l'ouvrage de cabinet immédiatement après le repas. J'ai constamment enfreint ce précepte, après expérience faite que je ne souffrais pas de l'infraction. C'était autant de gagné, autant d'arraché aux nécessités corporelles. Remonté vers sept heures du soir, je reprenais le Dictionnaire et ne le lâchais plus. Un premier relais me menait à minuit, où l'on me quittait ; le second me conduisait à trois heures du matin. D'ordinaire, ma tâche quotidienne était finie. Si elle ne l'était pas, je prolongeais la veille, et, plus d'une fois, durant les longs jours, j'ai éteint ma lampe et continué à la lueur de l'aube, qui se levait.

« Mais ne transformons point l'exception en règle. Le plus souvent trois heures était le terme où je quittais plume et papier et remettais tout en ordre, non pas pour le lendemain, car le lendemain était venu, mais pour la tâche suivante. Mon lit était là qui touchait presque à mon bureau, et en peu d'instants j'étais couché. L'habitude et la régularité (remarque physiologique qui n'est pas sans intérêt) avaient éteint toute excitation du travail ; je m'endormais aussi facilement qu'aurait pu le faire un homme de loisir, et c'est ainsi que je me levais à huit heures, heure de plusieurs paresseux. Ces veilles nocturnes n'étaient pas sans quelque dédommagement. Un rossignol avait établi sa demeure en une petite allée de tilleuls qui coupe transversalement mon jardin, et il emplissait le silence de la nuit et de la campagne de sa voix limpide et éclatante. Oh ! Virgile, comment as-tu pu, toi l'homme des *Géorgiques*, faire un chant de deuil, *miserabile carmen*, de ces sons si glorieux ?

« A la ville, le temps était moins réglé. La journée avait des allants et venants et des dérangements imprévus ; mais, le soir, je redevenais mon maître complètement, ma nuit m'appartenait, et je l'employais exactement comme à Mesnil-le-Roi : nuits d'hiver où manquaient et mon rossignol familier, et la vue de la campagne, et l'horizon étendu, mais qui avaient leur silence même dans Paris, alors que vers deux ou trois heures tout s'y taisait, et qui se passaient l'une après l'autre dans le recueillement du travail. »

Et maintenant entrons avec lui au Mesnil et assistons à son exercice *illégal* de la médecine.

« J'ai réalisé depuis trente ans, dit-il, l'*hoc erat in votis* d'Horace ! un petit jardin dans un petit village. Là quand j'y vins, comment sut-on que je m'étais occupé de médecine ? je l'ignore. Toujours est-il que les paysans, mes voisins, quand ils tombèrent malades (et les idylles n'empêchent pas qu'on soit malade aux champs comme à la ville), réclamèrent mon secours. Faisant la médecine gratis, j'aurais eu une clientèle fort étendue ; je circonscrivis sévèrement ma sphère d'action, et, prudent, dévoué, visitant plusieurs fois par jour mes malades qui étaient à ma porte, je rendis d'incontestables services.

« Plus tard, feu M. le docteur Daremberg, qui vint se fixer dans le même lieu, et qui, comme moi, aima Hippocrate et son antique génie, s'associa à mon office, et plus d'une fois, sur la fin, nous avons exprimé le regret de n'avoir pas songé à rédiger la clinique de notre petit village, car il y eut des cas fort intéressants. Maintenant la vieillesse m'a déchargé de ce service bénévole, mais j'y ai acquis l'amitié et la gratitude de mes voisins, et pour parler comme le vieillard de la Fontaine :

« Cela même est un fruit que je goûte aujourd'hui. »

Écoutez encore :

« La vie, dit-il, si elle est pour quelques-uns un roman bruyant et éclatant, est pour la plupart une humble nouvelle. Au début de la jeunesse, on cherche l'emploi de ce que l'on sait et de ce que l'on peut, de ses aptitudes et de son caractère. Cela trouvé (quand on le trouve), on se case, on se marie, on travaille, on a des succès, des revers, on éprouve quelques joies, on pleure souvent ; et puis, tout surpris, on s'aperçoit qu'on est vieux, très-vieux, et que l'écheveau de la vie est bien près d'être dévidé. Quel vieillard n'a pas éprouvé cette surprise ?... »

Comme ces citations font aimer l'homme !

Le 2 juin 1880, Littré s'éteignait, en pleine intelligence, entre les bras de celles qu'il avait toujours entourées des plus délicates attentions et comme époux et comme père. Sa vie, toute de droiture et de loyauté, restera un exemple ; et nous sommes heureux d'offrir à nos lecteurs le portrait si remarquable que M. E. de Liphart a tracé du savant que nous pleurons, portrait que le directeur de la *Vie moderne* a très-gracieusement mis à notre disposition.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Feltz (Joseph), médecin en chef de la maison de répression de Saint-Denis, membre du comité de direction de l'Association philotechnique, est nommé officier d'Académie.

— Dans son dernier bulletin de statistique municipale, M. le docteur Bertillon signale la tendance à la hausse de la variole dans Paris ; quelques confrères lui annoncent qu'ils ont observé d'assez nombreux cas d'invasion de variole chez des vaccinés.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 11 juillet 1881, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le registre sera ouvert tous les jours de deux heures à quatre heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui ne sont pas âgés de plus de trente-quatre ans le jour du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles de professeur agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Les épreuves du concours sont de deux natures : les unes, éliminatoires, communes à tous les candidats ; les autres, définitives, auxquelles sont admis seulement deux candidats pour chaque place mise au concours.

Les épreuves éliminatoires comprendront : 1° une leçon clinique d'un quart d'heure de durée faite sur un seul malade après dix minutes d'examen ; 5° une dissertation orale d'un quart d'heure

de durée sur un sujet d'anatomie pathologique, après examen anatomique, micrographique ou clinique.

L'épreuve définitive se composera d'une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen pour chacun d'eux.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Blarez (Pierre-Marie-Charles), pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques, est chargé, jusqu'au prochain concours d'agrégation, des fonctions d'agrégé (ordre de la pharmacie et de la chimie), en remplacement de M. Figuier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Laguaite (Adrien) est nommé, pour une période de deux années, aide d'anatomie en remplacement de M. Imbert, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Katz (Samuel-Arnold) est nommé aide de physiologie en remplacement de M. Gley, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Lajoux, professeur, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux chimiques.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le jeudi 1er décembre 1881, à l'École de médecine d'Alger. Les candidats devront se faire inscrire avant le 15 novembre prochain, délai de rigueur. La durée des fonctions est de six ans. S'adresser pour les conditions du concours, au secrétariat des écoles d'enseignement supérieur, à Alger.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11303.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

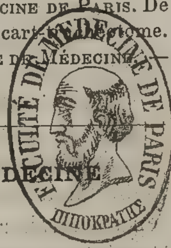
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'en est fait, il n'y a plus de discussion possible sur ce point : la démonstration est trop évidente. M. Pasteur a bien découvert les moyens d'affaiblir le virus charbonneux de manière à le transformer en une sorte de vaccine, sans danger pour les animaux auxquels il est inoculé, et les préservant du charbon mortel.

Les expériences qui viennent d'être faites sur une très-large échelle, et dont nous donnons plus loin le résumé, sont pleinement décisives.

M. Pasteur, qui depuis quelque temps se tenait éloigné de l'Académie de médecine, est revenu hier pour y faire connaître ces résultats incontestables. Pour atténuer la virulence, M. Pasteur maintient les liquides de culture, à une température de 43 degrés, au contact de l'oxygène d'un air privé de tous les germes atmosphériques. Dans ces conditions les bactéridies ne se transforment point en germes, elles ne se multiplient que par scissiparité et deviennent de moins en moins actives.

Ainsi M. Pasteur aurait entre les mains des liquides virulents à tous les degrés, pour ainsi dire, depuis ceux dont l'inoculation ne peut jamais tuer jusqu'à d'autres qui tuent toujours à coup sûr. Dans cette série ascendante les plus faibles serviraient de vaccin par rapport aux suivants, de telle sorte que, pour obtenir une préservation complètement efficace, le mieux serait de recourir à des vaccinations successives et graduées.

L'immunité acquise par la vaccination serait donc, non point absolue, mais relative.

En ce qui touche la vaccine humaine, préservatrice de la variole, un grand nombre de faits rapportés dans les actes de la conférence vaccinale, tenue en 1870, cadreraient assez bien avec cette donnée.

Par exemple, un grand nombre tendaient à démontrer que l'action du vaccin allait s'affaiblissant par des transmissions successives, par la culture prolongée dans des milieux qui n'étaient pas le milieu naturel, primitif, du virus. Cet affaiblissement avait paru plus évident encore dans le vaccin reporté du bras d'enfant sur la génisse ; du moins ce fut l'impression générale des médecins qui ont suivi les séances de cette conférence. De même pour la variole : chacun sait que son énergie virulente peut varier dans des conditions qui restent encore inconnues, mais qui la rendent bien plus terrible dans certaines épidémies.

Ainsi l'échelle des virulences pour un même principe morbifère est une notion très-acceptable pour les praticiens. Déjà, du reste, depuis longtemps, M. Jules Guérin avait rompu des lances contre plusieurs de ses confrères de l'Académie pour faire admettre l'affaiblissement du virus vaccin dans certains milieux, etc. Mais, quand même on saurait à fond comment et pourquoi les virus se fortifient ou s'affaiblissent, il resterait encore un problème à résoudre : celui de savoir à quoi tient le plus ou moins de résistance individuelle à l'envahissement, à l'action et à la multiplication de ces principes virulents.

Une autre question bien intéressante est celle de ces ptomaïnes dont M. Brouardel poursuit l'étude concurremment avec M. Gautier. Voilà que ces deux savants arrivent à la fois, indépendamment, à la conclusion que ces alcaloïdes toxiques peuvent se former dans l'organisme, non-seulement après la mort, mais pendant la vie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DIEULAFOY.

De la pleurésie.

Au nombre des affections aiguës dont le médecin doit redouter les conséquences, nous devons, sans contredit, placer la pleurésie aiguë, maladie à surprise par excellence, dont on connaît le début, mais dont on ne peut jamais prévoir l'époque de la terminaison.

Je vous ai dit que c'était ordinairement du troisième au cinquième jour que l'épanchement se produisait; tout en étant le cas le plus fréquent, les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il n'est pas rare d'attendre quinze et vingt jours après le début de la maladie pour constater la présence du liquide. Dans d'autres cas, au contraire, c'est le lendemain des symptômes initiaux que l'épanchement a lieu; aussi est-il impossible de prévoir d'une façon certaine l'époque de son apparition.

Si maintenant nous voulons préciser le moment de la résorption du liquide épanché, nous nous trouverons dans le même embarras; ni vous ni moi ne pouvons le dire, et ce n'est encore qu'approximativement que je pourrai vous donner quelques indications.

Pour la résorption, de même que pour la production du

liquide, nous pouvons prendre une moyenne et dire que le plus souvent le liquide se résorbe entre le quinzième et le vingtième jour; mais il ne faut pas oublier que quelquefois ce n'est qu'après deux mois d'attente que ce phénomène se produit.

Lorsque l'épanchement commence à diminuer, il est certains signes qui l'annoncent et qu'il est important de connaître. Prenons un épanchement de 1,400 à 1,800 grammes, ce sont les plus fréquents. La matité, qui, vous le savez, remonte en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate, tend à diminuer au moment où l'épanchement commence à baisser.

La broncho-égophonie qui existait disparaît pour faire place à l'égophonie vraie du début. Le souffle du début, qui était devenu tubaire ,redevient plus doux ; c'est le souffle de retour. Après l'apparition de ces différents signes, il en survient un autre d'une grande valeur, le frottement de retour. Ce frottement de retour est facile à reconnaître par le caractère particulier qu'il présente; ce n'est plus le frottement léger du début de la pleurésie, c'est un frottement rude et qui a été comparé à la crépitation osseuse dans les fractures.

Tels sont les différents signes auxquels vous pourrez reconnaître que la résorption de l'épanchement commence à se faire.

J'en aurais terminé avec la marche de la pleurésie, si je ne tenais à vous mettre en garde contre une cause d'erreur assez fréquente. Vous avez vu votre malade la veille, la fièvre était vive ; le lendemain vous constatez une défervescence assez accentuée, le malade se sent mieux ; le surlendemain la température baisse encore, la fièvre cesse; en conclurez-vous que l'épanchement diminue? Non, il faut que vous sachiez qu'entre la diminution de l'épanchement et la défervescence il n'y a pas de relation constante; on a vu, au contraire, dans certains cas, la température baisser pendant trois, quatre, cinq, six jours, et l'épanchement augmenter, tandis que dans d'autres, où il était facile de constater la diminution de l'épanchement, la température montait. Pourquoi? Je n'en sais rien, mais il est un fait prouvé par la clinique, qu'il n'y a pas, dans la pleurésie, corrélation constante entre le symptôme et la lésion.

Pour me résumer, je vous dirai donc que : 1° L'apparition de l'épanchement a lieu à des époques indéterminées.

2° La résorption de l'épanchement se fait à des époques indéterminées et est annoncée par trois signes : *Souffle de retour; égophonie vraie de retour* et *frottement de retour*.

3° Il n'y a pas de relation constante entre la chute de la fièvre et la diminution de l'épanchement.

Cela étant dit, comment se termine la pleurésie aiguë?

Je dois vous dire tout d'abord que la guérison en est la terminaison fréquente, mais une guérison plus ou moins longue, plus ou moins vraie, selon que vous aurez fait la thoracentèse à temps ou selon l'intensité même de la maladie.

La convalescence est ordinairement très-lente, et cette lenteur tient à la présence presque constante de fausses membranes qui empêchent le poumon de revenir à son état primitif. Il vous arrivera souvent de voir votre malade en pleine convalescence ; tout est fini, et la personne se croit complètement guérie ; l'appétit est revenu, les forces également, et cependant, pour vous, médecin, la lésion existe toujours, l'épanchement reste le même, et, cet état persistant pendant un ou deux mois, vous vous trouvez en présence d'un hydrothorax chronique, tenant au mauvais état de la plèvre, qui ne peut résorber le liquide.

Dans d'autres circonstances, votre malade, qui allait très-bien depuis plusieurs jours, est repris de fièvre; la température remonte à nouveau, et vous pouvez vous demander si cette pleurésie ne serait pas symptomatique ou ne deviendrait pas purulente ; il n'en est rien le plus souvent, et, si la fièvre renaît, il ne faut accuser que le liquide restant dans la cavité pleurale, dont la présence entretient un certain degré d'inflammation. Enlevez ce liquide, et vous verrez dans la majorité des cas votre malade guérir complètement et promptement.

Enfin il est des cas où la pleurésie, simple au début, peut, sous l'influence de certaines causes que nous étudierons plus tard, revêtir le caractère de la chronicité ou de la purulence ; deux formes de la pleurésie dont nous nous occuperons particulièrement dans une prochaine leçon.

Je vous disais, au début de cette leçon, que la pleurésie franchement aiguë était en somme une maladie bénigne, c'est vrai ; mais il arrive cependant quelques cas malheureux où la mort est la terminaison. Les pleurétiques succombent presque toujours de la même façon, la mort arrive subitement par syncope ou par asphyxie, et, si nous voulons en rechercher la cause, nous verrons que, dans ces circonstances, on aura fréquemment négligé ou remis au lendemain l'opération de la thoracentèse, bien qu'on ait constaté dans la plèvre la présence de 1,800 à 2,000 grammes de liquide.

TRACHÉOTOMIE D'URGENCE (1)

AVEC LE TROCART-TRACHÉOTOME

par le docteur JACOLOT (de Lorient), médecin de première classe de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur.

III

Simplifier et faciliter l'opération de la trachéotomie, la rendre moins dangereuse pour l'opéré et pour l'opérateur, tel est le but que je me suis proposé en faisant fabriquer par M. Collin l'instrument auquel j'ai donné le nom de trocart-trachéotome.

L'opération est simplifiée pour les raisons suivantes :

1° Un instrument suffit à toute l'opération.

Ce n'est pas un mince avantage quand on songe que la trachéotomie est le type de l'opération d'urgence, qu'il faut toujours être prêt à la pratiquer, la nuit comme le jour, à la ville comme à la campagne, qu'il faut se hâter de se rendre près d'un malade en danger d'asphyxie, et qu'on évite de perdre un temps précieux à réunir les instruments usités dans l'opération ordinaire, instruments dont on peut oublier un ou plusieurs dans son empressement à se rendre à l'appel des familles.

2° Le chirurgien n'a pas besoin d'aide pour écarter les tissus, pour éponger le sang, etc.

Il suffit qu'on ait deux aides, les premiers venus, pour immobiliser le malade. Quand on opère à la campagne, loin de toute assistance médicale, réduit à ses propres ressources, il est incontestablement avantageux d'avoir un procédé opératoire qui permette d'agir seul et avec un seul instrument et le plus rapidement possible.

3° Il est souvent très-important de faire l'opération rapidement.

Je crois qu'il est difficile de trouver un procédé plus expéditif que le mien, puisque, en même temps qu'on ouvre la trachée, on y introduit la canule. Avec un peu d'habitude du maniement de mon instrument, l'opération se fait en quelques secondes : le temps de faire une petite incision à la peau de 1 centimètre à 1 centi-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 juin 1881.

mètre et demi, suivant le diamètre de la canule, et d'enfoncer doucement l'instrument dans la trachée, en pressant et en sciant.

4° Le temps de la dilatation est supprimé.

Or c'est dans ce temps de l'opération que l'opéré court le plus grand danger, par suite de la pénétration du sang dans la trachée par l'ouverture du bistouri. Dans ce moment plein d'angoisse où la vie semble s'échapper et où quelquefois le dernier soupir s'exhale, une petite quantité de sang, pénétrant dans les voies respiratoires, peut achever une asphyxie déjà avancée.

Mon trocart-trachéotome, entrant à frottement et remplissant bien tout l'espace qu'il parcourt, ne laisse pas de passage pour permettre au sang de l'extérieur de se précipiter dans la trachée. Donc il prémunit contre un des plus grands dangers de la trachéotomie ordinaire, contre l'hémorrhagie et la pénétration du sang dans la trachée, accident redoutable qui a suscité des actes d'un admirable héroïsme. Avec mon instrument on est certain que la nécessité de pratiquer l'aspiration buccale ne se présentera pas.

5° Si l'opéré court moins de danger, l'opérateur, de son côté, est moins exposé à être éclaboussé par le sang, par le mucus et par les fausses membranes, lancés à de grandes distances dans les efforts d'expiration que fait l'opéré pour se débarrasser du sang qui s'est écoulé dans les bronches ou pour expulser les fausses membranes. La paume de la main de l'opérateur, placée au-dessus et au-devant de l'ouverture de la canule, forme un écran qui empêche les fausses membranes violemment chassées de la trachée d'arriver jusqu'à l'opérateur.

Cet avantage n'est pas à dédaigner.

D'un autre côté, on peut placer sous le menton de l'opéré, pendant qu'on pratique l'opération, un écran de carton, pour éviter d'être atteint par les crachats qu'un enfant indocile peut vous lancer au visage.

Nous savons, pour en avoir fait la triste expérience au début de notre carrière médicale, combien il est dangereux de recevoir ces éclaboussures de diphthérite, et nous ne sommes pas de ceux qui repoussent les précautions pour éviter un danger auquel nous avons eu le bonheur d'échapper, mais auquel tant d'autres, hélas! succombent. Les victimes de la contamination diphthéritique se multiplient tous les ans.

Nous considérons que c'est un devoir impérieux pour tout médecin de chercher et d'accepter les moyens d'empêcher ou du moins de diminuer les chances de contagion, non-seulement au point de vue de sa préservation personnelle, mais encore au point de vue de la sécurité des familles auxquelles il doit donner le bon exemple. En effet, quelle confiance, quel encouragement peuvent avoir les familles à prodiguer leurs soins à leurs enfants, quand elles voient les médecins eux-mêmes succomber à la diphthérite gagnée à leur chevet?

Procédé opératoire.

Pour toutes les précautions préliminaires, je me conforme exactement aux excellents préceptes formulés par M. de Saint-Germain. On les trouvera *in extenso* dans la *Gazette des hôpitaux* (années 1874 et 1875). Je n'en connais pas de meilleurs.

Deux aides suffisent, à la rigueur, un pour tenir la tête, un autre pour tenir les pieds; assis à chaque bout d'une petite table, ils peuvent bien immobiliser le malade et ne rien voir de l'opération.

L'enfant est enroulé dans une couverture qui passe par-dessus les bras; il est même prudent de les mieux immobiliser encore avec des serviettes par-dessus la couverture. Un médecin distingué de la marine de Rochefort, M. le docteur Drouet, a été victime de l'omission de cette simple précaution. Une jeune fille de quatorze à quinze ans, qu'il opérait, put saisir un bistouri placé sur un meuble voisin et lui fit une énorme balafre au visage.

Bien que, dans mon procédé opératoire, on ne fasse pas de plaie largement exposée à l'air, il est utile de se servir de la pulvérisation phéniquée pendant l'opération. Elle peut contribuer à diminuer les dangers de la contagion, et, employée de temps en temps après l'opération, elle peut être utile pour faciliter l'évacuation des fausses membranes, et surtout comme antiseptique.

Lieu de l'opération. — J'opère le plus haut possible, car, plus on s'éloigne de l'origine de la trachée, plus celle-ci devient profonde, et plus l'opération devient difficile et dangereuse.

On peut introduire le trocart-trachéotome au-dessus ou au-dessous du cartilage cricoïde.

En suivant avec le doigt la ligne médiane du cou, à partir du cartilage thyroïde, on sent une première dépression qui correspond à l'espace crico-thyroïdien. Il est indispensable de bien reconnaître ce point de repère.

Au-dessous de cette dépression on sent la saillie du cricoïde, et enfin, au-dessous de cette saillie, on sent une autre dépression qui correspond à la différence de niveau entre le cricoïde et le premier anneau de la trachée.

Avant de tenter la trachéotomie par mon procédé, il est bon de s'exercer à faire saillir le larynx en avant et à le bien immobiliser sur la ligne médiane. Si l'on ne peut pas ou si l'on ne sait pas bien fixer le larynx, il est inutile de chercher à se servir de mon trocart-trachéotome; on ne ferait que de mauvaise besogne; on courrait le danger, en s'écartant de la ligne médiane, de se fourvoyer sur les côtés de la trachée, d'enfoncer la canule dans le tissu cellulaire et peut-être de blesser des organes importants. Il n'est pas, en chirurgie, d'opération, quelque simple qu'elle soit, qui ne nécessite, pour être bien faite, un certain exercice préalable.

Je déclare que, lorsqu'on sait bien fixer un larynx, on pénètre dans la trachée sans difficulté avec mon instrument.

Fixation du larynx. — La tête doit être maintenue dans une extension forcée, soit en plaçant le cou sur le bord de la table et abandonnant la tête à son poids, soit, ce qui vaut mieux, en plaçant derrière les épaules un rouleau dur, une bouteille ou une bûche de bois, par exemple, enveloppée d'un petit oreiller solidement ficelé, ainsi que le conseille M. de Saint-Germain.

La main gauche fixe le larynx et ne bouge plus jusqu'à ce que la canule soit en place. Pour cela, l'opérateur étant à droite, le pouce de la main gauche d'un côté, le médius et l'annulaire, de l'autre côté, pressent sur la partie la plus reculée du larynx, de manière à le porter en avant, sans l'aplatir d'un côté à l'autre, « non pas, comme le dit si bien M. de Saint-Germain, par un mouvement de pincement et d'écrasement, mais comme si vous vouliez l'énucléer, pour ainsi dire, le faire saillir en avant, en cherchant à faire rejoindre le bout de vos doigts en arrière de lui. De cette manière, vous amenez le larynx et la trachée au-devant de l'instrument tranchant, et vous évitez l'aplatissement de la trachée qui aurait lieu infailliblement si vous vous borniez à le fixer par une pression directe. »

Cela fait, votre index gauche resté libre sent la dépression crico-thyroïdienne, et l'œil voit une dépression transversale, un pli rentrant de la peau, suivant l'expression de M. de Saint-Germain, correspondant exactement à la membrane crico-thyroïdienne. L'index gauche indique donc le lieu de l'opération, ce qui vaut mieux que de marquer la dépression sous-thyroïdienne avec l'ongle ou avec de l'encre, car, dans les mouvements du larynx, le point marqué à la peau peut ne plus correspondre au point de repère.

Opération. — En deux temps: 1° Incision de la peau; 2° pénétration dans la trachée.

1° Le trocart-trachéotome est tenu de manière que le manche appuie contre la face palmaire de la main droite, l'index est étendu sur la convexité de la canule et limite la partie pénétrante de l'instrument, le médius et le pouce appuient le pavillon de la canule contre l'arrêt du trocart, afin d'empêcher la tige de ce trocart de s'échapper avant le moment opportun.

Au-dessous de l'ongle de l'index gauche qui indique le point de repère qu'on a choisi (soit espace crico-thyroïdien, soit dépression sous-cricoïdienne), on fait avec la partie tranchante de l'instrument une incision de la peau sur la ligne médiane du cou, de 1 centimètre, 1 centimètre et demi et même 2 centimètres, suivant la dimension de la canule à introduire. Je considère cette incision comme indispensable. En effet, la peau, par son élasticité, offre trop de résistance à la pénétration pour qu'on songe à entrer d'emblée dans la trachée avec mon instrument.

On peut aussi, si on le préfère, faire l'incision de la peau avec un bistouri.

2° La peau incisée, on enfonce doucement et lentement le trocart, les tissus sous-cutanés se laissent facilement pénétrer. On sent la résistance de la trachée. On presse et on coupe en sciant, sans brusquerie, on coupe deux, trois ou quatre anneaux de la trachée, ou bien le cartilage cricoïde et un ou deux anneaux, suivant le point de repère qu'on a choisi.

Il faut couper assez largement la trachée pour que la canule ne soit pas trop serrée.

Aussitôt qu'on a senti que la résistance de la trachée a été vaincue et que l'instrument a pénétré facilement dans cette trachée, on relève le manche du trocart de manière à enfoncer un peu la canule sans présenter à la paroi postérieure de la trachée la partie tranchante du poinçon. D'ailleurs le dos de ce poinçon est mousse et ne peut entamer la trachée en arrière.

Le bout de la canule est engagé dans la trachée; alors il suffit d'ouvrir un peu la main, sans lâcher la canule; la tige du trocart bascule par son propre poids et s'échappe d'elle-même. On enfonce la canule, on redresse le petit malade, on fixe la canule autour du cou et on place la canule interne.

Pendant toute la durée de l'opération, la main gauche n'a pas cessé de fixer le larynx, et la main droite n'a pas quitté un seul instant le trocart-trachéotome, pas même pour retirer le poinçon, puisque ce poinçon se dégage de la canule par son propre poids et que, par suite, la main reste libre pour enfoncer la canule dans la trachée. Ce système si simple d'échappement de la tige du trocart, basé sur l'action de la pesanteur, dispense de se servir d'un aide pour retirer cette tige et permet au chirurgien de faire toute l'opération seul et d'une seule main et sans abandonner un instant la fixation du larynx, pendant l'opération, ce qui me semble indispensable pour la faire sûrement et rapidement.

UN NOUVEAU CAS D'HERMAPHRODISME

Par M. le docteur E. Magitot.

La nommée Ernestine G..., aujourd'hui âgée de quarante ans, est née en 1841, à Voncq, canton d'Attigny (Ardennes). Elle fut enfant unique de parents bien portants et bien conformés. La déclaration de naissance à la mairie de la commune fut celle d'une fille, et, dès le bas âge, elle fut envoyée à l'école communale des filles de son village.

A treize ans et demi apparut, sans aucun accident ni phénomène quelconque antérieur, un écoulement de sang par les parties génitales, qui sembla avoir tous les caractères d'une époque menstruelle. L'hémorrhagie fut assez abondante, continue, et dura deux jours.

Trois mois plus tard, nouvelle apparition semblable, moins abondante toutefois, et durant seulement vingt-quatre heures.

Enfin, trois mois encore après cette seconde époque, troisième apparition d'un écoulement durant encore vingt-quatre heures aussi, mais beaucoup plus clair, analogue, paraît-il, à de l'eau roussâtre.

Vers la même époque, on aurait constaté chez cet individu un développement notable des seins, dont il n'existait point trace antérieurement.

A partir de cette période, et surtout vers quinze à seize ans, Ernestine G..., qui continuait à vivre avec les jeunes filles de son âge, se sentit, dit-elle, manifestement attirée vers la fréquentation des garçons du pays. Elle raconte même qu'elle eut une grande affection pour l'un d'eux, sans que toutefois il y eût entre eux aucun rapport sexuel. Les circonstances s'opposèrent d'ailleurs à leur projet de mariage.

A dix-sept ans et demi, Ernestine G... épousa un homme de son pays, nommé L...; mais les rapports sexuels ne purent avoir lieu que d'une façon très-imparfaite, son mari, suivant son dire, n'ayant jamais pu *pénétrer*. Elle remarqua même que de son côté elle présentait dans ces rapports une disposition tout à fait analogue à celle de son mari, et qu'un membre pareil au sien, bien que moins volumineux, entrait en érection en même temps et produisait une éjaculation semblable.

Les deux époux vécurent en bonne intelligence jusqu'en 1871, époque de la mort de L...

Depuis lors, les idées d'Ernestine G..., devenue veuve, se sont modifiées, et elle manifesta une propension très-marquée et même très-ardente du côté des femmes. Elle eut ainsi plusieurs maîtresses, et elle affirme que les rapports s'effectuaient tout à fait normalement.

Ernestine G... fait d'ailleurs l'aveu que, du vivant de son mari, et sans qu'elle ait interrompu ses relations avec lui, elle eut plusieurs fois de véritables rapports avec des femmes, mais moins fréquemment et moins régulièrement que depuis qu'elle est veuve.

Telles sont les circonstances principales de la vie d'Ernestine G... jusqu'à ce jour.

Examen extérieur. — La taille de cet individu est de $1^{m},78$, c'est à-dire une taille masculine.

Les cheveux sont noirs, assez abondants, quoique courts; la barbe, bien fournie, noire et occupant toute la région qu'elle recouvre ordinairement chez l'homme. Le visage n'a pas de caractère sexuel bien marqué.

Le cou est évidemment masculin par sa forme et ses saillies musculaires. Le larynx toutefois n'est pas saillant et la voix est manifestement féminine.

La forme générale du corps, les masses musculaires sont celles d'un homme. La force musculaire calculée au dynamomètre marque 50 kilos, c'est-à-dire qu'elle est supérieure à celle des femmes, dont la moyenne ne dépasse guère, comme on sait, 40 à 45 kilos.

Les seins sont assez volumineux, mous et couverts de poils; mais la forme du mamelon et l'étendue de l'aréole se rapprochent beaucoup des caractères féminins, très-différents par conséquent de ce que seraient des seins d'hommes gras. L'individu est d'ailleurs d'une corpulence moyenne.

Le ventre est plat, un peu anguleux sur les côtés, comme chez l'homme. Le bassin est peu développé et masculin; les genoux n'ont aucune tendance convergente.

Sur toute la surface du corps, la peau est rugueuse, les poils sont abondants et rudes, ainsi que cela a lieu chez l'homme. Les pieds et les mains, les attaches des membres, sont masculins.

Examen des organes génitaux. — Le pubis est couvert de poils comme dans l'état normal; le périnée est très-étendu en surface et également garni de poils. En écartant les cuisses, on aperçoit aussitôt à la partie supérieure et médiane un corps qui a toutes les apparences d'un véritable pénis du volume de celui d'un enfant d'une douzaine d'années; le gland est découvert, imperforé comme dans l'hypospadias et retenu inférieurement par deux faibles brides formant freins de chaque côté d'une gouttière sous-jacente qui représente la paroi supérieure du canal urétral. Ce pénis, dans l'état d'érection, deviendrait, au dire de l'individu, environ double de son volume à l'état de repos.

En outre, l'érection ne pourrait pas être droite et complète, la verge conservant toujours une certaine courbure inférieure.

Ce pénis occupe la partie supérieure d'une sorte de fente vulvaire limitée de chaque côté par deux grandes lèvres d'apparence normale. La lèvre gauche est toutefois plus volumineuse que la droite, et on y constate la présence d'un corps ovoïde dur et mobile, ayant toutes les apparences d'un corps testiculaire. La pression est douloureuse et la palpation y reconnaît la présence de l'épididyme.

---

(1) Ce n'est que pour nous conformer à la tradition que nous désignons ce nouveau cas sous le nom d'*hermaphrodisme*. On verra, en effet, par les réserves que nous formulons, que l'interprétation des faits de ce genre doit être, selon nous, tout à fait modifiée.

Le volume de ce testicule est normal.

Dans l'épaisseur de la lèvre droite, on reconnaît la présence d'un autre testicule avec son épididyme, mais d'un volume moindre.

L'index introduit au-dessous de la verge pénètre dans un infundibulum qui n'est limité en avant par aucun vestige de petites lèvres, long de 3 à 4 centimètres et aboutissant à un cul-de-sac à la partie supérieure duquel on rencontre l'orifice uréthral.

On ne sent toutefois aucune trace de col utérin, et, à l'examen plus attentif de la muqueuse, on n'aperçoit aucun vestige des orifices des glandes vulvo-vaginales, non plus qu'aucun débris d'hymen.

Le toucher de cet infundibulum est très-douloureux, ainsi que toute tentative de cathétérisme, ce qui nous a fait ajourner jusqu'à présent ce point d'exploration ainsi que la recherche des orifices des canaux déférents.

L'orifice anal est situé à une grande distance de l'orifice de l'infundibulum, 6 à 7 centimètres au moins.

Le toucher rectal, porté aussi haut que possible, n'a pas permis de reconnaître la présence d'un corps utérin ni de la prostate. Il n'a point toutefois été pratiqué concurremment avec le cathétérisme vésical, le sujet s'y étant refusé jusqu'à présent.

Dans les rapports qu'a cet individu avec les femmes, l'érection est suivie d'une éjaculation véritable qui se produit dans l'infundibulum, c'est-à-dire comme chez les hypospades.

Le sperme a les caractères ordinaires; il empèse le linge.

Le liquide recueilli dans un tube a tous les caractères extérieurs du sperme normal. On n'y reconnaît toutefois à l'examen microscopique aucune trace de spermatozoïdes.

Les détails anatomiques et physiologiques que nous venons de donner seraient de nature à suggérer bien des réflexions touchant l'interprétation qu'il convient de donner à ce cas intéressant.

Si nous accordions une grande importance à certains attributs féminins mentionnés dans l'histoire de cet individu, comme l'existence de trois périodes menstruelles, l'état des seins, le timbre de la voix, etc., nous serions conduit par la présence, d'autre part, d'organes et de fonctions évidemment masculins à la conception d'un hermaphrodite vrai rentrant, suivant la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, dans la classe des *hermaphrodites bisexuels imparfaits*.

Notre nouvel exemple se rapprocherait ainsi singulièrement de plusieurs de ceux qui ont été décrits antérieurement. Telles sont, par exemple, les relations de Worbe en 1815; celle d'Alexandrine-Hortense M... rapportée par M. Larrey, une autre de Marc et surtout l'histoire si intéressante et si dramatique d'Alexina rapportée par Goujon (1).

Dans ces différents cas, il s'agissait d'individus considérés comme du sexe féminin, déclarés et élevés comme tels et reconnus plus tard porteurs de véritables organes masculins avec fonctions correspondantes.

Si, d'autre part, rejetant les classifications anciennes, nous cherchons à appliquer ici les notions les plus récentes de l'embryogénie qui nous montrent les organes génitaux confondus pendant la période fœtale dans une unité sexuelle anatomique, puis se déterminant ensuite par une sorte d'appropriation physiologique d'organes à rôle d'abord indéfini, nous arrivons à un tout autre résultat.

Nous ne pouvons nous arrêter ici sur ces considérations de l'ordre embryogénique; mais la conclusion à laquelle nous serions contraint d'arriver serait que l'individu que nous présentons ici est un homme, qu'il n'a jamais cessé d'être un homme depuis la puberté. Seulement c'est un homme anomal avec un hypospadias et un infundibulum représentant la portion membraneuse du canal de l'urèthre, des testicules normaux dans un scrotum bifide, des épididymes normaux et un sperme ayant l'aspect normal, bien que dépourvu de spermatozoïdes.

Cet individu ne serait donc nullement un hermaphrodite, et il convient d'ajouter qu'aucun des faits analogues qui figurent dans les auteurs ne justifierait cette même dénomination. Chez tous, en effet, il y a prédominance physique et fonctionnelle d'un sexe sur l'autre, ou, pour mieux dire, existence évidente, bien qu'anomale, des attributs d'un sexe à l'exclusion des attributs de l'autre. On pourrait ainsi aller plus loin et dire qu'il n'existe peut-être dans la science aucun exemple rigoureusement constaté d'hermaphrodisme véritable chez l'homme.

M. Mathias Duval, qui a assisté à la présentation de cet individu, a résumé son opinion de la manière suivante : « L'examen de cette monstruosité, tout en jetant un jour complet sur l'homologie des organes génitaux de l'homme et de la femme, nous montre que chez les prétendus hermaphrodites on a considéré comme un vagin le sinus uro-génital conservé à l'état embryonnaire. Ce sujet, qui est un homme par ses organes internes, doit donc être regardé comme un véritable embryon par ses organes externes, et cela par cette persistance du sinus uro-génital, qui n'est autre que l'état embryonnaire de la portion membraneuse du canal uréthral de l'homme. »

Cette interprétation est tout à fait conforme à notre manière de voir.

(1) Voir Worbe, *Bull. Soc. de la Fac. de méd. de Paris*, 1815; Marc, *De l'hermaphrodisme* (*Dict. des sc. méd.*), 1817, t. XXI; Larrey, *Bul. Soc. de chir.*, 21 septembre 1859; Goujon, *Journ. de l'anat. de Robin*, 1869, p. 509.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Duboué, membre correspondant de l'Académie, adresse, par l'intermédiaire de M. Depaul, un pli cacheté. (Accepté.)

LECTURE

Sur les réactions des ptomaïnes et sur quelques-unes des conditions de leur formation. — M. BROUARDEL, tant en son nom qu'au nom de M. Boutmy, vient compléter par de nouveaux détails sa première communication sur les ptomaïnes. La réduction du cyanoferride de potassium n'est pas la seule réaction caractéristique des ptomaïnes; elles réduisent aussi le bromure d'argent. De telle sorte que, si l'on écrit ce mot *ptomaïne* sur une plaque photographique préparée à l'aide de ce sel et tenue ensuite pendant une demi-heure à l'abri de la lumière, il apparaîtra très-nettement sur cette plaque après le double lavage, à l'hyposulfite de soude d'abord, puis à l'eau.

Les ptomaïnes semblent naître de préférence lorsque la putréfaction s'opère à l'abri du contact de l'air et résulter de l'union de certains hydrogènes carbonés avec l'azote provenant des tissus ou des liquides animaux quand l'oxygène de ces matières et leur carbone disparaissent à l'état d'acide carbonique. Quand on analyse les gaz qui se produisent pendant la durée de la putréfaction, on constate que leur composition varie suivant que la décomposition est plus ou moins avancée; on peut du reste s'en assurer par une expérience très-simple.

Lorsque par une piqûre de la peau on donne issue aux gaz, alors que la putréfaction est peu avancée, ces gaz ne sont pas inflammables; lorsque la putréfaction l'est davantage, que le scrotum, la verge sont distendus à pleine peau, les gaz s'enflamment, sortent en sifflant et projetant une flamme bleuâtre par un jet semblable à celui du chalumeau. Lorsque la putréfaction est encore plus avancée, que l'épiderme s'enlève en larges lambeaux, etc., les gaz qui s'échappent par les piqûres ne sont plus inflammables. En même temps se forment les ptomaïnes, probablement par le concours des hydrogènes carbonés à l'état de méthyle, de phényle, de toluide, etc.

En effet, divers alcaloïdes végétaux, dans lesquels M. Brouardel a introduit ces mêmes radicaux hydrocarbonés, ont présenté les mêmes propriétés que les ptomaïnes, réduisant comme elles instantanément le cyanoferride de potassium, et ceux des alcaloïdes artificiels (tels que l'aniline, la méthylaniline, la triméthylaniline, etc.)

qui contiennent soit du méthyle, soit du phényle, etc., offrent aussi les mêmes réactions.

Il semble d'ailleurs que les ptomaînes peuvent se produire non-seulement après la mort, mais pendant la vie. En effet M. Brouardel en a trouvé de très-grandes quantités dans le cadavre d'une femme morte depuis seulement deux jours, dans des circonstances suspectes. Cette femme avait avorté au sixième mois, et l'analyse chimique prouva qu'elle s'était empoisonnée avec de la vératrine. Il est très-probable que chez elle, comme on l'a dit déjà, du reste, pour certaines affections septiques, les alcaloïdes réducteurs des sels ferriques s'étaient produits durant la vie.

DISCUSSION

M. ARMAND GAUTIER croit être le premier qui ait affirmé l'existence des ptomaînes dans les matières organiques en putréfaction. M. Selmi le reconnaît dans la brochure qu'il a publiée sur ce sujet, et dont M. Gautier lit un passage à la tribune.

La question de priorité semble donc jugée, de l'aveu même de M. Selmi, en faveur de la clinique française.

En ce qui touche à la question du mode de formation des ptomaînes, M. Gautier pense qu'elles se produisent par le dédoublement des matières albuminoïdes.

M. Gautier s'est demandé s'il ne se formait pas des ptomaînes dans l'état physiologique. Des expériences faites par son chef de laboratoire lui permettent de répondre affirmativement à cette question.

Il s'est demandé en outre si certains alcaloïdes végétaux ne seraient pas comparables aux ptomaînes. Ici encore l'expérience a résolu affirmativement la question en montrant que la *muscarine*, notamment, rentre dans la classe des ptomaînes par ses diverses propriétés, en particulier par celle de réduire le mélange de ferricyanure de potassium et de perchlorure de fer.

Enfin M. Gautier a recherché si les produits de certaines glandes, chez les animaux, des glandes à venin, par exemple, ne présenteraient pas des alcaloïdes analogues aux ptomaînes. Il en a trouvé, en effet, dans le venin du trigonocéphale et du cobra di capello. Mais ce n'était pas le principe toxique le plus important de ces venins. Ce qui tue, c'est une matière très-analogue à la ptyaline et aux ferments, sauf qu'elle garde ses propriétés après une préparation par l'alcool.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé libre.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Marjolin; en deuxième, *ex æquo*, MM. Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet, Worms; en troisième, M. de Ranse, candidat adjoint par l'Académie.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39,

M. Marjolin obtient 45 voix; M. Worms, 13; M. Mesnet, 7; M. Magitot, 6; M. Krishaber, 4; M. de Ranse, 1; M. Maximin Legrand, 1.

En conséquence, M. Marjolin, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

RAPPORT

M. WOILLEZ lit un rapport sur un travail présenté par M. le docteur Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré-les-Bains.

Dans ce travail, le docteur E. Collin expose un moyen de reconnaître à l'auscultation la nature arthritique des affections pulmonaires.

Lorsque le rhumatisme attaque le poumon, la plèvre est atteinte en premier lieu. Il survient alors une pleurésie sèche qui, dans la grande majorité des cas, est localisée à la partie externe et moyenne du thorax.

On perçoit alors, sur le milieu d'une ligne partant du creux axillaire et se dirigeant perpendiculairement vers les fausse côtes, un bruit qui simule le râle crépitant du premier degré de la pneumonie.

C'est à ce bruit essentiellement migrateur et perçu plus souvent à droite qu'à gauche que le docteur Collin a donné le nom de *froissement arthritique*.

Des râles sous-crépitants peuvent accompagner ce *froissement arthritique*; c'est qu'il existe alors un état congestif des vésicules pulmonaires les plus rapprochées de la localisation pleurétique.

Ce signe peut rendre de grands services, tant au point de vue du diagnostic des affections chroniques de la poitrine, qu'au point de vue du diagnostic des affections étrangères au poumon, pourvu, toutefois, que le rhumatisme ait précédemment attaqué le poumon et y ait laissé des traces de son passage.

Le rapporteur, tout en faisant des réserves sur la question de savoir si jamais un bruit exactement semblable ne peut se produire en dehors de toute influence rhumatismale, conclut en proposant de voter des remerciements à M. Collin et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

COMMUNICATION

Vaccinations charbonneuses.— M. PASTEUR, tant en son nom qu'au nom de ses collaborateurs, MM. Roux et Chamberland, fait connaître à l'Académie le résultat de nouvelles expériences d'inoculation charbonneuse, démontrant l'efficacité préservatrice du virus charbonneux affaibli suivant sa méthode.

La Société d'agriculture de la Marne, présidée par M. de la Rochette, avait mis à sa disposition un troupeau de 60 moutons, plus 10 bœufs ou vaches. 10 moutons ont été réservés comme terme de comparaison; 24 autres, plus 1 chèvre et 6 vaches, furent inoculés deux fois, à douze jours de distance, avec du virus charbonneux affaibli. Ces derniers animaux, plus un nombre égal d'autres moutons et 4 vaches qui n'avaient pas subi de vaccination préalable, furent inoculés le 2 juin avec du virus charbonneux très-énergique. Deux jours après, tous les moutons non vaccinés étaient morts ou mourants, tandis que les autres survivaient et paraissaient en bonne santé, sauf une brebis pleine, qui mourut quelques jours après.

Les vaches vaccinées, puis inoculées, se portaient bien; celles qu'on avait inoculées sans vaccination préalable étaient très-malades, mais elles ne moururent point. M. Pasteur avait du reste annoncé d'avance que les vaches offraient à l'action du charbon une résistance beaucoup plus grande que les moutons. Ces expériences avaient eu lieu devant une assistance très-nombreuse et dans laquelle se pressaient un grand nombre de vétérinaires; tous furent pleinement convaincus, à tel point qu'un vétérinaire exprima le désir de se voir vacciné avec le virus charbonneux affaibli pour être à l'abri de l'inoculation charbonneuse.

La mort de la brebis vaccinée avait été attribuée par les vétérinaires qui en avaient fait l'autopsie à la mort préalable d'un fœtus qu'elle portait et qui fut trouvé macéré dans les membranes encore intactes.

MM. BLOT et **DEPAUL** protestent avec énergie contre cette explication, car, disent-ils, jamais la présence d'un fœtus mort, mais non putréfié, dans l'amnios intact, ne peut avoir aucun inconvénient pour la santé de la mère. Comme, du reste, la mort peut tenir à bien d'autres causes, ces observations n'infirment en rien la valeur des faits rapportés par M. Pasteur.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre éminent confrère M. Ricord a été atteint, ces jours derniers, d'une fluxion de poitrine, et nous sommes heureux d'annoncer que son état est actuellement aussi satisfaisant que possible.

— Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879, sont admis à concourir pour les bourses de doctorat : 1° les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret

du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales; 2° les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie; 3° les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie; 4° les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres restreint et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime seront admis à concourir s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. — Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* pourront obtenir une bourse de première année.

Les sujets des épreuves seront adressés par M. le ministre de l'instruction publique aux recteurs sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

— La prochaine session de baccalauréat ès sciences complet et restreint commencera le lundi 11 juillet 1881. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 20 au jeudi 30 juin inclusivement, tous les jours, de dix heures du matin à midi, au secrétariat de la Faculté des sciences à la Sorbonne. Les examens pour le baccalauréat ès sciences restreint auront lieu les 13, 16 et 23 juillet. Les candidats pourvus du certificat de bachelier ès lettres ou de la première partie des épreuves du baccalauréat ès lettres seront appelés à la fin de la session (du 23 au 27 juillet).

— M. le docteur Luzun, médecin à Bordeaux, vient de mourir à Paris d'une attaque d'apoplexie, à l'âge de quarante-un ans.

— M. le directeur de l'Assistance publique vient de recevoir de M. le docteur d'Olier, médecin à Orléans, la somme de 100 francs, destinée à l'achat de livres pour la bibliothèque des internes de l'hôpital Saint-Antoine.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 19 juin 1881, à Montmorency, Domont et Bessancourt. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à huit heures vingt-cinq minutes du matin pour la station de Domont.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11322.

N° 70. — SAMEDI 18 JUIN 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 18 JUIN 1881. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ulcère simple de l'estomac chez les tourneurs en porcelaine.

Le service de M. Bernutz présente en ce moment un exemple d'une variété non encore décrite d'ulcère simple de l'estomac, variété qu'on pourrait nommer, suivant ce savant maître, l'*ulcère des tourneurs en porcelaine*.

Pour bien comprendre comment se produit cette affection professionnelle, il faut d'abord se rendre compte des conditions dans lesquelles s'exerce la profession incriminée.

Le tourneur en porcelaine intervient par deux fois dans la fabrication d'une même pièce: d'abord pour lui donner la forme quand elle est encore à l'état de pâte molle de kaolin; puis pour achever le modelage, creuser les rainures, accuser les reliefs, etc., quand elle a déjà subi le degré de cuisson qui l'a transformée en biscuit, c'est-à-dire en une substance à la fois dure et très-fragile.

Cette dernière opération porte dans la langue du métier le nom de tournasage. C'est la seule qui soit dangereuse pour l'ouvrier qui l'exécute.

Le tournasage doit se faire avec une grande rapidité, et l'instrument tranchant que l'ouvrier applique à la surface de la pièce dont il modifie les contours soulève incessamment une fine poussière de ce biscuit de porcelaine pulvérisée, — poussière composée de débris aux sommets aigus, aux arêtes tranchantes, qui, nécessairement aspirés avec l'air ambiant par le tourneur, viennent se déposer sur la muqueuse buccale et sont avalés avec la salive, s'ils sont trop lourds, trop volumineux pour pénétrer jusque dans les voies pulmonaires.

Ainsi les organes digestifs, comme les organes respiratoires, et peut-être même davantage, pourraient se trouver affectés par l'action nocive de ces corps étrangers irritants et coupants.

Ce ne serait pas la première fois d'ailleurs que M. Bernutz observerait des affections d'estomac survenant dans des circonstances analogues.

Ces circonstances se rencontraient, il y a vingt ans environ, dans un métier tout différent, dans la préparation des petits appareils dont on se servait à cette époque pour isoler les fils de télégraphe. La couche isolante était obtenue par une vitrification à la surface d'anneaux de fonte. On recouvrait d'abord ces anneaux d'une solution de gomme, à l'aide d'un pinceau; puis, à l'aide d'un tamis, on y faisait tomber une sorte de cristal très-fusible, très-finement pulvérisé, qui y adhérait grâce à la gomme, et enfin on chauffait au rouge dans un four, afin que le cristal, entré en fusion, fît corps définitivement avec la fonte. Les ouvrières qui secouaient les tamis pour répandre uniformément la poudre vitrifiable en aspiraient et en avalaient. Comme la grande fusibilité était due à l'excès de plomb, elles étaient bientôt prises d'accidents saturnins, qui furent décrits sous leurs formes diverses, en 1861, par M. le docteur Archambaud, dans les *Archives de médecine*. Mais, tout préoccupé qu'il fût de l'empoisonnement saturnin, — sujet de son mémoire, — M. Archambault nota lui-même un certain nombre de symptômes qui sortaient du cadre du saturnisme. Ainsi, chez toutes les malades, l'irritation du tube digestif s'était révélée dès les premiers jours par un appétit exagéré, par une véritable boulimie; puis étaient survenues bientôt l'inappétence, le dégoût pour les aliments, et enfin, chez toutes ces femmes, des vomissements répétés. Ces vomissements se produisaient chez quelques-unes sans coliques proprement dites, sans constipation opiniâtre. Ce n'étaient donc pas ceux de la colique de plomb, qui offrent une physionomie essentiellement différente.

D'ailleurs, et c'est ici que nous en revenons aux observations de M. Bernutz, chez deux de ces ouvrières, qui entrèrent dans son service à la Pitié, il y eut, en outre, de véritables hématémèses et tout le cortège des symptômes de l'ulcère simple de l'estomac.

Entre la poudre de cristal et la poudre de porcelaine, la différence n'est pas grande au point de vue de la pathogénie.

Le résultat peut être des deux parts une irritation d'autant plus vive que les petits fragments peuvent venir se fixer dans les plaies qu'ils auraient produites.

Suivant l'opinion générale, cette irritation peut aller très-loin, car, pour faire périr les rongeurs, on prépare des mélanges de diverses substances avec du verre pilé.

Mais le verre pilé qu'on emploie pour tuer les rats et les souris est en débris bien plus considérables, par conséquent

capables de faire bien plus de mal que les fines poussières en question.

Quoi qu'il en soit, ces poussières sont nocives; elles le sont comme la poussière de grès, dont l'aspiration devient toujours, plus ou moins rapidement, fatale pour les fabricants de meules.

S'il faut en croire sur ce point le jeune tourneur en porcelaine qui est actuellement dans le service de M. Bernutz et dont nous allons résumer l'histoire, un très-grand nombre de ses camarades, exerçant la même profession, auraient craché le sang et auraient fini par mourir phthisiques : c'est-à-dire sans doute d'une phthisie semblable à celle des fabricants de meules.

Quant aux affections des voies digestives, il y a prêté moins d'attention ; et cependant il se rappelle que, notamment, une ouvrière qui travaillait à ses côtés a eu des vomissements de sang et a souffert de l'estomac comme lui-même.

Ce jeune homme, actuellement couché salle Saint-Louis, n° 19, est né à Limoges, c'est-à-dire dans un des centres les plus importants de fabrication de la porcelaine et par conséquent de *tournasage*.

Après quatre ans d'apprentissage, à dix-huit ans, il devint, suivant le terme consacré dans cette ville, tourneur *anglais*, c'est-à-dire spécialement chargé des grosses pièces. En cette qualité, il gagnait beaucoup, et, comme on le payait à la tâche, il jouissait en somme d'une grande liberté, travaillant ou se reposant à peu près quand il voulait. Il se nourrissait bien, du reste, et, sauf trois ou quatre pneumonies qu'il attribue à des refroidissements, il s'était toujours bien porté jusque vers le milieu d'octobre 1879.

Pour la première fois, à cette époque, étant alors âgé de vingt ans, il eut des vomissements qui se renouvelaient quelques minutes après chaque repas et qui s'accompagnaient de douleurs peu intenses, allant de la région épigastrique, d'avant en arrière, jusque vers la colonne vertébrale au même niveau. Ce sont bien là les douleurs caractéristiques de l'ulcère simple de l'estomac, et, quoiqu'il n'y eût pas d'hématémèses à ce moment, il est évident que les vomissements opiniâtres se rattachaient à cette même cause. La convalescence se fit attendre trois mois, au bout desquels ce jeune homme, qui avait été très-bien soigné par ses parents, ne se hâta pas de se remettre à la besogne. Il fit d'abord un voyage à Paris, où sa santé fut assez bonne, sauf, de loin en loin, quelques vomissements alimentaires. Mais alors il ne faisait rien. De retour à Limoges, il y reprit son état vers le printemps de l'année dernière. Puis, au mois de janvier de cette année, il vint se fixer à Paris, espérant gagner davantage. En effet, il paraît qu'ici les tourneurs en porcelaine sont payés, proportionnellement à leur habileté, jusqu'à raison de 3 francs l'heure. Mais ils sont obligés d'avoir plus d'assiduité qu'à Limoges et ne peuvent pas quitter leur travail quand il leur convient. Aussi l'affection de l'estomac ne tarda-t-elle pas à reparaître avec une nouvelle intensité. Vers le milieu d'avril, ce jeune homme commença à vomir tout ce qu'il prenait; bientôt il s'aperçut que ces vomissements contenaient en outre une certaine quantité de sang noir; et, le 10 mai dernier, il entra à la Charité dans le service de M. Bernutz. Sous l'influence du régime lacté et de l'opium, les hématémèses se suspendirent pendant quelques semaines; mais elles reparurent vers la fin de mai, et jusqu'au mardi 14 juin elles se renouvelaient presque chaque jour. On a placé mercredi un cautère à la région épigastrique, et le calme paraît rétabli.

Quant aux douleurs, cette fois, elles sont beaucoup plus vives qu'il y a deux ans. Une pression locale, la toux, les efforts de vomissements et l'ingestion de boissons chaudes les exaspèrent. Le malade les compare à des coups de couteau en cas pareil. Elles s'étendent directement de l'épigastre au dos, suivant une direction perpendiculaire à l'axe du corps. La faiblesse est grande, et cela se comprend sans peine, car la nutrition est réduite presque à rien, le lait lui-même étant souvent vomi.

Telle est en somme cette observation, curieuse surtout au point de vue étiologique.

Il resterait maintenant à savoir si les carriers, tailleurs de meules, outre les affections de poitrine, fort bien décrites, auxquels ils sont sujets, ne présenteraient pas aussi parfois des ulcérations de l'estomac dont le mécanisme de production serait exactement le même.

Nous appelons sur ce point l'attention de nos confrères qui vivent dans des pays où se taillent les meules.

Guérison par le chloroforme de vomissements incoercibles dus à une tumeur syphilitique intracranienne.

Dans le service de M. Rigal, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Eulalie, n° 11, entrait, le 13 mai dernier, une femme de trente-cinq ans qui, depuis six jours, vomissait tout ce qu'elle prenait.

Ces vomissements étaient survenus en même temps qu'une céphalée intense, siégeant principalement à droite et qui s'était accompagnée d'un affaiblissement notable de la mémoire.

Ils n'étaient d'ailleurs précédés d'aucun malaise stomacal, d'aucune espèce de douleur, soit dans la région épigastrique, soit dans quelque autre partie du ventre.

Ils se faisaient brusquement, par longs jets, sans que la malade s'y attendît, et d'une façon tellement subite qu'elle en couvrit plus d'une fois les vêtements des personnes avec qui elle parlait.

Ce sont bien là les caractères de vomissements sympathiques tels qu'on en rencontre dans les cas de tumeurs intracraniennes, syphilitiques ou non.

Ici la syphilis ne semblait pas douteuse, bien que dans les commémoratifs on ne trouvât aucune trace, soit de l'accident initial, soit des éruptions secondaires. En effet, la malade avait été traitée précédemment à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gillette, pour des gommes suppurées; et elle en portait d'ailleurs les traces, sous forme de larges cicatrices, adhérentes aux os sous-jacents, vers le haut de la région sterno-costale gauche. Elle avait vu se développer ces tumeurs gommeuses deux ans après la mort de son mari, en 1877. A Beaujon, on lui prescrivit de la pommade mercurielle en frictions et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Mais l'iodure de potassium lui occasionnait alors des maux de tête si violents qu'il fallut y renoncer au bout de trois jours.

Les plaies, du reste, guérirent vite sous l'influence du mercure seul, et depuis lors cette femme n'avait rien éprouvé d'anomal, jusqu'au moment où apparurent les vomissements et la céphalée en question.

Dans ces conditions M. Rigal eut également recours au mercure et à l'iodure de potassium. On usa chaque jour en frictions 8 grammes de pommade mercurielle, et on fit prendre en lavement 2 grammes d'iodure de potassium.

La céphalée se calma très-vite; mais les vomissements

persistèrent aussi opiniâtres que jamais. La malade allait s'affaiblissant, car elle ne gardait absolument rien de tout ce qu'on lui donnait pour la nourrir.

Ce fut en vain qu'on mit en usage tous les remèdes usuels : la glace, les boissons gazeuses, la potion de Rivière, les opiacés, l'application d'un vésicatoire à la région épigastrique, les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, l'eau de laurier-cerise, le chloral, etc., restèrent également inefficaces. Vers la fin de mai, la situation devenait réellement inquiétante.

Ce fut alors qu'en désespoir de cause, M. Rigal songea au chloroforme, dans l'espoir d'amener ainsi une sédation suffisante du réseau nerveux stomacal pour couper court aux contractures convulsives du muscle gastrique. Cet espoir ne fut pas déçu. La malade prit en quatre fois, chaque jour, une dose de 2 grammes de chloroforme dans une potion de 60 grammes. Dès ce moment, les vomissements cessèrent. L'alimentation redevint possible. Cette femme reprit des forces. Bien qu'on ait cessé le chloroforme au bout de trois ou quatre jours, elle n'a plus vomi ; elle mange bien, digère, et aujourd'hui ne se plaint plus de rien.

Action du sulfate de quinine contre certaines fièvres d'accès, sans impaludisme.

Il y a longtemps que les chirurgiens connaissent l'utilité du sulfate de quinine contre les accès de fièvre, avec frissons violents, qui surviennent parfois à la suite du cathétérisme de l'urèthre.

Ces accès de fièvre ont été expliqués de plusieurs manières, les uns les attribuant à la résorption d'un peu d'urine par les déchirures uréthrales, d'autres à une action réflexe partie des nerfs sensitifs de l'urèthre et retentissant sur le système vaso-moteur.

Quoi qu'il en soit, le sulfate de quinine a été employé avantageusement en cas pareil, bien que l'impaludisme ne fût nullement en cause.

Il vient de se montrer également efficace dans des conditions différentes, mais qui ne se rapportaient pas plus à l'empoisonnement paludéen, chez un jeune homme atteint d'une *phlegmatia alba dolens* consécutive à une fièvre typhoïde.

Ce jeune homme, entré le 30 avril, salle Saint-Louis, n° 3, service de M. Granger, à l'hôpital Necker, n'y avait présenté durant les premiers jours que des signes d'embarras gastrique. Ce fut seulement à la fin de la première semaine du mois de mai que les symptômes d'une vraie fièvre typhoïde se dessinèrent. La température monta brusquement jusqu'à 40 degrés, et elle se maintint à ce niveau pendant une quinzaine de jours ; une seule fois elle baissa inopinément de 3 degrés, sans qu'il fût possible d'assigner une cause probable à cette défervescence d'un jour.

La maladie suivit d'ailleurs son cours normal, et le jeune homme était entré depuis quelques jours en convalescence lorsqu'il s'aperçut, le 28 mai, que sa jambe gauche gonflait et devenait douloureuse. Quelques jours plus tard, il fut pris d'un violent frisson, auquel succédèrent des sueurs abondantes. Les accès de fièvre et de frissons revinrent par trois fois à des intervalles irréguliers.

Quelle en pouvait être la cause ? Le malade, très-faible, très-pâle, offrait un aspect cachectique. Son membre inférieur gauche était devenu énorme, et tout faisait croire que la phlébite, dont cette *phlegmatia alba dolens* était la conséquence, pouvait aussi avoir produit un certain degré de septicémie ou de pyoémie, cause de la réaction fébrile avec frissons.

Jugeant la chose ainsi, M. Granger prescrivit le sulfate de quinine à des doses relativement considérables, vu la faiblesse du malade, commençant par 1g,25, puis descendant à 1 gramme par jour.

Il n'y eut plus de frissons depuis lors, et la situation n'a pas empiré, bien que le malade soit toujours très-pâle et très-émacié.

Ainsi, en présence de frissons et d'accès de fièvre qu'on croit dépendre de l'introduction dans le sang d'éléments plus ou moins septiques, il peut être bon d'employer les sels quiniques à hautes doses.

Le sulfate de quinine contre la fluxion hémorrhagique de l'utérus.

Pendant qu'il est question du sulfate de quinine, il peut être bon de revenir sur une de ses indications qui, bien que signalée déjà à plusieurs reprises, est trop souvent négligée peut-être dans la pratique.

Contre certains genres de métrorrhagie, son utilité est incontestable.

La doit-il, comme on l'a soutenu, à une véritable action élective sur le tissu musculaire utérin, action dangereuse en cas de grossesse ?

Faut-il le classer, à ce point de vue, à côté de l'ergot de seigle ?

Ou bien ne serait-ce pas plutôt en agissant sur les vaso-moteurs, sur le système circulatoire, comme il le fait en cas de fièvre, qu'il pourrait arrêter la perte, surtout quand elle se rattache à une fluxion hémorrhagique ?

Quoi qu'il en soit, c'était bien, en effet, d'une fluxion hémorrhagique de l'utérus sans tumeur fibreuse ni polype qu'il s'agissait chez une malade de M. Granger, guérie ainsi.

Cette femme, âgée de vingt-trois ans, infirmière à la Salpêtrière, avait déjà eu, l'été dernier, une perte de quelques semaines.

Cette année, la perte dura trois mois avant qu'on employât le sulfate de quinine ; ce sel fut donné à la dose de 50 centigrammes par jour, et dès le second jour la perte diminuait, pour cesser bientôt. On suspendit alors le remède, et l'hémorrhagie reparut quinze jours après. On revint au sulfate de quinine, et elle s'arrêta de nouveau. La démonstration paraît des plus nettes.

Les tumeurs adhérentes du sein.

Dans une de ses dernières leçons, M. le professeur Richet a traité de l'adhérence des tumeurs du sein aux parties profondes.

« Quand une femme vient consulter un chirurgien pour une tumeur du sein, elle ne manque jamais, a-t-il dit, de lui poser cette question : *Ma tumeur est-elle adhérente ?* S'il répond *non,* elle est rassurée, pleine d'espoir dans le succès d'une opération. S'il répond *oui,* elle se décourage. C'est donc une opinion courante, même parmi les gens du monde, que les tumeurs adhérentes du sein sont plus dangereuses que les autres. »

Les causes de ce danger plus grand, M. Richet les a recher-

chées dans l'étude du mécanisme suivant lequel s'opère la fixation d'une tumeur du sein à la cage thoracique.

Il part du sein deux ordres de lymphatiques dont les uns vont se rendre aux ganglions de l'aisselle, tandis que les autres, traversant les espaces intercostaux, pénètrent dans la cavité thoracique, où ils aboutissent à des ganglions sous-pleuraux. Or, dans le squirrhe, les lymphatiques ne tardent pas à être atteints, s'ils ne le sont pas dès le début. Ils s'enflamment alors, se gonflent, se rétractent. Ceux qui entrent dans le thorax, s'ils sont affectés, tirent à eux, pour ainsi dire, la partie malade et la fixent contre les côtes.

Faut-il donc toujours s'abstenir d'opérer un squirrhe adhérent?

Pas toujours. Si, en percutant la poitrine et en auscultant, on acquiert la preuve que les ganglions sous-pleuraux sont atteints, indurés, grossis, il est évident qu'une opération n'aurait aucune espèce de chance.

Mais, dans le cas contraire, on peut agir, à la condition de ne pas se borner à une amputation par le bistouri.

Il faut appliquer sur la plaie une large couche d'un caustique qui, en diffusant, puisse atteindre les éléments cancéreux dans les voies précédemment prises par eux.

Le cancer se généralise en suivant les vaisseaux lymphatiques, les gaines des vaisseaux sanguins, les gaines des nerfs. Les caustiques diffusibles se répandent surtout dans les mêmes directions.

On peut donc espérer qu'ils atteindront le mal jusqu'à ses dernières limites, même quand la tumeur est adhérente.

REVUE DE LA PRESSE

Kystes des sinus frontaux. M. le docteur Garreau vient de publier plusieurs observations intéressantes de kystes des sinus frontaux. D'après les faits qu'il a recueillis, ces kystes s'annonçaient par une douleur plus ou moins vive, tantôt continue, tantôt se manifestant sous forme d'accès. Cette douleur siégerait ordinairement à la base du nez, d'où elle irradierait à la moitié correspondante du front. On pourrait alors penser à une migraine si les prodromes, les nausées, les vomissements qui accompagnent cette dernière maladie ne permettaient facilement de rejeter cette supposition.

Plus tard une tumeur molle et fluctuante apparaît à l'angle interne de l'œil. Le plus généralement les douleurs persistent, elles s'accroissent même au fur et à mesure que la tumeur se développe, et elles atteignent même fréquemment une intensité extrême. Ces douleurs sont gravatives, lancinantes; elles augmentent par la toux, l'éternuement; mais la pression ne les exagère ordinairement pas.

Avec le développement de la tumeur, la déformation s'accentue, l'œil et la paupière sont projetés en avant et en dehors. Généralement il n'y a pas de saignement de nez ni d'écoulement purulent ou muco-purulent par les narines.

Le diagnostic de tumeur donnant lieu à des phénomènes de compression de l'œil et du cerveau est facile à faire; mais déterminer sa nature présente les plus grandes difficultés, et ce n'est que par la ponction exploratrice que l'on y parvient.

Quant au traitement, il faut vider le kyste et rétablir la communication avec les fosses nasales, car il n'y a pas à compter avec la résorption des matières contenues dans le kyste. Les lotions d'eau blanche, le chlorhydrate d'ammoniaque dissous dans l'eau, les pommades iodées, iodurées ou mercurielles, sont des moyens impuissants. Les médicaments portés dans les fosses nasales ne donneront pas de meilleurs résultats, à moins que l'on n'ait la bonne fortune de Nicolaï, qui, après une application de ce genre, vit un abcès s'ouvrir spontanément de ce côté.

La ponction évacuatrice, dont la pensée se présente généralement à l'esprit, n'est elle-même qu'une opération palliative, le liquide se reproduisant peu de temps après sa sortie. La ponction suivie d'injection ne peut guère non plus donner de bons résultats, la cavité ne pouvant revenir sur elle-même. Il serait néanmoins permis de l'essayer dans un but purement modificateur. Enlever le kyste serait un moyen préférable, bien que dans certains cas il puisse être dangereux, notamment si la paroi postérieure du sinus était détruite.

Le meilleur moyen consisterait donc, d'après M. le docteur Garreau, à évacuer le pus et à rétablir la communication du sinus avec les fosses nasales, soit en débouchant l'ancien canal, soit en en formant un nouveau au moyen de l'instrument inventé à cet effet par M. Richet. (*Paris médical.*)

Abcès du sinus maxillaire. — Nous rapprochons avec intention des kystes des sinus frontaux les abcès du sinus maxillaire dont M. le professeur Richet entretenait ses auditeurs dans une de ses dernières leçons. Comment, disait-il, guérissent les malades atteints d'abcès du sinus maxillaire? C'est une question à résoudre, car nous n'avons pas ici les conditions que nous trouvons dans les abcès des parties molles dont les parois peuvent être mises en contact. L'on est ici dans les conditions de certaines pleurésies suppurées, où il reste pendant longtemps une cavité, le sac pseudo-pleural de M. Oulmont, dont les parois restent éloignées l'une de l'autre.

La guérison des collections du sinus maxillaire s'obtient par le rétrécissement progressif de la cavité, lequel peut aller jusqu'à la disparition totale de celle-ci; mais le fait est rare. Le tube que l'on place dans l'ouverture du sinus est chassé peu à peu, cette ouverture elle-même se rétrécit, on est obligé de diminuer le calibre du drain, et il ne reste bientôt plus qu'un petit pertuis fistuleux qui peut finir lui-même par disparaître.

Mais le plus souvent il s'établit une fistule permanente, d'où s'écoule une quantité plus ou moins notable d'un liquide qui quelquefois devient très-odorant et qui exige l'emploi d'injections détersives; parfois c'est simplement du mucus qui s'écoule par l'ouverture; d'autres fois, surtout si l'on a retiré le drain trop tôt, on voit survenir de nouvelles poussées inflammatoires qui remettent tout en cause et forcent le chirurgien à agrandir de nouveau l'ouverture jusqu'à faire une seconde opération. Aussi, dit M. Richet, doit-on maintenir le tube en place le plus longtemps possible. (*France médicale.*)

De l'action du perchlorure de fer dans quelques maladies de la peau. — M. le docteur Casarini a recueilli un certain nombre d'observations de maladies de peau à marche chronique dans lesquelles l'emploi du perchlorure de fer comme médicament externe a été d'une utilité véritable. Il l'emploie aux doses de un, deux ou trois grammes mêlés à trente grammes d'axonge ou bien sous forme de lotions mélangées à deux ou trois parties d'eau. Les maladies de la peau où cet agent s'est montré le plus efficace sont: le psoriasis subaigu et chronique, le lichen eczémateux et l'eczéma impétigineux quand tout phénomène aigu avait disparu.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes: 1° le perchlorure de fer est le remède le plus efficace contre le purpura hæmorrhagica et le purpura simple; 2° il est très-utile contre l'état chloro-anémique cachectique qui accompagne souvent certaines maladies de la peau: rupia, ecthyma et impétigo; 3° à l'usage externe, il exerce une action promptement favorable dans les ulcères placés sous la dépendance de la scrofule et de la syphilis constitutionnelle; 4° enfin, employé sous forme de pommade, le perchlorure de fer est un modificateur énergique et efficace contre les affections squameuses de la peau, notamment contre le psoriasis. (*Un. médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Anévrysme de l'artère fémorale; guérison par la ligature de l'iliaque externe. — M. POLAILLON a fait, il y a quelques mois, un rapport sur une intéressante communication de M. Combalat (de Marseille), relative à un cas d'anévrysme de l'artère fémorale guéri par la ligature de l'iliaque externe. Aujourd'hui, M. Combalat complète cette observation par la relation de l'autopsie de cet opéré, mort dix mois après l'opération, parfaitement guéri de son anévrysme. L'autopsie montre, en effet, qu'une partie de l'iliaque externe est transformée en tissu fibreux et qu'il s'est établi une circulation collatérale.

Corps étrangers de l'urèthre; uréthrorrhaphie. — M. PONCET communique l'observation d'un malade auquel il a pratiqué cette opération pour remédier aux désordres produits par l'accumulation dans l'urèthre d'un grand nombre de corps étrangers. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 14 juin 1881.)

M. THÉOPHILE ANGER. M. Poncet, après l'opération dont il vient de parler, a placé une sonde à demeure dans l'urèthre. Je crois que l'introduction de cette sonde à demeure ne serait pas sans inconvénients chez des malades non habitués à des manœuvres répétées sur la vessie ou le canal de l'urèthre. M. Verneuil, dans un travail, a bien fait ressortir les inconvénients de cette méthode. Chaque fois, en effet, qu'on place une sonde à demeure, à la suite de ces opérations, on détermine un peu d'inflammation. J'estime donc que, dans les conditions ordinaires, quand on a fait sur le canal de l'urèthre une opération réparatrice, c'est une pratique défectueuse d'introduire une sonde à demeure dans la vessie ; on peut déterminer des accidents graves, tels qu'une orchite ou un phlegmon du petit bassin. Je m'abstiens donc de cette pratique et préférerais sonder le malade chaque fois qu'il a besoin d'uriner. J'ajoute que ces inconvénients n'étaient pas à craindre chez le malade de M. Poncet.

M. DESPRÈS. Les accidents de la nature de ceux que M. Poncet a constatés chez son malade s'observent assez fréquemment chez les militaires. Il s'agit là d'une manie singulière que je n'hésite pas, pour ma part, à rattacher à la folie. Le malade de M. Poncet était donc un aliéné, comme le soldat qu'a observé Nélaton, et qui se fendait la verge dans toute sa longueur, ou comme la femme, également observée par Nélaton, et qui s'introduisait des cailloux dans l'utérus ; ce sont là des exemples de folie partielle.

Je ne partage pas l'avis de MM. Verneuil et Anger sur les inconvénients qu'ils attribuent à la sonde à demeure à la suite des opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre. Il n'y a aucun danger dans l'introduction de ces sondes, et souvent même cela suffit, dans beaucoup de cas de fistules, pour amener la guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'autoplastie.

M. BERGER. L'habitude de s'introduire des corps étrangers dans le canal de l'urèthre n'est certainement pas plus fréquente chez les militaires que chez les autres. C'est généralement dans les classes les plus humbles de la société, chez des pâtres, des bergers, des rouliers, etc., bien plutôt que chez des militaires, qu'on a l'occasion de rencontrer ces faits. Il en est de même des corps étrangers du rectum. C'est là du moins ce qui ressort des recherches de M. Denucé sur ce sujet.

M. DESPRÈS. Il existe un assez grand nombre d'exemples de soldats se servant de leur bayonnette dans un but de masturbation.

M. PERRIN. Sur quelles bases M. Desprès pourrait-il appuyer l'opinion qu'il vient d'émettre? Lorsqu'on avance de pareilles assertions, il faut au moins pouvoir apporter des faits qui leur donnent un témoignage scientifique. Or, contrairement à M. Desprès, mon expérience de près de trente années me permet d'affirmer que de pareils faits sont rares dans la vie militaire, puisque je n'ai eu l'occasion d'observer qu'un seul fait d'introduction de corps étrangers dans le canal de l'urèthre chez un sergent des environs de Paris. Je proteste donc contre l'opinion de M. Desprès et repousse absolument ses assertions.

M. DESPRÈS. J'apporterai des faits.

M. PONCET fait remarquer à M. Desprès que son malade n'était pas un militaire.

Si j'ai maintenu la sonde, dit-il, c'est que mon malade avait l'accoutumance des corps étrangers, et ensuite j'en surveillais les conséquences : à la moindre irritation, je l'aurais enlevée.

Quant à l'observation de M. Desprès sur la possibilité de guérir ces fistules par la présence seule de la sonde, je crois qu'il n'y a aucune analogie à établir entre les fistules du périnée, après rétrécissement, qui guérissent en effet seules par la présence de la sonde, et les fistules péniennes avec large perte de substance.

De l'emploi des pessaires. — M. DESPRÈS. J'ai dit et écrit que les pessaires n'atteignaient jamais le but qu'on se proposait par leur emploi, qu'ils n'avaient pour effet que d'entretenir une très-grande malpropreté, et de déterminer souvent une vaginite chronique. M. Notta a même cité des exemples de fistules vésico-vaginales déterminées par l'usage de ces appareils. Je condamne donc absolument l'application des pessaires destinés, dit-on, à redresser l'utérus.

A l'appui de cette opinion, M. Desprès présente une femme dont l'utérus est en dehors et le pessaire dans un des culs-de-sac vaginaux.

M. TRÉLAT. Je ne considère pas comme valable, à un point de vue général, la présentation de M. Desprès. Si l'on devait ainsi présenter tous les appareils de fractures, tous les appareils prothétiques qui n'ont pas atteint le but qu'on cherchait en les appliquant, il serait aisé de collectionner de nombreux exemples d'impuissances chirurgicales. Que prouve la présentation de M. Desprès? On a délivré à cette femme, au bureau de bienfaisance, un bon pour un pessaire ; elle l'a placé elle-même ; elle l'a mal placé, et voilà tout. Il en est de même de tous les bandages herniaires posés à côté de la hernie ; en faut-il conclure que les bandages herniaires sont inutiles ou même nuisibles et qu'il faut les abandonner? Il s'agit donc simplement ici d'un pessaire mal appliqué, et ce fait ne prouve rien contre l'emploi de ces appareils.

M. GUÉNIOT. Il serait bien facile de faire la contre-partie de la présentation de M. Desprès et d'amener ici un grand nombre de femmes auxquelles ces pessaires, condamnés par M. Desprès, rendent les plus grands services. J'ai interrogé la malade de M. Desprès, c'est elle-même qui a placé ce pessaire. Quand elle ne l'a pas, elle ne peut plus faire un mouvement. Ainsi, même mal placé, il lui est encore utile. Il est incontestable que les pessaires rendent de très-grands services.

M. VERNEUIL. J'ai apporté une modification au procédé opératoire de Huguier pour le prolapsus utérin ; je n'ai pas encore trouvé une seule fois l'occasion de l'appliquer parce que jusqu'ici les pessaires ont toujours suffi ; c'est un appareil très-précieux pour qui sait s'en servir.

M. BERGER. C'est au Bureau central qu'on est surtout à même de juger des avantages des pessaires. Il y a là une question d'indications. Les pessaires ordinaires sont très-suffisants quand l'abaissement est tel que le col est à la vulve ; mais, dans les cas de prolapsus véritable, ils sont insuffisants et il faut recourir à d'autres appareils, tels que la pelote périnéale.

M. DESPRÈS. Je maintiens que les pessaires, dans un grand nombre de cas, sont non-seulement inutiles, mais même nuisibles ; je présente un fait à l'appui de cette opinion.

Un cas d'hermaphrodisme. — M. MAGITOT présente un individu qui offre un cas curieux d'hermaphrodisme. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 16 juin 1881.)

M. POZZI. Il ne s'agit pas là d'un hermaphrodite, mais simplement d'un hypospade. Ce que l'on considère chez cet individu comme des règles n'a été qu'une légère hémorrhagie s'étant produite à l'époque de la puberté. On sait qu'à cette époque il se fait, dans les deux sexes, une congestion des organes génitaux qui,

dans ce cas, a été jusqu'à l'hémorrhagie. Les testicules sont ici très-évidents; ils sont seulement atrophiés, ce qui explique l'absence de spermatozoïdes dans le sperme de cet individu.

M. TERRILLON rappelle un fait analogue observé, il y a quelques années, par M. Richet. Il s'agissait d'un sujet à peu près semblable, qui avait été courtisane à Marseille.

M. LANNELONGUE a eu deux fois l'occasion de voir de petits enfants sur le sexe desquels il lui a été impossible de se prononcer.

M. THÉOPHILE ANGER a fait, en 1864, à l'Hôtel-Dieu, l'autopsie de la femme à barbe. Cette femme était un homme avec une ectopie abdominale et des seins très-développés.

M. LE DENTU, qui a assisté à cette autopsie, fait observer à M. Anger que sa mémoire lui fait défaut; il s'agissait bien d'une femme, au contraire.

L'année dernière, M. Le Dentu a reçu la visite confidentielle d'une jeune personne qui est venue lui demander de la fixer sur son sexe; après examen, M. Le Dentu a pu s'assurer qu'il s'agissait d'un garçon. Ce garçon est resté jusqu'ici inscrit comme fille.

M. MONOD a vu un enfant sur le sexe duquel il était très-difficile de se prononcer. C'était plutôt un garçon qu'une fille par les apparences. On ne trouve cependant nulle part de traces de testicules. Il s'accroupit pour uriner. Cet enfant est inscrit comme fille.

M. TILLAUX. La question, en présence du sujet que nous montre M. Magitot, est de savoir si c'est un homme ou un hermaphrodite. Cette question ne me paraît pas tranchée.

J'ai vu, il y a quelques années une jeune fille de douze ans à laquelle on faisait faire un bandage pour une hernie. Cette jeune fille était un garçon. Lorsque j'appris cela à la mère, elle me dit: « Cela ne m'étonne plus; je m'explique maintenant le caractère de cet enfant. »

M. POZZI croit qu'il faut être très-réservé avant d'admettre l'existence de véritables hermaphrodites. Le cas présenté par M. Magitot n'est qu'un exemple très-intéressant d'hypospadias scrotal. Il y a des hommes qui ont des apparences de la femme et des femmes qui ont celles de l'homme, mais il n'y a pas d'homme-femme.

M. PONCET. L'individu présenté par M. Magitot n'a jamais eu de vagin ni d'hymen; le toucher rectal ne révèle pas la présence d'utérus. C'est bien d'un homme qu'il s'agit. Il n'y a pas d'hermaphrodisme à proprement parler, il y a toujours prédominance d'un sexe sur l'autre.

M. FARABEUF. Ce qui caractérise le sexe, c'est la glande, ce sont les ovaire ou les testicules. Ici on ne peut savoir s'il y a des ovaires, mais on sait qu'il y a des testicules. Il faut donc admettre de prime abord qu'il s'agit d'un homme.

M. MARC SÉE a lu la relation de l'autopsie d'un individu sur le sexe duquel il y avait des doutes; on a trouvé deux glandes, l'une qui était un testicule, l'autre qui était un ovaire; d'après ce fait, il existerait donc de véritables hermaphrodites.

Résection d'un cal de la clavicule. — M. DELENS présente un malade auquel il a pratiqué la résection d'un cal de la clavicule. Cet homme, qui, avant l'opération, ne pouvait se servir de son bras, est aujourd'hui parfaitement guéri.

La séance est levée.

Séance du 15 juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Pseudo-hernie musculaire. — M. FARABEUF fait un rapport au sujet d'un malade présenté récemment par M. Bousquet; c'est un jeune ingénieur civil qui, faisant son volontariat dans la cavalerie, a été pris d'une violente douleur dans la cuisse, avec ecchymose considérable; un mois après, apparaissait à la cuisse une tumeur, qui grossit lentement. Il s'agissait d'une rupture musculaire suivie d'une rétraction lente et progressive de la partie supérieure du muscle. Au repos, on ne voit rien ou à peu près; si l'on fait contracter le moyen adducteur, les chairs de la partie interne de la cuisse remontent et la tumeur apparaît. Il s'agit, en un mot, d'une pseudo-hernie musculaire.

Grenouillette. — M. DELENS fait un rapport sur la relation par M. Dieu d'une grenouillette sublinguale, excisée une première fois et ayant récidivé dans la région sus-hyoïdienne. M. Dieu enleva complètement la poche kystique, et la guérison fut, cette fois, définitive.

M. TRÉLAT a obtenu des guérisons définitives par des lavages répétés de l'intérieur de la poche kystique avec de la teinture d'iode.

M. DESPRÈS préfère l'emploi du séton; il laisse le tube quatre à six mois. Quelles que soient la nature et l'origine de la grenouillette, il fait adhérer la paroi interne de la poche avec la muqueuse buccale et passe un tube.

M. VERNEUIL a réussi et échoué par tous les procédés, l'injection d'iode, la cautérisation, l'excision.

Chez une malade opérée trois fois sans succès, il a fait la section lente pour obtenir la soudure de la muqueuse du kyste à la muqueuse buccale. Pour faire cette opération, il se sert d'une aiguille courbe ordinaire, de 3 centimètres, portant deux fils d'argent, avec laquelle il traverse la grenouillette, et obtient, au bout de cinq à huit jours, à l'aide de ces fils ainsi placés, la section de la grenouillette après adossement exact des parois.

M. LABBÉ croit qu'on arrive à de bons résultats avec l'excision, la cautérisation, et même avec l'injection iodée, à condition de bien laver la poche. Mais il condamne absolument le procédé du séton, préconisé par M. Desprès, et qui constitue une très-grande gêne pour les malades.

M. LE DENTU a toujours obtenu de très-bons résultats du procédé de M. Anger, qui consiste à faire une injection de chlorure de zinc avec la seringue de Pravaz. Une ou deux gouttes de la solution de chlorure de zinc suffisent pour amener la guérison. Il y a toujours une réaction inflammatoire intense, mais nullement dangereuse. Peu à peu la grenouillette se rétracte, et la guérison est obtenue en l'espace de dix jours. Jamais il n'a eu de récidive à la suite de l'emploi de ce procédé.

M. DESPRÈS ne trouve pas le procédé préconisé par M. Le Dentu exempt de dangers, et trouve d'ailleurs qu'il n'a pas encore suffisamment fait ses preuves. Il attendra pour l'employer.

M. GILLETTE ne partage pas l'avis de M. Le Dentu sur l'innocuité absolue de ce procédé. Il a vu un malade auquel M. Anger avait injecté trois gouttes de chlorure de zinc et qui souffrait tellement après l'opération qu'il voulait se jeter par les fenêtres, et cela n'a pas empêché la récidive, qui a eu lieu six mois après.

M. MARC SÉE. Quelle que soit la méthode employée, on est toujours exposé à avoir une récidive. Je me suis servi du nitrate acide de mercure; je croyais avoir obtenu une guérison définitive. Six mois après, l'enfant m'était ramené avec une grenouillette aussi grosse que la première.

M. TILLAUX revient sur la question de pathogénie de la grenouillette. Il rappelle que Giraldès admettait deux espèces de grenouillette, l'une sublinguale et l'autre sous-hyoïdienne, développée aux dépens de la glande sous-maxillaire. M. Tillaux a toujours obtenu de bons résultats de l'excision suivie de la cautérisation.

LECTURE

M. FORGET lit une note intitulée : *Plaie du pénis par armes à feu.*

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Pidoux vient de résigner, pour raison de santé, ses fonctions d'inspecteur des Eaux-Bonnes. M. le docteur Cazaux s'est fait, dans le journal de cette station, l'interprète des regrets que laisse aux Eaux-Bonnes la détermination de M. Pidoux.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira à l'École de médecine de Reims le lundi 25 juillet 1881. Les candidats devront se faire inscrire, un mois avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'École. Le traitement annuel est de 1,000 francs.

— M. le docteur Forino nous écrit que la première opération d'ovariotomie, à Buenos-Aires, a été pratiquée le 22 avril 1870. Depuis cette époque on a publié neuf observations d'ovariotomies pratiquées par des médecins argentins, français, anglais, etc., résidant à Buenos-Aires.

— Le Conseil d'administration de la Société de tempérance, dans sa séance du 1er juin, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

Mais la Société a mis de nouveau au concours, pour l'année 1882, la question suivante : *Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications?*

Le prix sera de 2,000 francs. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1882. Pour le concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

— Dans ses études sur la Russie, M. Anatole Leroy-Beaulieu nous apprend que le Code pénal russe conserve encore la pénitence ecclésiastique. Cette peine consiste en une sorte de réclusion dans un couvent avec assistance aux offices et remontrances des autorités ecclésiastiques. Elle est applicable au médecin qui, par ignorance ou impéritie, a tué ses malades.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation publique à Fontainebleau, Moret et Nemours, les 26, 27, 28 et 29 juin 1881. Le rendez-vous est à Fontainebleau le 26 juin, à l'arrivée du train partant de Paris, gare de Lyon, à sept heures vingt minutes du matin. Se faire inscrire aux galeries de botanique du Muséum, de midi à quatre heures. Les inscriptions seront reçues tous les jours jusqu'au vendredi 24 juin.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 19 juin 1881, dans les bois de Clamart et de Meudon. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, au train de onze heures du matin pour la station de Clamart.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, chargé de la seconde partie du cours de géologie au Muséum, commencera ses leçons samedi prochain, 18 juin 1881, à quatre heures un quart du soir, dans l'amphithéâtre de minéralogie, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Les leçons auront pour sujet : de la reproduction artificielle des roches et des minéraux.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11356.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les apoplectiques.

LEUR ÉTAT MENTAL, LEUR DEGRÉ DE RESPONSABILITÉ ET LEUR CAPACITÉ CIVILE (1).

II

Après cette esquisse nécessairement rapide de l'état mental des apoplectiques, je dois rechercher, — et c'est là l'un de mes principaux objectifs, — quelle est la situation des malades vis-à-vis de la loi. A chaque instant, les médecins ont à se prononcer sur le degré de responsabilité d'un apoplectique, soit à l'occasion de faits de mendicité, de vagabondage, d'outrages à la morale, d'attentats aux mœurs, de vols à l'étalage ou d'actes inconscients divers, soit à propos d'une opposition à un mariage scandaleux, d'une demande en interdiction, d'une instance en dation d'un conseil judiciaire, d'une rescission de contrat ou de la validité d'un testament. Passons d'abord en revue les actes délictueux ou criminels accomplis par les apoplectiques, et nous rechercherons ensuite quelle peut être, le cas échéant, la capacité civile de ces malades.

1° *Actes délictueux et criminels.* — J'ai lu dans ma vie un nombre immense de procès-verbaux dressés par des commissaires de police de la ville de Paris ou de la banlieue contre des apoplectiques. Ce sont toujours les mêmes faits qui sont relatés : tel apoplectique s'est perdu dans la rue, n'a plus pu regagner son domicile, s'est assis sur un banc et s'y est endormi; tel autre a publiquement tendu son chapeau aux passants et demandé l'aumône; celui-ci a uriné sur la voie publique, a laissé voir ses organes génitaux ou a oublié de boutonner son pantalon; celui-là a relevé les jupes d'une petite fille en plein jour, devant tout le monde, sur les talus des fortifications; un autre, au Jardin des plantes, a tenu des propos orduriers à une nourrice et lui a offert deux sous si elle voulait donner à teter devant lui; un autre s'est accroupi dans un square et a exonéré son intestin; un autre a tenté de se livrer sur des petits garçons à des attouchements obscènes; un autre a pris trois pruneaux à la devanture d'un épicier; un autre a volé un petit sabre dans un bazar; un autre a mangé et bu dans une crémerie sans avoir d'argent pour payer; un autre est monté dans une voiture découverte, s'est fait promener plusieurs heures, et n'a pu ni rétribuer son cocher, ni faire connaître son identité; un autre, ayant dormi deux heures dans un café, n'a pu indiquer son adresse; un autre a docilement suivi une fille de joie, s'est installé chez elle, et, se croyant dans son domicile, n'a plus voulu s'en aller; un autre descend de wagon, a perdu son ticket, se refuse à payer une seconde fois sa place, se montre insolent et se fait arrêter; un autre enfin s'est complètement déshabillé sur une place publique.

La criminalité supposée de l'apoplectique est quelquefois bien autrement sérieuse. Je me souviens d'un cas fort curieux qui s'est présenté, il y a quelques années. Une servante de ferme, âgée de trente-sept ans, atteinte d'hémiplégie par lésion cérébrale, qui n'était ni hystérique, ni épileptique, devient enceinte; elle accouche la nuit, et, le lendemain matin, on trouve son enfant mort. Elle est traduite en cour d'assises sous l'inculpation d'infanticide. L'acquittement a eu lieu parce qu'il a été facile de démontrer que, dans le fait, il s'agissait non d'un infanticide volontaire, mais d'un infanticide par omission, la servante n'étant pas en état de donner des soins à son enfant.

Vous voyez, d'après les faits qui précèdent, combien il est important de pouvoir apprécier sainement le degré de responsabilité des apoplectiques. En présence de tels accusés, la mission des juges n'est pas toujours facile. Les magistrats sont exposés à être trop indulgents ou trop sévères. C'est au médecin qu'incombe le redoutable devoir de faire la lumière. Or il est évident que votre appréciation devra différer suivant que vous vous trouverez en face de tel ou tel autre apoplectique. Reportez-vous par la pensée aux détails dans lesquels je suis entré au début de cette leçon. Si vous avez affaire à l'un des malades que nous avons classés dans notre premier et même dans notre second groupe, qu'un examen attentif vous démontre que l'apoplectique possède un degré de volonté et de raison suffisants pour que l'acte incriminé ait été libre et conscient, vous devrez nécessairement admettre la responsabilité. S'il vous est prouvé, au contraire, que l'intelligence est nettement diminuée, que la volonté a beaucoup fléchi, mais qu'il reste encore néanmoins des notions suffisamment précises sur le bien et le mal, le juste et l'injuste, il faudra vous efforcer de faire prévaloir

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 juin 1881.

l'idée d'une responsabilité proportionnelle, c'est-à-dire atténuée. Chez ces derniers, en effet, la liberté est assez restreinte pour qu'on ne puisse pas leur faire supporter, sans injustice, l'entière responsabilité de leurs délits; elle est cependant suffisante pour qu'ils aient, dans une certaine mesure, à répondre de la moralité de leurs actes.

Si, enfin, l'atteinte a été plus profonde, s'il y a inconscience avérée, si la démence est positive, vous devrez réclamer pour l'apoplectique les bénéfices de l'article 64 du code pénal, lequel est ainsi conçu : « Il n'y a ni crime ni délit quand le prévenu était en démence au temps de l'action. »

2° *Actes civils.* — S'il est important de pouvoir juger sainement l'état mental des apoplectiques au point de vue des responsabilités qu'encourent parfois ces malades et des faits criminels ou délictueux dont ils ont à répondre devant la cour d'assises ou simplement devant les tribunaux correctionnels, il n'est pas moins nécessaire de savoir apprécier le degré de leur capacité en matière d'actes civils. C'est là une question qui se présente tous les jours. Qu'il s'agisse d'un marché, d'une opération financière, d'une caution, d'un mariage, d'une interdiction, d'un conseil judiciaire, d'un testament, vous pourrez être questionnés sur la valeur d'un consentement donné par un apoplectique, d'une signature qu'il aura apposée, d'un contrat qu'il aura conclu.

Il n'est pas rare, en effet, qu'un apoplectique consente à un marché onéreux. Étant bien portant, il avait à lui une maison de commerce, une boutique, un fonds industriel; il agissait par lui-même, ou était secondé par des associés ou des commis. Puis la maladie est venue, l'attaque d'apoplexie s'est produite; voilà que les facultés faiblissent et que l'intelligence vient à baisser. Les gens qui l'entourent, intéressés à ses affaires, s'aperçoivent bien vite de cette déchéance et se hâtent trop souvent d'exploiter la situation, au préjudice du malade. Les coassociés, pour leur plus grand profit, s'engagent dans des opérations aventureuses dont lui seul courra les risques, alors qu'ils s'arrangeront de façon à partager les bénéfices de l'entreprise ou de la spéculation, s'il s'en produit. Le médecin ne peut pas sans doute intervenir de lui-même dans des cas de cette nature; il n'a pas le droit, vous le comprenez, de se poser de sa propre autorité en régent des familles ou en homme d'affaires. Mais que la femme du malade, et la chose n'est pas très-rare, vienne le consulter à propos de telle opération ou de tel marché que son mari est sur le point de conclure, et il faudra alors se prononcer, en toute conscience.

Vous devez, dans un cas de cette nature, avoir recours, pour éclairer votre religion, non-seulement à l'examen attentif des symptômes objectifs présentés par le malade, mais aussi à des éléments d'information que j'appellerai, si vous le voulez, extra-médicaux. S'agit-il d'une commandite sans garanties suffisantes, d'un prêt inconsidéré, d'un déplacement de capitaux injustifié? Il est très-vraisemblable que votre apoplectique, en l'état de santé et avant son attaque, ne se fût pas prêté à ces manœuvres indélicates, imprudentes et peut-être dolosives.

Il peut se présenter, dans la pratique, des questions plus épineuses encore. Le malade est seul, sans enfants; il habite une maison qui lui vient de son père; son entourage sait qu'il est plus facile de s'approprier à l'occasion une somme d'argent, une liasse de billets de banque, que de mettre la main sur un immeuble. On circonvient alors le propriétaire, qui oppose trop peu de résistance aux conseils intéressés qu'on lui donne; on lui persuade qu'il faut vendre et profiter de bonnes occasions qui se présentent. Dans de telles conditions, vous serez parfois appelés à démasquer la manœuvre, du moins à déjouer les coupables projets, en donnant un avis fortement motivé. Faites maintenir le *statu quo*.

Autour de l'apoplectique s'exercent les plus mauvais penchants, s'ourdissent les trames les plus criminelles. Il est facile d'entraîner cet homme, seul, isolé, effrayé de l'avenir, abandonné quelquefois, qui se voit faisant chaque jour un pas vers la tombe, à une union disproportionnée. La spéculation éhontée n'y manque pas. C'est une maîtresse, une domestique, qui aura eu pour le malade les complaisances les plus lâches et les mieux calculées, et arrivera aisément à se faire épouser, avec un contrat en bonne et due forme. Voici un fait qui s'est passé récemment : Un apoplectique est placé dans une maison de santé, du consentement de sa famille, par un acte très-régulier et sur mon certificat. Bientôt une ancienne maîtresse envoie une dénonciation au parquet, qui fait mettre le malade en liberté. Celui-ci est aussitôt conduit dans une petite maison, à peu près impénétrable, située non loin des fortifications, d'où il ne sort que pour aller à la mairie et à l'église. Sur le seuil même de celle-ci, il est frappé d'une nouvelle attaque et meurt à quelques mois de là. En vain étions-nous intervenus, cinq ou six médecins et moi, pour empêcher ce mariage : on ne nous avait pas crus. A l'autopsie, MM. Lasègue, G. Bergeron et moi, nous trouvâmes des lésions anciennes tout à fait caractéristiques. C'est ainsi que, par suite d'une manœuvre coupable, une famille a été frustrée d'une partie de la fortune qui lui revenait de droit.

En présence de pareils faits, quelle doit être l'attitude du médecin? Il ne saurait oublier la retenue que lui commande la discrétion professionnelle. En aucun cas, il ne lui convient de se porter délateur de son chef. Mais je déclare qu'il est quelquefois fâcheux qu'il ne puisse pas prendre certaines initiatives perspicaces, honnêtes et secourables.

Avant d'agiter la question de l'interdiction et de la capacité de tester des apoplectiques, je tiens à vous mettre au fait d'une situation particulièrement délicate, en face de laquelle vous êtes exposés à vous trouver : je fais allusion au cas où un individu porteur d'un ou plusieurs anciens foyers cérébraux consent un contrat de rente viagère. Voici, en quelques mots, ce dont il s'agit : Un apoplectique possède des biens, bois, domaines, maisons, etc.; on le persuade de se démunir, lui faisant entendre que, de cette façon, il augmentera considérablement son revenu. Alors intervient une convention aléatoire, en vertu de laquelle un des contractants s'engage à payer à l'autre une redevance périodique, moyennant l'abandon des biens. Il y a, vous le comprenez, un énorme aléa dans des contrats de cette nature, car, à côté de pensions viagères payées pendant peu de temps, combien n'en a-t-on pas vu durer plus de cinquante ans? L'article 1975 du code civil stipule que tout contrat de rente viagère est annulé, si l'individu qui a fait l'abandon de ses biens meurt dans les vingt jours qui suivent la signature de la convention et meurt de la maladie dont il était atteint déjà au moment de la conclusion du contrat.

Cet article a provoqué des discussions et occasionné des débats, à propos des applications qu'on en peut faire au cas de certains apoplectiques. Supposez, en effet, que, sous une influence quelconque, peut-être par suite de l'excitation, du trouble apporté dans l'esprit du malade par les

préoccupations qu'occasionne toujours un marché important, celui-ci succombe le douzième ou le quinzième jour à une nouvelle attaque, les héritiers naturels viendront invoquer l'article 1975. Au moment de la convention, diront-ils, l'apoplectique était déjà atteint de la maladie à laquelle il a succombé. Eh bien! pénétrons au fond des choses, et vous allez reconnaître que cette opinion ne saurait prévaloir.

Quand un malade, atteint d'une ancienne hémorrhagie cérébrale ou d'un foyer de ramollissement, succombe à une nouvelle attaque, meurt-il des suites de sa première lésion? Non, évidemment non, dans l'immense majorité des cas, tout au moins. La mort est occasionnée par une hémorrhagie nouvelle, par un ramollissement récent, survenus sans doute par suite des mêmes influences ou des mêmes altérations vasculaires qui avaient engendré les premières lésions, mais, dans une certaine mesure, indépendants de celles-ci. C'est si vrai, et on peut en juger aisément par les nombreuses autopsies pratiquées dans cet hospice, qu'il n'est pas sans exemple de voir une malade atteinte depuis plusieurs années d'une hémorrhagie succomber à une attaque d'apoplexie récente occasionnée par une ischémie cérébrale. Or, dira-t-on que ramollissement et hémorrhagie constituent, dans l'espèce, une seule et même affection, ou plutôt deux épisodes d'une première maladie, qui aurait commencé au moment de la même attaque d'apolexie, pour se terminer à l'époque de la dernière? Cette thèse ne saurait évidemment se soutenir. Pour me résumer d'un mot, chaque attaque traduit la formation d'une lésion nouvelle, quelquefois de nature différente, plus souvent de même nature que la ou les lésions anciennes, mais distincte de celles-ci sinon par les conditions générales qui la déterminent, du moins par le moment auquel elle se produit, souvent par des symptômes qui lui sont propres, et enfin par son pronostic. C'est là l'opinion que je me suis, depuis longtemps, efforcé de faire prévaloir, et qui est, je dois le dire, admise maintenant par la jurisprudence.

Pour la justice, en effet, chaque attaque nouvelle constitue une nouvelle maladie. Du moment où il y a intermittence, la continuité est rompue, la loi n'ayant pas prévu la récidive. Ce qui est vrai des attaques d'apoplexie l'est aussi des attaques d'épilepsie, et je trouve dans cette dernière affection un nouvel exemple à l'appui de ma thèse. Un épileptique, en effet, grâce à l'efficacité du bromure de potassium, dont nous pouvons chaque jour, dans notre service, constater les heureux effets, peut rester dix ou douze ans sans attaques. Or les jurisconsultes sont d'accord pour admettre que cet état de santé transitoire, artificiel si je puis ainsi dire, rompt la continuité dans la maladie. Qu'une attaque grave survienne, que l'épileptique succombe des suites d'un état de mal, l'attaque ou la série d'attaques sont considérées comme une affection nouvelle, différente, sinon indépendante, des accès anciens.

Mais, dira-t-on, la thèse précédente facilite et légitime des contrats immoraux. Ne sait-on pas, en effet, le jour où l'on achète le bien d'un hémiplégique, qu'on a affaire à un homme frappé? Ne spécule-t-on pas sur la mort prochaine du malade? La chose n'est pas douteuse. Mais, s'il y a spéculation du côté de l'acheteur, il y a aussi spéculation du côté du vendeur. Celui-ci n'a que peu de revenus; il se sent malade, il désire un certain confortable; le marché auquel il va souscrire lui procurera d'incontestables avantages en échange des bénéfices entrevus par l'acquéreur. De part et d'autre, il y a calcul. L'immoralité du contrat n'est qu'apparente, vous le voyez.

Doit-on interdire les apoplectiques? A cette question, grave entre toutes, car il s'agit de placer le malade sous le régime de la tutelle, et de supprimer sa capacité en matière d'actes civils, on ne saurait répondre par un simple oui, ou par un non. L'application, en effet, doit être différente suivant les cas. En médecine légale, comme je le répète souvent, tout est question d'espèce.

N'oubliez pas d'ailleurs que l'interdiction est une mesure dont il faut user avec la plus grande réserve, une mesure extrême à laquelle il n'est permis d'avoir recours qu'autant que les intérêts les plus sérieux du malade ou ceux non moins légitimes de la famille sont mis en péril. Aussi le médecin ne devra-t-il se prononcer en faveur de l'interdiction qu'au cas de démence avérée, quand la mémoire est éteinte sans espérance de retour et que la volonté est annihilée.

Si l'intelligence n'est que diminuée, si certaines facultés subsistent alors que d'autres chancellent, si la volonté est amollie sans être détruite, il sera préférable de recourir à la dation d'un conseil judiciaire. Le conseil judiciaire est une sorte de moyen terme entre l'exercice libre de tous les droits et l'interdiction. L'individu qui en est pourvu conserve la jouissance de ses biens, la disposition de ses revenus, mais il ne lui est plus permis d'aliéner ses propriétés, de placer ou déplacer ses fonds, de contracter des engagements majeurs sans l'assentiment de son conseil judiciaire. Il peut se marier; il peut même tester.

Si l'apoplectique est placé temporairement dans une maison de santé, il sera bon de lui faire nommer un administrateur provisoire.

Enfin il est des cas où l'intelligence, malgré la lésion cérébrale, est assez bien conservée, où les facultés sont assez nettes pour qu'on puisse, sans inconvénient pour le malade, sans préjudice pour son entourage, lui laisser la libre administration de sa fortune.

C'est de vous, vous le voyez, de l'appréciation que vous porterez, du jugement que vous aurez formulé, qu'il dépendra que telle ou telle des mesures que je viens d'indiquer soit prise à l'égard des malades.

Je dois, avant de terminer cette leçon, agiter une dernière question. Un apoplectique peut-il faire un testament valable? L'article 901 du code civil dit que, « pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit ». Or, des détails dans lesquels nous sommes précédemment entrés, il résulte que certains de nos malades ont sûrement conservé un degré suffisant de raison pour pouvoir valablement tester; que d'autres, au contraire, sont évidemment inaptes à le faire. Là, encore, il s'agit d'une question de degrés, de nuances même, sur laquelle je ne saurais insister, et dont vous serez les juges souverains. Mais je tiens à vous initier à certaines difficultés qui peuvent se présenter dans la pratique, à propos des testaments des apoplectiques.

Par suite de dispositions spéciales de la loi, qu'il serait trop long de vous rappeler dans leurs détails, les héritiers sont recevables à réclamer l'annulation d'un testament, si l'on établit que le testateur était en état de démence au moment de la confection de l'acte. Or vous pourrez être appelés, en qualité de médecins légistes, à reconstituer en quelque sorte l'état mental d'un malade, mort depuis quelque temps déjà, tel qu'il est présumé avoir été à l'époque

de la signature du testament. Vous devrez alors avoir recours à des renseignements de divers ordres, et vous devinez combien minutieuse et difficile sera votre investigation. Parmi les dépositions qui auront été entendues dans l'enquête et la contre-enquête, il vous faudra choisir celles offrant le plus de garantie de précision et d'impartialité. Vous examinerez ensuite attentivement le document contesté. Dans ses termes et dans sa rédaction vous pourrez trouver, à l'occasion, de précieux renseignements pour asseoir votre jugement sur l'état mental du testateur.

Mais, à ce propos, peut surgir une difficulté nouvelle que je veux, en terminant, signaler à votre attention. Certains aphasiques ont gardé une somme d'intelligence suffisante pour qu'ils puissent conserver la légitime jouissance de leurs droits civils. Mais, s'ils viennent à rédiger un testament, il pourra se faire que, par suite de l'aphasie et aussi de la paralysie de la main droite qui en est l'accompagnement presque obligé, l'écriture traduise certaines irrégularités, la rédaction certaines incorrections ou substitutions de mots qui donneront peut-être à penser, à l'inspection de l'acte, d'ailleurs bien conçu dans ses principales dispositions, que l'auteur était en état de démence au moment où il l'a écrit et signé. Vous aurez donc bien soin de vous entourer de tous les renseignements qui vous éviteront de confondre l'œuvre d'un aphasique avec celle d'un dément ou d'un paralytique général, par exemple.

Arrivé au terme de cette leçon, dont j'ai dû écourter plus d'un point pour ne pas dépasser les limites que je m'étais assignées, je serais heureux de vous avoir convaincus de l'intérêt pratique qui existe à bien connaître, sous ses multiples aspects, l'état intellectuel des malades que j'ai appelé les apoplectiques. Puissé-je avoir fait pénétrer dans vos esprits les notions qui me paraissent lés plus indispensables au point de vue de l'exercice professionnel de chaque jour! Ces notions, nul ne doit les ignorer, aujourd'hui surtout, alors que la pathologie cérébrale est entrée dans une voie nouvelle et féconde, grâce à d'importants travaux, dont beaucoup ont été inspirés par l'observation des malades mis en traitement dans cet hospice scientifiquement célèbre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PINARD.

Rétrécissement du bassin; indications (1).

IV

Le *bassin ne mesure que de 7 à 8 centimètres.*

Tout d'abord je dois vous dire que ces bassins sont déjà assez rares et, en tout cas, beaucoup plus que les précédents.

Autoriserez-vous la jeune fille ainsi constituée à se marier? et que répondrez-vous dans le cas où l'on vous demanderait si elle pourra devenir mère et accoucher par les voies naturelles?

A ces trois questions, vous pourrez répondre affirmativement. Mais dégagez immédiatement votre responsabilité en disant que l'accouchement ne pourra se faire à terme et qu'il faudra recourir à l'accouchement prématuré artificiel. Rappelez-vous en effet que, quand le volume de la tête permettra le passage à travers la filière pelvienne, l'enfant touchera à peine à la période de viabilité.

Vous ne pouvez, vous ne devez pas compter sur la possibilité d'un accouchement spontané à terme, et je vous conseille d'oublier, dans la pratique, les cas exceptionnellement heureux, comme ceux de Martin et de Depaul.

La femme est *enceinte;* que faire?

Vous rappelant que le diamètre bipariétal de la tête fœtale, à sept mois, est de 7 centimètres environ, votre conduite est toute tracée; comptant sur la réductibilité de la tête, vous provoquerez l'accouchement à sept mois et demi. Ce que je viens de vous dire s'applique aux primipares; quant aux multipares, je vous conseille de provoquer le travail une semaine plus tôt, car vous ne devez pas oublier qu'un deuxième enfant ne venant pas à une époque trop rapprochée ou trop éloignée du premier est ordinairement plus gros, et que, toutes choses égales d'ailleurs, plus les enfants se multiplient, plus leur volume augmente.

La femme est enceinte à *terme* et en *travail.*

Si l'enfant est *mort*, la seule chose que vous ayez à faire est de pratiquer la craniotomie et la céphalotripsie dès que la dilatation permettra le passage des instruments.

Si l'enfant est *vivant*, dès que la dilatation sera suffisante, vous tenterez, mais sans espoir de succès, par acquit de conscience pour ainsi dire, une application de forceps, puis une seconde. Mais, vous le comprenez bien, il faudra rencontrer un fœtus exceptionnellement peu développé pour qu'il puisse passer.

Si la tête ne s'engage pas, il n'y a pas à tergiverser: il faut pratiquer la craniotomie et la céphalotripsie.

Même conduite que précédemment pour les présentations de la face, du siège et de l'épaule.

Le bassin mesure moins de 7 centimètres.

Jusqu'ici nous avons vu des bassins permettant à une femme de devenir mère par les voies naturelles; la dernière limite a été de 7 centimètres; malheureusement les rétrécissements ne s'arrêtent pas là, et vous pourrez rencontrer, bien rarement il est vrai, des bassins dont le diamètre le plus rétréci sera au-dessous de 7 centimètres.

Dans ces cas, autoriserez-vous le mariage?

Faites un examen attentif, minutieux, du bassin; pratiquez l'exploration interne et la mensuration digitale, et ne vous laissez pas arrêter par un scrupule que je considère comme mal placé dans cette circonstance, la possibilité de rompre l'hymen.

Je suppose votre examen fait et le rétrécissement constaté, il est au-dessous de 7 centimètres.

Eh bien! dites toute la vérité, et affirmez que, s'il y a grossesse, *jamais un enfant viable ne traversera les voies naturelles*, et que l'opération césarienne seule pourra permettre la naissance d'un enfant vivant. Votre responsabilité sera dès lors à couvert, et les intéressés prendront telle détermination qui leur conviendra.

Mais la femme est *enceinte*. La laisserez-vous aller à terme, ou seulement à l'époque de la viabilité du fœtus afin de provoquer le travail?

La conduite la plus sage je crois, consiste, dès que la grossesse est certaine, à provoquer l'avortement.

Cependant, si le rétrécissement se rapproche sensiblement de 7 centimètres, vous pourrez tenter l'accouchement prématuré artificiel à sept mois; mais, sachez-le, vous obtiendrez bien rarement un succès.

La femme est à *terme* et en *travail.*

Si l'enfant est *mort*, dès que la dilatation le permettra, vous réduirez autant que vous le pourrez toutes les parties

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 juin 1881.

qui se présenteront, vous emploierez la méthode du professeur Pajot : les broiements répétés sans traction. Cette opération est pénible, laborieuse, non exempte de dangers, je le reconnais; mais, pour ma part, je ne saurais vous conseiller de pratiquer l'opération césarienne pour extraire un enfant mort.

L'enfant est *vivant*.

Ici se place un point de doctrine à discuter. Doit-on pratiquer l'embryotomie, ou faut-il pratiquer l'opération césarienne? Les opinions de nos maîtres varient sur ce point, comme je l'ai dit ailleurs (1).

Les uns, adroits, ayant l'habitude des opérations, se rappelant leurs succès précédents, imprégnés de cette terreur légendaire et, disons-le bien haut, légitime, qu'éprouve chaque accoucheur à l'idée d'ouvrir le ventre d'une femme enceinte, confiants dans leur habileté, pratiqueront l'embryotomie.

Les autres, peut-être aussi habiles, mais ayant été moins heureux dans leurs précédentes opérations, se rappelant les difficultés éprouvées, ayant plus présents à l'esprit les cas heureux d'ovariotomie et d'hystérectomie que les cas malheureux d'opération césarienne, confiants dans l'opération de Porro et le pansement antiseptique, pratiqueront l'amputation utéro-ovarique.

Lesquels ont raison ?

Il y a trois ans, j'aurais répondu bien vite et bien affirmativement. Aujourd'hui je pense qu'il est sage d'attendre des travaux, des recherches, des faits nouveaux, avant de louer les uns et de blâmer les autres.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, quand le rétrécissement est tel que les instruments ne peuvent passer, la seule chose à faire est de pratiquer l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Pour terminer ce que je vous ai dit des indications concernant les rétrécissements du bassin, je résumerai en quelques mots les grandes lignes de cette leçon :

Bassin de 9 centimètres. — L'accouchement spontané à terme est la règle.

Bassin de 8 centimètres. — L'accouchement spontané à terme est l'exception.

Bassin de 7 centimetres. — L'accouchement spontané à terme n'existe pas; il faut, en pratique, oublier les quelques observations heureuses publiées.

A l'aide de l'accouchement prématuré artificiel, on peut obtenir un enfant viable.

Bassin au-dessous de 7 centimètres. — L'accouchement prématuré artificiel est infructueux.

Il faut recourir, soit à l'avortement, soit à l'embryotomie, soit à l'opération césarienne.

(1) *De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.* Lauwereyns, 1880.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juin 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Effets d'inhibition et de dynamogénie produits par des excitations à distance. — M. BROWN-SÉQUARD a fait une nouvelle série d'expériences dont les unes ont été confirmatives des premières et dont quelques autres ont abouti à de nouvelles conclusions. Si l'on injecte de l'acide prussique sous la peau, on obtient des effets unilatéraux non douteux. L'exophthalmie, qui est double quand l'acide prussique est donné par l'estomac, est simple ici et apparaît du côté où a été faite l'injection.

D'une manière générale, toutes ces excitations produites par le chloroforme, le chloral, etc., amènent deux effets : l'un, qui est une diminution ou même une perte de l'excitabilité des nerfs et de la contractilité des muscles; l'autre, effet inverse, qui est une augmentation de puissance, que j'ai appelée dynamogénie et qui s'exerce à distance des points irrités.

Il ressort, des nombreuses expériences faites par M. Brown-Séquard, cette donnée générale que, dans l'organisme animal, des irritations lointaines peuvent produire sur les systèmes nerveux et musculaire deux effets opposés, l'un d'augmentation, l'autre de diminution de puissance. Généralement la perte est proportionnelle au gain; dans certains cas cependant il n'y a pas de relation entre l'une et l'autre, le gain étant très-considérable alors que la perte est à peine sensible. Il y a là, selon M. Brown-Séquard, un vaste champ d'applications pour la thérapeutique.

Culture des bactéries de la lèpre. — M. BOCHER a cultivé ces bactéries d'après la méthode de M. Pasteur; il a toujours retrouvé les mêmes bactéries, sous forme de bâtonnets et de micrococcus. Après quatre cultures, elles ont donné, par l'inoculation, toujours les mêmes résultats.

Expériences de calorimétrie sur les animaux. — M. DARSONVAL a fait ces expériences sur divers animaux, pigeon, poule, cochon d'Inde, chien, lapin. La quantité de chaleur dégagée est à peu près proportionnelle à la taille ou au poids de l'animal; un cobaye pesant 1 kilogramme dégage neuf calories à l'heure; six petits cobayes pesant 1,360 grammes dégagent dans le même temps neuf calories et deux dixièmes. Les oiseaux sont de mauvais producteurs, mais de bons conservateurs de la chaleur. Enfin l'influence de l'inanition diminue considérablement la quantité de chaleur produite.

Introduction de l'air dans les veines. — M. FRANCK démontre, en s'appuyant sur des considérations anatomiques et physiologiques, que l'entrée de l'air dans les veines, dans les plaies du crâne, se fait bien plutôt par les vertébrales que par les jugulaires.

MM. BROWN-SÉQUARD, LABORDE et PONCET citent des faits à l'appui de cette manière de voir.

Sensations subjectives de la rétine. — M. GILLET DE GRANDMONT fait une communication sur ce sujet et présente un chromatroposcope destiné à faire apprécier la valeur de ces sensations. (Voir le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 9 juin 1881).

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1881. — Présidence de M. Desnos.

COMMUNICATIONS

Rein amyloïde sans albuminurie. — M. STRAUS. L'un des symptômes habituels du rein amyloïde est l'albuminurie; toutefois, comme l'a fait observer M. Lecorché, cette affection peut exister sans qu'on trouve d'albumine dans les urines. Il existe à l'appui de cette opinion quatre observations complètes de dégénérescence amyloïde du rein. M. Straus a pu observer un cas semblable chez une femme qui était à l'hôpital depuis deux ans pour une pleurésie. Chez cette malade, tuberculeuse, qui avait subi plusieurs thoracentèses et qui avait eu un pneumothorax, la pleurésie devint purulente. Il existait chez elle, en outre, de l'hypertrophie du foie, de la rate; elle présentait, en un mot, tous les caractères de la dégénérescence amyloïde des viscères abdominaux.

Les urines furent examinées avec soin; on n'y trouva jamais d'albumine. La malade mourut le 5 mai. On constata, à l'autopsie, la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, du rein, etc. Celui-ci présentait des lésions spéciales qui expliquent l'absence de l'albuminurie: les artères déférentes et les glomérules étaient à peine altérés, quelques anses vasculaires étaient atteintes; dans la substance médullaire la dégénérescence était bien plus complète et les *vasa recta* étaient tout à fait dégénérés. On conçoit ainsi pourquoi la filtration de l'albumine qui se fait au niveau du glomérule peut être conjurée.

On peut conclure de cette observation qu'il existe une dégénérescence amyloïde du rein sans que l'urine présente des traces d'albumine; que le glomérule peut être atteint sans que l'albuminurie soit nécessaire. Chez un malade atteint de phthisie, de fièvre hectique, etc., l'absence d'albuminurie ne devra pas faire repousser le diagnostic de dégénérescence amyloïde du rein.

Anatomie pathologique de la lèpre. — M. CORNIL, ayant visité dernièrement une léproserie, s'est procuré des tissus atteints de cette affection. Voici ce qu'il a observé: Dans la peau, au niveau du tubercule qui n'est pas ulcéré, l'épiderme est conservé, mais il est plus uni qu'à l'état normal. Au niveau du tubercule, les papilles du derme sont atrophiées; le derme est infiltré par des cellules qui viennent des globules blancs du sang. Ces cellules sont très-grosses, aplaties dans différents sens; elles ont un ou deux noyaux. Avec le carmin, on aperçoit de petits grains transparents et réfringents, et avec un grossissement de six cents diamètres on voit de petits bâtonnets qui ne sont autres que des bactéries; ces éléments, d'une teinte bleuâtre, sont disposés irrégulièrement dans la cellule faisant saillie dans les tissus environnants; d'autres fois ils se réunissent en faisceau.

Il y a longtemps qu'on a découvert des bactéries dans les tissus de la lèpre, mais il n'a pas été admis jusqu'ici que ce soit leur présence qui constitue la maladie. Elles ne pénètrent jamais dans l'épiderme, circonstance qui diminue les chances de contagion.

M. LABBÉ a dans son service un jeune lépreux qu'il traite par des injections phéniquées; il est déjà en voie de notable amélioration.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

228. M. JOANNY. Du pronostic éloigné de la pleurésie, pleurésie et tuberculose. — 229. M. CASTEL.. Des indications chirurgicales dans les lésions de l'articulation coxofémorale par armes de guerre. — 230. M. MIALARET. Contribution à l'étude des modifications de la sensibilité du membre supérieur, consécutives aux sections nerveuses. — 231. M. GALTIER. De la thyroïdite aiguë primitive; état actuel de la question. — 232. M. DOREAU. Des gaz en thérapeutique. — 233. M. LECOMTE. Des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde. — 234. M. SAUZE. Étude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte. — 235. M. LORENTZ. Étude sur le traitement du mal vertébral des enfants par l'immobilisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons annoncé, sous réserve, dans notre numéro du 11 juin, que la Faculté venait de voter la création de trois chaires nouvelles. Cette assertion est actuellement inexacte. La chaire des maladies nerveuses paraît acquise; la chaire de clinique obstétricale pourrait bien devenir un fait accompli; quant à la chaire d'art dentaire, il n'en est pas encore question, mais peut-être bien d'un régime d'examen à faire subir aux futurs dentistes.

Il est profondément regrettable que la Faculté de médecine de Paris refuse de faire connaître à la presse les décisions qu'elle prend dans les questions qui intéressent l'enseignement médical. Elle éviterait, en communiquant ses procès-verbaux, la propagation de nouvelles erronées.

Nous nous associons donc complètement au vœu que formule à cet égard le *Progrès médical.*

— Le registre des inscriptions de la Faculté de médecine de Paris sera ouvert le lundi 27 juin 1881 et clos le samedi 16 juillet suivant, terme de rigueur. Passé ce délai, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle.

Les élèves qui ont trois ou sept inscriptions prendront la quatrième ou la huitième inscription du lundi 27 juin au samedi 2 juillet inclusivement, et ils pourront consigner, en même temps, pour l'examen de fin de première ou de seconde année, ou pour le premier examen de doctorat (nouveau régime). — Les élèves qui ont onze inscriptions prendront la douzième du lundi 4 au samedi 9 juillet, et ils pourront consigner, en même temps, pour le troisième examen de fin d'année. — Les élèves qui ont plus de douze inscriptions prendront leur inscription trimestrielle du lundi 11 au samedi 16 juillet. — Les inscriptions seront reçues tous les jours de une heure à quatre heures.

Les examens de fin d'année commenceront le lundi 4 juillet 1881. MM. les étudiants actuellement pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année réglementaires, ou qui ont échoué à leurs examens, devront consigner pour ces examens du vendredi 17 juin au mercredi 29 du même mois, les vendredis et samedis de une heure à quatre heures.

Les consignations pour le premier examen de doctorat (nouveau régime) seront reçues, savoir: 1° pour les élèves qui ont échoué à l'une des dernières sessions, du vendredi 17 juin au lundi 27 du même mois, les vendredis et samedis de une heure à quatre heures; 2° pour les autres élèves, du lundi 27 juin au lundi 4 juillet.

Les limites de consignations pour les examens de doctorat (ancien régime) ont été ainsi fixées par délibération de la Faculté: 1° pour le quatrième examen, jusqu'au samedi 25 juin; 2° pour le cinquième examen, jusqu'au samedi 9 juillet; 3° pour les thèses de doctorat, jusqu'au samedi 16 juillet.

Toute thèse dont le manuscrit n'aura pas été déposé au secrétariat, le samedi 23 juillet 1881, sera remise à l'année prochaine. Ces dates sont de rigueur. — Les élèves qui ont échoué à un des examens de réception avant le 15 juin subiront à nouveau l'examen avant les vacances. Les étudiants ajournés après le 15 juin ne pourront plus se représenter devant les jurys qu'à la rentrée.

Le doyen de la Faculté rappelle que le stage est obligatoire pour la prise de la neuvième inscription de doctorat ou de la cinquième d'officiat; MM. les étudiants peuvent accomplir ce stage à partir du 1er juillet. A cet effet, ils devront se faire inscrire avant la fin du mois de juin, au secrétariat de l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

— Des concours pour les emplois titulaires de chefs de clinique chirurgicale et ophthalmologique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 18 juillet 1881, à neuf heures du matin. Il sera pourvu: 1° pour la clinique chirurgicale, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints; 2° pour la clinique ophthalmologique à un emploi de chef de clinique titulaire et à un emploi de chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le registre sera ouvert tous les jours de deux heures à quatre heures. Les candidats auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui ne sont pas âgés de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique chirurgicale ou ophthalmologique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de professeur ou d'aide d'anatomie.

Les épreuves du concours sont de deux natures : les unes, éliminatoires, communes à tous les candidats; les autres, définitives, auxquelles sont admis seulement deux candidats pour chaque place mise au concours.

Clinicat chirurgical : les épreuves éliminatoires comprennent : 1° une épreuve écrite, pour laquelle il est accordé deux heures, sur un sujet d'anatomie et de pathologie externe; 2° une épreuve pratique de médecine opératoire. Chaque candidat a dix minutes de réflexion et dix minutes pour exposer les procédés opératoires, motiver son choix et exécuter l'opération. — L'épreuve définitive consiste en une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades après dix minutes d'examen pour chacun d'eux.

Clinicat ophthalmologique : les épreuves éliminatoires se composent : 1° d'une composition écrite sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie externe pour laquelle il est accordé deux heures; 2° d'un examen des titres. Les épreuves définitives se composent : 1° d'une épreuve orale sur l'optique physiologique; 2° d'une épreuve clinique sur deux malades choisis dans le service de clinique ophthalmologique.

— *Faculté des scienees de Montpellier.* — La chaire de chimie est déclarée vacante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme. Description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre, par A. Laveran, médecin major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8°, 101 pages, 2 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude expérimentale et clinique sur les accidents causés par le salicylate de soude, par Lahalle. In-4°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Étude expérimentale sur l'action physiologique de la nicotine, par le docteur Albert René. In-4°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Étude générale de la médication ferrugineuse, par le professeur Hayem, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. In-8° de 40 pages avec un tableau. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Étude clinique et climatologique sur Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), par le docteur Maurice Binet, médecin consultant. In-8° de 62 pages. — Prix : 2 francs. —Paris, O. Doin.

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque, par le docteur Ch. Talamon. 1 brochure in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Germer Baillère.

De l'eczéma pilaire, par le docteur Hoel. Brochure in-8°, 1881. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Des causes de la mortalité des nouveau-nés et moyens de la diminuer, par T. Becour. In-8°. — Prix : 2fr. — Paris, O. Berthier.

Contribution à l'étude des néphrites, par le docteur A. Brault. ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. brochure in-8°, avec 3 planches gravées hors texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11342.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique,

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud
AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger*.

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres ET Pastilles DE Paterson
BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise,* et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques, les résultats ont « toujours été remarquables; il en fut de même d'un « nombre respectable de chloroses traitées par « la même préparation... Nous préférons la forme « de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est « plus absorbable et surtout parfaitement sup « portée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Bonbons Tostain
Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boîte de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie TOSTAIN, 191, rue du Temple, Paris.

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Peptones pepsiques
à la viande de bœuf

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe, de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très-pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique.* Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

Conserve DE PEPTONE DE Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

Vin de Peptone de Chapoteaut.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très-agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose d'un ou deux verres.

INDICATIONS PRINCIPALES. — *Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.*

Gros : CHAPOTEAUT, pharmacien, 8, rue Vivienne; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Pelletiérine de Tanret
Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

POUR ÉVITER LES INSUCCÈS, BIEN SPÉCIFIER LE CACHET DE L'INVENTEUR.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Diathèse urique
Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Sirop de digitale de Labélonye
Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens
du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Goudron Freyssinge
LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE. — La seule pouvant reproduire l'eau de goudron du Codex.

Le flacon : 2 francs, 97, rue de Rennes, et toutes les pharmacies.

Cr Freyssinge

Médailles d'OR. — *Prime de* **16,600** *fr. à Laroche.*

Quina-Laroche (*Elixir vineux.*).
APÉRITIF, TONIQUE, FÉBRIFUGE.

(*Extrait* COMPLET *des* TROIS *quinquinas.*)

Epuiser, par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la TOTALITE des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de la supériorité de l'*Elixir vineux* dit **Quina-Laroche** contre les *fièvres, gastralgies, anémies,* etc.

Le même produit FERRUGINEUX ou IODÉ.

Paris, 22, 20 et 19, rue Drouot.

Laroche

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Solution, VIN ET SIROP Bourguignon
au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

LABOUREUR, 26. rue des Missions, et les phies.

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard
Aliment physiologique complet (*vieillards. enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Notons d'abord le très-beau succès oratoire que M. Bouley vient d'obtenir en exposant avec une netteté remarquable, et parfois même avec une éloquence vraiment entraînante, l'histoire scientifique de M. Pasteur, de ses idées, de ses découvertes. La découverte des procédés d'atténuation des divers virus a été pour lui le résultat d'expériences habilement suivies et de longues méditations.

Il en est venu à une méthode qui lui est tout à fait personnelle, méthode qui repose sur des données absolument nouvelles, relatives aux microbes, à leur biologie, et, si je puis m'exprimer ainsi, à leur physiologie pathologique.

Étudier les germes virulents, non plus seulement comme agents morbifères, mais dans une vie propre, isolée ; rechercher les causes qui pourraient les affaiblir, les faire dégénérer, les amener à ne plus produire que ce que M. Jules Guérin nommait *maladies ébauchées*, telle est l'œuvre actuelle de M. Pasteur.

Au point de vue expérimental, dans la science du laboratoire, rien certainement n'est plus nouveau.

C'est admirable de pouvoir montrer des organismes inférieurs, toujours les mêmes en apparence, et tellement dégénérés par des influences étrangères, par des cultures dans certains milieux, à certaines températures, qu'ils n'aient à peu près plus d'action, eux qui tuaient naguère à coup sûr.

Ainsi l'introduction du virus du charbon, virus dont la partie active n'a pas changé d'aspect et consiste toujours en bactéridies et en germes, ne produira plus sur les animaux qu'un accès de fièvre éphémère. C'est une *ébauche* d'infection qui se trouve réduite presque à rien.

On voit qu'au point de vue doctrinal, les idées exposées par M. Jules Guérin, et qu'il a soutenues jadis avec une si grande vigueur, ont reçu aujourd'hui, des faits, la consécration la plus complète.

Les prévisions qu'il a énoncées à propos de la fièvre jaune, quand il disait que, par l'atténuation des principes virulents, on arriverait à trouver quelque jour une vaccine spéciale pour chaque maladie contagieuse, ces prévisions, vraiment prophétiques, commencent à se réaliser.

Et c'est bien dans le sens qu'il avait indiqué, par une étude approfondie de l'atténuation possible des germes sous les influences qui peuvent les atteindre dans certains terrains de culture et dans certaines conditions.

Tout autre, alors, était la théorie la plus généralement admise relativement aux principes virulents inoculables. Les discussions académiques sur la fièvre jaune, sur la vaccine, etc., en fournissent amplement la preuve.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Mammite chronique de nature probablement tuberculeuse.

Au n° 14 de notre salle des femmes nous avons une malade qui nous quitte aujourd'hui même. Elle était venue à la Charité pour des abcès mammaires des deux seins consécutifs à une mammite double post-puerpérale.

Elle était accouchée depuis un mois, lorsqu'elle nous est arrivée ; elle avait nourri son enfant pendant quelques jours seulement ; et c'est peu après qu'elle eut cessé l'allaitement de son nouveau-né que la mammite s'est développée pour se terminer promptement par la suppuration. Il s'est formé dans chacune des mamelles un abcès, qui s'est ouvert spontanément ; nous l'avons traité par la compression, afin de faciliter l'évacuation du pus ; la guérison a marché rapidement, malgré les apparences d'une santé frêle et délicate qui nous faisait considérer notre malade comme fortement anémique.

En sortant aujourd'hui de l'hôpital, vingt-quatre jours après son entrée, il ne lui reste qu'une tuméfaction un peu dure des deux mamelles, un peu de mammite chronique.

Mais je ne vous parle de cette femme, qui ne nous offre rien de particulier, que pour la comparer à une autre malade, que nous devons opérer à la fin de la leçon et qui est couchée au lit n° 8 de la salle Sainte-Vierge. C'est une jeune fille à laquelle nous allons pratiquer l'ablation de la mamelle du côté droit, opération assez rare à cet âge.

Elle est entrée à l'hôpital le 7 février dernier ; mais depuis le milieu du mois de décembre elle était malade, elle souffrait d'une tuméfaction très-douloureuse du sein droit, de cause inconnue, spontanée, peut-être suite de quelque coup, de quelque contusion de la mamelle dont elle ne se souvient pas suffisamment, aussi pouvons-nous dire d'origine incertaine, sinon inconnue.

Au gonflement a succédé assez lentement une inflammation douloureuse, avec formation de pus, adénite suppurante

d'abord, puis mammite suppurée. La collection purulente a été ouverte par un médecin de la ville, qui, l'incision faite, a sagement placé un drain dans la plaie, afin de faciliter l'écoulement du pus. On pensait qu'à la suite de cette petite opération, la malade serait promptement débarrassée et guérie comme dans toute mammite aiguë post-puerpérale.

Mais ici la maladie était survenue spontanément, sans cause appréciable, avons-nous dit en commençant ; sa marche n'a pas été franchement aiguë dès le principe, mais plutôt subaiguë, et bientôt elle a passé à l'état chronique. Si donc je vous ai parlé tout-à-l'heure de la malade du n° 14, c'était pour vous montrer tout d'abord la différence existant entre la mammite qui survient à la suite de couches, post-puerpérale, et la mammite spontanée, comme marche et comme terminaison. En effet la première affecte un processus rapide, malgré la formation d'abcès, et guérit en moins d'un mois ; la seconde, au contraire, présente une marche lente, comme insidieuse, donne lieu à la formation d'abcès, à une suppuration continue; enfin elle est d'une durée très-longue, la maladie datant de plus de cinq mois. De plus, alors qu'on pouvait espérer la guérison sans être obligé d'intervenir chirurgicalement, un abcès s'est formé qui dut être ouvert, vers le 15 janvier, en deux points, pour le passage d'un drain. Néanmoins, depuis quatre mois que cette petite opération a été faite, il s'est formé des trajets fistuleux qui donnent lieu à un écoulement purulent ; la tuméfaction du sein a augmenté, occupant aujourd'hui presque tout l'organe, sorte de sclérose qui va croissant de jour en jour.

Qu'est-ce donc que cet abcès, plutôt froid que chaud, de la mamelle, qui dure depuis quatre mois, qui donne lieu à la formation de trajets fistuleux, sans présenter aucune tendance vers la résolution? Je ne crois pas ici à des productions néoplasiques cancéreuses ni sarcomateuses, malignes ou bénignes, parce que ces formations ne débutent pas spontanément par de la suppuration, mais sont plutôt le résultat d'un traumatisme, d'une contusion plus ou moins violente de la mamelle. Ici nous avons d'emblée une inflammation suppurée et, consécutivement, du gonflement et de l'induration. Pour ces motifs, et aussi parce que les productions néoplasiques ne se développent pour ainsi dire jamais chez des sujets aussi jeunes que notre malade, qui n'a que vingt et un ans, je rejette toute idée de cancer ou de sarcome.

Je ne crois pas davantage à une tumeur adénoïde, qui est ordinairement plus isolée, plus circonscrite, n'envahissant pas, comme chez la jeune fille qui nous occupe, toute la mamelle, et qui de plus ne s'accompagne pas au début de suppuration.

Nous avons donc affaire ici, selon toute probabilité, à une mammite chronique suppurée, et il nous reste à savoir si elle est simple ou tuberculeuse. La première est très-rare chez les jeunes filles; elle se développe le plus ordinairement à la suite de l'accouchement, résultant de la congestion de la glande mammaire au moment de la formation du lait. Aussi, lorsqu'on la rencontre chez une jeune fille, elle est généralement caractérisée par un abcès glanduleux du sein, très-circonscrit, qui marche rapidement vers la guérison.

En présence d'une marche aussi lente que celle que nous observons ici, d'une étendue aussi considérable de la maladie, et d'une durée aussi longue, nous devons bien plutôt incliner notre diagnostic vers le développement de tubercules dans la mamelle. Nous ne pouvons cependant nous prononcer encore qu'avec une certaine hésitation, car les mammites chroniques tuberculeuses suppurées sont assez rares. Elles n'ont pas encore été décrites d'une façon sérieuse en raison du petit nombre d'observations recueillies jusqu'à présent. La seule raison qui me fait émettre ce diagnostic, c'est la durée de la maladie, durée beaucoup trop longue pour une inflammation simple sans tuberculisation, à moins que nous n'ayons affaire ici à un cas tout-à-fait insolite.

Quoi qu'il en soit, nous sommes en présence d'une mammite suppurée, s'accompagnant de trajets fistuleux, qui ne se termine pas. Que l'affection soit simple ou de nature tuberculeuse, il est nécessaire, en raison de la durée des accidents, d'intervenir, comme notre malade du reste nous le demande, sans attendre davantage. Mais à quelle opération nous déciderons-nous? Il ne suffit pas de fendre l'abcès, qui ne nous donnerait aucun bon résultat; il faut enlever hardiment tout ce qui est engorgé, tout ce qui est induré, quelle que soit la déformation qui s'ensuivra, et à laquelle notre malade consent volontiers plutôt que de risquer la formation de nouveaux abcès et de nouvelles fistules.

C'est donc une ablation presque complète du sein que nous allons faire, incisant d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané avec le thermocautère afin de ménager les réseaux capillaires, puis disséquant la tumeur avec le bistouri en enlevant avec soin tout ce qui nous paraîtra douteux, notre malade ayant déjà présenté, au mois de février dernier, des accidents érysipélateux qui cédèrent à l'alcool camphré, après réunion des parties profondes avec le même agent. Du reste, nous sommes actuellement dans une saison meilleure, où les érysipèles sont plus rares.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Observation de goutte, autopsie.

Les pièces anatomo-pathologiques que je vais vous présenter sont de celles que l'on voit bien rarement; c'est la première fois que je les constate moi-même dans ma carrière hospitalière. Elles proviennent d'un goutteux, d'un homme qui était couché au n° 5 de la salle Saint-Luc, et qui est mort subitement.

Il est rare en effet que nous observions à l'hôpital cette maladie, qui n'atteint que rarement la classe pauvre, si ce n'est la goutte saturnine, dont nous n'avons pas à parler ici.

Cet homme était certainement un goutteux, mais qui n'avait encore eu que deux accès de cette affection, accès très-nets, très-précis. Il avait été pris, certain soir, sans prodrome, de douleurs extrêmement vives, déchirantes, dans le gros orteil du pied droit, douleurs qui diminuaient un peu le lendemain matin pour reparaître ensuite tout aussi intenses la nuit suivante. Elles s'accompagnaient de tuméfaction, de rougeur, puis de démangeaisons, auxquelles succédait un peu plus tard la desquamation des parties atteintes.

A partir de ce moment la dyspnée, dont il souffrait déjà, n'a fait qu'augmenter et dans ces derniers jours l'a forcé à entrer ici. En l'examinant, nous avons trouvé un cœur très-volumineux, nous avons entendu un bruit de galop très-net, et nous avons pu reconnaître qu'il ne devait exister que quelques indurations valvulaires sans lésion des orifices du

cœur. L'aorte ne présentait rien comme signes physiques ou fonctionnels. Le pouls était tendu et dur.

L'examen des urines nous a donné, à son arrivée, 5 grammes d'albumine par litre, quantité qui a tout d'abord diminué par le régime lacté, pour s'élever ensuite jusqu'à 6 grammes. Cet homme avait des accès de suffocation des plus pénibles, que le régime de l'hôpital avait soulagés, lorsque, il y a trois jours, assis auprès de son lit, il a paru s'endormir, et ce n'est que lorsque l'on a voulu le réveiller quelques instants plus tard que l'on s'est aperçu qu'il était mort.

Autopsie. — Un peu de congestion pulmonaire, congestion œdémateuse du côté droit; poumon gauche un peu affaissé par un épanchement pleurétique ancien, et surtout par le volume énorme du cœur.

Le cerveau ne présente aucune lésion apparente; les méninges sont rouges, congestionnées, œdémateuses. L'extrémité de la phalange du gros orteil du pied droit présente au centre du cartilage articulaire une petite tache blanche, ovalaire, large de 3 millimètres, et deux autres un peu plus petites, formées par des incrustations d'apparence plâtreuse qui ont pénétré le cartilage sans former aucune saillie. Les tissus environnant l'articulation sont un peu épaissis, mais il n'existe pas de concrétions dans les ligaments ni dans les tendons voisins. Les autres os et les autres articulations ne présentent rien de particulier.

Ces incrustations plâtreuses sont formées de matières uratiques à l'état granuleux dans les cellules cartilagineuses et à l'état de cristaux aciculés dans la substance intercellulaire. Cette matière se dissout par l'acide acétique, et à sa place on voit apparaître des cristaux rhomboédriques d'acide urique; que l'on aperçoit nettement sous le champ du microscope lorsque la coupe du cartilage a été bien faite.

Du côté des reins les altérations sont plus graves; ces organes sont atrophiés et granuleux, leur surface est inégale, bosselée, la capsule est épaissie, adhérente, la surface corticale d'un rouge intense, très-congestionnée, et sur les pyramides on aperçoit de petites stries blanchâtres et à côté de petits points allongés ayant la même direction que ces stries; dans l'intérieur des calices, à la surface des mamelons, on voit aussi de petites taches blanchâtres analogues à ces stries. Celles-ci sont composées d'urate de soude pur, et nous trouvons, comme pour les cartilages la même composition, des matières uratiques, granuleuses, dans l'intérieur des tubuli, cristallisées en aiguilles dans le tissu interstitiel du rein. Enfin dans les bassinets on aperçoit quatre ou cinq petits calculs d'acide urique; mais la matière uratique seule est pathognomonique de la goutte, tandis que ces calculs peuvent appartenir à différentes affections. Les deux cependant, comme ici, peuvent se trouver associés sur le même malade.

Le cœur est énorme; véritable cœur de bœuf, il mesure 16 centimètres transversalement et à peu près les mêmes dimensions de la pointe à la base; il pèse 750 grammes; les parois ventriculaires gauches sont extrêmement épaisses (3 à 4 centimètres), celles du ventricule droit le sont un peu moins (2 à 3).

La substance du cœur est ferme, très-rouge, sans dégénérescence graisseuse. A la surface du ventricule droit et de l'auricule on aperçoit une large plaque de péricardite ancienne, lisse et d'un blanc nacré.

Les cavités du cœur sont très-dilatées; les orifices et les valvules sont très-peu altérés, et leur lésion ne pouvait pas entraver notablement la circulation. Ce sont: épaississement léger du bord valvulaire des valvules et aspect rosé; bride fibreuse d'endocardite située au-dessous de l'orifice aortique, indiquant un commencement de rétrécissement sous-aortique; agrandissement des orifices du cœur proportionnel à la dilatation de ses cavités; quelques athéromes valvulaires de coloration blanc-jaunâtre notamment sur la valvule mitrale avec opacité complète. Enfin l'aorte présente aussi quelques athéromes peu considérables qui n'ont pas diminué d'une façon sensible son calibre.

Sur le tronc basilaire, les artères cérébrales antérieures et sylviennes, on trouve de nombreuses taches athéromateuses qui ne sont pas en rapport avec l'âge encore peu avancé du sujet (cinquante-trois ans).

Les lésions rénales sont bien caractéristiques d'une affection goutteuse; celles du cœur ne le sont pas. Cependant les médecins anglais, qui exercent dans une contrée où la goutte est fréquente dans les classes pauvres, sont convaincus que la dégénérescence graisseuse est fréquente chez les goutteux. Mais, comme les autopsies ne se font généralement qu'à une époque très-avancée de la maladie où les individus sont parvenus à un état cachectique des plus prononcés, on peut se demander si cette dégénérescence est bien le résultat direct de la goutte. De plus, à l'âge auquel succombent le plus souvent les goutteux, les artères sont presque toujours plus ou moins athéromateuses, en dehors même de toute affection goutteuse. Cette altération des vaisseaux, qui pendant la vie est caractérisée par la dureté du bruit aortique, entraîne une altération correspondante des vaisseaux coronaires qui deviennent alors plus athéromateux que les autres, se rétrécissent, produisent la dégénérescence graisseuse, entravent la circulation cardiaque, d'où la fréquence d'accès d'angine de poitrine consécutifs. Ici les artères coronaires sont athéromateuses, mais leur calibre est plus vaste, il n'y a point de dégénérescence, et le malade n'avait jamais eu, avant sa mort, d'angine de poitrine. Sa mort subite ne peut donc pas s'expliquer par l'état du cœur.

Dans ce cas la mort peut survenir, soit par une congestion pulmonaire rapide et intense ou par un état cérébral que l'on a comparé à l'urémie, ou bien encore par une métastase cérébrale goutteuse, comme l'on disait autrefois, qui consiste dans une hyperémie rapide des méninges avec infiltration, rapide aussi.

Ainsi donc nous avons ici : goutte articulaire du gros orteil, et néphrite à la fois parenchymateuse et interstitielle non spécifique, comme cela arrive fréquemment chez les goutteux, et qui a sa raison d'être dans une diathèse goutteuse. En Angleterre même, cette néphrite est plus fréquente chez les goutteux que dans tout le reste de la population. Quant à l'hypertrophie du cœur, elle n'est pas l'apanage de la goutte, mais elle me paraît être la conséquence de la néphrite interstitielle, conséquence portant surtout sur les cavités gauches du cœur, avec épaississement de leurs parois.

Pourquoi assistons-nous pour la première fois à une autopsie semblable? Cela tient à ce que la goutte, comme je vous le disais en commençant, est très-rare en France chez les gens pauvres, et, si cet homme fait exception, nous devons dire que c'est un déclassé qui autrefois exerçait la profession de graveur, dans laquelle gagnant largement sa vie, il vivait bien et d'une alimentation qui n'est pas celle des misérables, et que de plus sa profession même l'entraî-

nait à rester constamment assis, par suite à faire peu d'exercice. Mais, dans ces dernières années, pour une cause que nous ignorons, il était devenu allumeur de réverbères, et cette différence de position lui a fait terminer ses jours à l'hôpital.

Si la goutte épargne les classes pauvres, cela tient à une différence considérable dans leur hygiène d'avec celle des classes aisées, où l'on mange bien, où l'on boit en proportion et où l'on marche peu, tandis que le pauvre mange peu, boit beaucoup et dépense beaucoup en exercices de toutes sortes. Les conditions sont tout à fait différentes, chez les gens riches les dépenses de l'économie n'étant pas proportionnées avec les recettes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Baudrimont dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Personne.

M. Martin, médecin-dentiste à Lyon, adresse un pli cacheté. (Accepté.)

LECTURE

Réclamation de priorité relative au fait de l'immunité qui peut résulter de l'inoculation charbonneuse. — M. Colin (d'Alfort) divise cette lecture en trois parties.

« En résumé, dit-il, la priorité m'est acquise sur les trois points dont il a été question dans ma note :

« 1° Pour la constatation et la démonstration expérimentale du fait de l'immunité charbonneuse qui est conférée aux diverses espèces par des inoculations dites préventives ;

« 2° Pour la démonstration de cet autre fait que le procédé de vaccination charbonneuse par le sang chauffé de 55 à 57 degrés est sans aucune valeur ou sans action préventive ;

« 3° Pour la constatation d'une série de faits relatifs au rôle que les ganglions lymphatiques jouent dans l'évolution et la généralisation des états charbonneux. »

DISCUSSION

M. Bouley reproche à M. Colin de ne vouloir jamais admettre les découvertes qu'il n'a pas faites. La découverte de M. Pasteur n'a aucune espèce de rapport avec les mémoires antérieurs de M. Colin. M. Pasteur a trouvé le moyen d'atténuer les virus à un degré quelconque, de les transformer en vaccins, c'est-à-dire en préservatifs pour la maladie qui les a fournis, tandis qu'avant lui M. Colin voulait vacciner les animaux en inoculant un virus qu'il ne savait pas atténuer. Ce sont là choses bien différentes.

Dans la dernière communication de M. Pasteur, il avait été question d'une brebis pleine vaccinée d'abord à deux reprises, puis inoculée de virus charbonneux fort, et morte quelques jours après cette inoculation. A ce sujet, M. Bouley communique, de la part de M. Rossignol, le vétérinaire qui a fait l'autopsie de cet animal, une lettre donnant des détails circonstanciés sur les résultats de cette autopsie. Le sang renfermait bien quelques bactéridies, mais aucune des altérations que l'on rencontre d'ordinaire dans les maladies charbonneuses ne se retrouvait sur le cadavre, ni œdème local, ni vascularisation exagérée de la couche profonde de la peau, ni gonflement de la rate, ni rien enfin qui pût conduire à attribuer au charbon la mort de cette brebis. Dans son utérus on trouva un fœtus à terme, macéré, sans une seule goutte de liquide amniotique pour le séparer des membranes. En effet, les membranes paraissaient déchirées et engagées déjà dans le col. Probablement l'animal sera mort de cet avortement, que la fièvre d'inoculation ne lui aura pas permis de compléter.

L'inoculation de tous les virus paraît beaucoup plus dangereuse chez les femelles pleines et presque à terme.

M. Blot s'attache à faire ressortir les contradictions de cette lettre. Si le fœtus était seulement macéré et non putréfié, c'est que les membranes étaient intactes jusqu'aux derniers moments. L'absence de liquide amniotique ne prouve rien, car très-souvent, après la mort du fœtus, ce liquide se résorbe. M. Blot en a observé plusieurs exemples. Or, si le fœtus n'avait pas subi de putréfaction, il n'a pas pu causer la mort de sa mère.

M. Depaul rappelle que Jenner et que lui-même ont plus d'une fois, sans inconvénients, inoculé la variole la plus forte à des sujets qu'ils avaient vaccinés, qu'il s'agît ou non de femmes enceintes.

M. Colin dit que la recherche de virus atténués pour les vaccinations n'est nullement une idée nouvelle. C'est en prenant ainsi le virus chez des sujets légèrement affectés et en rendant les doses de ce virus de plus en plus faibles qu'on a pu jadis inoculer la variole à l'homme, plus récemment la clavelée au mouton, et que M. Colin lui-même a fait ses expériences de préservation relatives au choléra des poules, au charbon, etc.

M. Jules Guérin voudrait savoir de M. Bouley ce qu'il est advenu des fameux résultats annoncés par M. Toussaint dans le courant de l'année dernière relativement au charbon. M. Toussaint ne procédait pas comme M. Pasteur pour obtenir une vaccination préservatrice. Si sa méthode était mauvaise, cela ne doit-il pas rendre prudent relativement à la méthode de M. Pasteur? Ne convient-il pas cette fois d'attendre la consécration du temps avant de s'enthousiasmer, de peur d'avoir encore à revenir sur un enthousiasme prématuré?

M. Bouley répond que la méthode de M. Toussaint n'était pas mauvaise. L'idée de vacciner les animaux avec du virus affaibli était certainement juste. Le procédé employé pour l'atténuation du virus réussit souvent, mais non toujours et sûrement; c'est en cela que le procédé de M. Toussaint est infiniment inférieur à celui de M. Pasteur. M. Toussaint chauffait le sang défibriné, pendant une vingtaine de minutes, à 55 ou 57 degrés.

Par des causes encore ignorées, il arrivait parfois que la virulence résistait à cette haute température. Quant à M. Pasteur, il procède à coup sûr, et ceux qui l'ont suivi dans ses travaux ne sauraient trop l'admirer.

La merveilleuse découverte de la vaccination charbonneuse ne s'est pas faite d'un seul jet.

M. Pasteur avait d'abord vu que le virus du choléra des poules s'affaiblissait rapidement quand on le conservait au contact de l'air. Il s'est donc demandé s'il en serait de même du virus du charbon. Mais le cas était autre. Au contact de l'air, le virus du charbon restait toujours aussi actif. M. Pasteur a cherché la cause de cette différence, et il l'a trouvée. Tandis que le microbe du choléra des poules se multiplie toujours par scissiparité sans jamais se transformer en germes, la bactéridie du charbon se multiplie des deux manières, et, une fois en germes, elle résiste à toute cause d'affaiblissement. Il fallait donc pouvoir empêcher cette bactérie de former des germes. C'est ce qu'obtient M. Pasteur en maintenant le virus charbonneux à une température de 45 degrés. Tant qu'il reste soumis à cette température au contact de l'air, il s'affaiblit successivement, et aucun germe ne s'y produit sous forme de corpuscule brillant. Ce point une fois acquis, M. Pasteur possédait le moyen d'avoir des virus atténués dans la proportion qu'il voulait. En effet, par un abaissement de température, il rendait de nouveau possible la production de corpuscules brillants, désormais presque indestructibles, portant en eux le mal en puissance, mais atténués dans leur virulence comme les microbes dont ils étaient nés. De telle sorte que tel virus ne tuera plus aucun animal, que tel autre tuera seulement les animaux les plus susceptibles, tel autre de plus réfractaires, etc.

Rien jusqu'ici ne faisait prévoir qu'on pourrait jamais en arriver là. Et cette méthode, qui appartient tout entière à M. Pasteur, est loin d'avoir dit son dernier mot. Nul ne peut prévoir de com-

bien d'applications elle est susceptible. Déjà, dans un concours récent pour une chaire de clinique à l'École vétérinaire de Lyon, les juges du concours ont été témoins de faits qui prouvent que le charbon symptomatique, maladie toute différente du charbon bactéridien, peut avoir aussi sa vaccination préservatrice.

L'admiration pour M. Pasteur s'impose même aux plus incrédules quand ils sont en présence des faits. Si M. Colin eût assisté aux expériences de Pouilly-le-Fort, il aurait lui-même applaudi, malgré lui, par action réflexe.

RAPPORTS

M. PROUST donne lecture d'une série de rapports sur des demandes d'autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

(*Et pius est patriæ facta referre labor.*)

I

Autrefois on regardait le droit d'établir des écoles publiques et d'y conférer des grades académiques comme une prérogative réservée au Saint-Siège; en conséquence, c'est au pape Grégoire XIII que le grand cardinal de Lorraine et son neveu, le duc Charles III, s'adressèrent en 1572 pour fonder une Université à Pont-à-Mousson. Grégoire XIII leur accorda l'autorisation par une bulle (*Diploma seu bulla fundationis Academiæ Pontimussanæ*) en date du 5 décembre 1572.

Le but des fondateurs était de combattre les progrès du protestantisme en établissant dans cette ville, située au centre des trois évêchés de Toul, Metz et Verdun, un collège où les clercs et les jeunes nobles lorrains étudieraient sous la direction de maîtres entièrement dévoués à l'Église. La nouvelle Université fut donc placée sous la direction de la Compagnie de Jésus; elle devait se composer de quatre Facultés, dont deux, la théologie et les arts, devaient appartenir aux jésuites, et les deux autres, droit et médecine, devaient être dirigées par leurs doyens, à l'instar de celles de Paris et de Bologne. Le recteur était choisi parmi les jésuites.

Les deux Facultés confiées aux jésuites se développèrent rapidement et acquirent vite une grande renommée. Elles composèrent seules pendant quelques années toute l'Université de Pont-à-Mousson. Les cours de grammaire, d'humanité, de philosophie et de théologie étaient suivis par des étudiants de toute condition et de toute nation « dont la foule émerveillait les contemporains ». Mais la Faculté de droit n'avait encore ni règlement ni écoles; il faudrait presque dire qu'elle n'avait pas d'auditeurs ni de régents, puisque l'Écossais Guillaume Barclay, son unique professeur, fut réduit longtemps à faire ses cours dans sa propre maison. La Faculté de médecine n'existait pas encore.

Les jésuites redoutaient l'arrivée à l'Université de jurisconsultes et de médecins peu orthodoxes et surtout peu disposés à reconnaître la suprématie d'un recteur jésuite; ils ne cherchaient guère à agrandir leur empire en s'adjoignant les deux Facultés laïques. Cependant le duc Charles III tenait essentiellement à compléter son Université par une Faculté de droit. Il fit de magnifiques propositions à Cujas pour l'engager à venir organiser cette Faculté. Celui-ci n'ayant plus accepté, c'est Grégoire de Toulouse qui fut chargé définitivement de cette organisation de la Faculté de droit. Il lui donna un règlement fameux, plus tard appliqué aux étudiants en médecine (1).

I. PROFESSEURS.

Depuis 1574 les trois Facultés de théologie, des arts et de droit étaient donc déjà florissantes tandis que la Faculté de médecine, n'avait encore ni professeurs, ni élèves, ni même de local désigné pour ses actes. Ce n'est qu'en 1592 que paraît le premier professeur, Toussaint Fournier. Sans provisions, sans règlement exprimé, et simplement après avoir prêté serment au recteur et reçu de lui des lettres de permission d'enseigner, il ouvrit des cours dans sa propre maison, ainsi que l'avait fait Barclay pour les débuts de la Faculté de droit.

Ces commencements modestes durèrent jusqu'en 1598. Le 2 avril, Charles Le Pois fut nommé doyen de la Faculté naissante. Il inaugura aussitôt son enseignement, qu'il devait, pour l'honneur de la médecine et de l'humanité, prolonger pendant près de quarante ans. Ce petit homme, contrefait, mais vengé des injustices de la nature par les dons les plus brillants de l'esprit, était un des premiers élèves de l'Université et s'était déjà distingué dans ses classes de grammaire, de poésie, de rhétorique et de philosophie, à Pont-à-Mousson, avant de se signaler dans les Universités de Montpellier et de Paris où l'avait attiré son goût pour les études médicales. Il était fait pour être l'organisateur de sa Faculté, comme Pierre Grégoire de Toulouse l'avait été de la sienne, et il en aurait rédigé le règlement s'il n'avait été décidé que les règlements du Toulousain seraient communs aux Facultés de droit et de médecine.

Dès l'année 1618, Charles Le Pois avait reconnu l'importance de l'anatomie pathologique. Il déclare que c'est aux fréquentes ouvertures de cadavres, auxquelles il s'est livré, qu'il a dû ses plus beaux succès. Il invite les médecins à n'en négliger aucune. *Debent autem medici satagere plurimum ut, quantum licet, hæc iis detur facultas quod liber naturæ sit optimus docendus medicinæ magister ex quo certè dico vere et seriò, longè plura quam ex scholis omnibus semper didici.* La comète de 1618, la dysentérie qui règne épidémiquement, les maladies qui dépendent d'une surabondance de sérosité, les maladies saisonnières, etc., sont autant de sujets de mémoires publiés par Ch. Le Pois. Il traduisit aussi de l'espagnol un traité des luxations et le publia à Francfort en 1625.

Le fils de Charles Le Pois, Nicolas Le Pois, porta dignement son nom. En 1580, il fit paraître son traité de la connaissance et du traitement des maladies internes du corps humain. Cet ouvrage valut à Le Pois une grande réputation; il a été réimprimé trois fois. La dernière édition est due aux soins de Boerhaave, qui l'a

(1) BIBLIOGRAPHIE : *Mémoires de la Société d'archéologie lorraine.* — La Faculté de médecine de Pont-à-Mousson, par l'abbé Hyver (Nancy, 1876). — Mœurs et usages des étudiants de l'Université de Pont-à-Mousson, par J. Favier (Nancy, 1878). — Maldonat, par l'abbé Hyver (Nancy, 1873).

Mémoires de l'Académie de Stanislas. — Discours de réception de MM. Dubois et Tourdes (1872-76).

Esquisse de l'histoire de la médecine, par J.-B. Simonin (Nancy, 1858).

Causeries sur Pont-à-Mousson, par Eugène Ory (Pont-à-Mousson, sous presse).

Mémoires de la Société philotechnique de Pont-à-Mousson (1874-78).

Dictionnaire des ordonnances de Lorraine, par de Rogéville (Nancy, 1777).

(1) Pierre-Grégoire de Toulouse avait une habitude curieuse, qui intéresse ceux qui s'occupent des modifications de la circulation cérébrale sous l'influence du travail intellectuel. Il travaillait « *couché* sur les in-folio ouverts devant lui » (*iis pronus incumbere*, etc.). On sait qu'il se rencontre des hommes qui ne peuvent bien travailler que dans le décubitus dorsal ou abdominal; cette position, en effet, supprime presque l'influence de la pesanteur sur la circulation artérielle, et, par conséquent, favorise l'arrivée du sang dans le cerveau. (Voir à ce sujet : *Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel*, par le docteur E. Gley, thèse de Nancy, 1881.)

enrichie d'une préface dans laquelle cet illustre médecin recommande à ses élèves la lecture de Le Pois (Leyde, 1736). Boerhaave avait déjà fait le même honneur au traité de Charles Le Pois sur les maladies qui dépendent d'une surabondance de sérosité. Il donne hautement le premier rang à l'auteur qui, dit-il, « a merveilleusement augmenté la science de la médecine ». « Je vous recommande », ajoute-t-il, « de lire nuit et jour ses ouvrages parce qu'ils vous apprendront tout ce qu'il y a de plus beau et de plus certain dans la médecine. Je puis vous affirmer, d'après ma propre expérience, que vous ne vous repentirez pas de les lire dix fois. » En menant ses élèves chez ses malades pour leur apprendre à observer, Charles Le Pois fut aussi le précurseur de la policlinique actuelle.

Pierre Barot et Jean Levrechon, le premier en 1602, et le second en 1606, complétèrent la Faculté de médecine, qui compta, mais pour peu de temps, quatre professeurs. Barot était nommé professeur d'anatomie et de chirurgie. Ces branches de la médecine furent, en effet, constamment l'objet des soins de la Faculté. L'article 5 de l'édit du 18 février 1707 prescrit aux professeurs d'enseigner les diverses parties de la chirurgie et de faire, deux fois par an, une démonstration anatomique sur les sujets qui leur seront fournis par les juges de Pont-à-Mousson, Nancy et autres lieux. Une ordonnance du duc de Lorraine enjoint en effet « aux juges du bailliage de Pont-à-Mousson et autres juges, ensemble aux directeurs des hôpitaux, de faire fournir des cadavres pour faire les démonstrations anatomiques, sur la signification qui leur en sera faite par notre professeur en chirurgie, lesquels cadavres seront, s'il échet, conduits en sûreté et à nos frais ». Plus tard, un article des règlements pour les chirurgiens porte que « chaque communauté fera démontrer publiquement dans la chambre commune, par l'un des anciens maîtres qu'elle nommera tous les ans, l'anatomie, l'ostéologie et toutes les opérations de la chirurgie, et, en cas qu'elle ne puisse avoir un sujet humain, la démonstration se fera sur un sujet desséché et sur des animaux pour les opérations du bas-ventre et de la poitrine, et sur la tête d'un veau pour le trépan ».

Levrechon était médecin ordinaire du duc Charles III, qui l'avait en haute estime et grande affection; dès 1601, il en avait obtenu des lettres de noblesse, et en 1606 fut créée tout exprès pour lui une quatrième chaire à la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson. Levrechon étudia avec Ch. Le Pois la nature, la forme, les causes et l'influence de la comète de 1618; il s'occupa aussi de résoudre la question de savoir si les feux allumés sont salubres en temps de contagion. (*An ignes accensi*, etc., Pont-à-Mousson, 1622, in-4°.)

Levrechon demeura lié à Ch. Le Pois par la plus étroite amitié jusqu'à la mort; ils succombèrent tous deux victimes de leur dévouement au service des malades dans la peste de 1635. (Une autre source donne la date de 1622 pour la mort de Levrechon.) Son fils illustra aussi le nom des Levrechon. Il avait fait les plus brillantes études à l'Université de Pont-à-Mousson et manifesta l'intention d'entrer dans la compagnie de Jésus. Son père ayant refusé et l'ayant retiré du collège, Jean quitta la maison paternelle et, en dépit d'un arrêté du Parlement de Paris, entra chez les Jésuites à Tournai, d'où il revint en 1614 à Pont-à-Mousson où il enseignait la philosophie et les mathématiques. Tout porte à croire que le père et le fils ne tardèrent pas à se réconcilier, car ils eurent pour ami commun l'illustre premier doyen de la Faculté de médecine. Le P. Levrechon fut un de ceux qui, en 1670, fidèles à leur souverain, refusèrent de prêter serment aux nouveaux maîtres et furent exilés par Richelieu. Citons parmi les œuvres qu'il a laissées un traité « en faict d'arithmétique, en matière de géométrie, touchant les méchaniques ». Un de ses problèmes décrit « une lampe bien gentille qui ne s'éteint pas quoy qu'on la porte dans la poche ou qu'on la roule par terre », et qui n'est rien autre que la suspension de Cardan. D'autres problèmes traitent des miroirs ardents, des fontaines, du siphon, du thermomètre, des horloges, des canons, des aimants, des éolypiles ou machines à vapeur, etc. Sa « récréation mathématique » est un recueil de problèmes « non moins ingénieux que récréatifs, desquels le régent se servait pour amorcer les élèves à l'étude des autres démonstrations plus difficiles et sérieuses ». Nous n'aborderons pas celles-ci, mais nous nous laissons encore « amorcer » à citer l'énoncé des « questions gaillardes et facéties mathématiques » suivantes : — S'il est plus difficile de faire un cercle sans compas ou d'en trouver le centre, — que deux hommes ont nécessairement autant de cheveux et de pistoles l'un que l'autre, — le problème cher à notre enfance du loup, de la chèvre et du chou, — combien pèse un coup de poing, — comment on pèse la fumée, etc. Hâtons-nous de revenir aux sciences médicales en citant son exposé de la chambre noire : « C'est ici un beau secret pour expliquer l'organe de la vue; car le creux de l'œil est comme la chambre close, le trou de la prunelle respond au trou de la chambre, l'humeur crystalline à la lentille de verre et le fond de l'œil à la paroi ou feuille de papier. »

Un jardin botanique avait été créé et mis sous la direction de Samuel Philpin, apothicaire et simpliste de la Faculté, et la pharmacie fut enseignée par un professeur spécial, Pierre Haguenier. A sa mort, en 1631, la chaire ne paraît plus avoir eu de titulaire. Cet enseignement en souffrit peut-être un peu, car la Faculté de médecine de Paris censura sévèrement, en 1758, une trentaine de formules pharmaceutiques émanées de la Faculté de Pont-à-Mousson, dans lesquelles elle trouva des erreurs *in adolescentes verberibus emendandos*, et par son doyen Boyer qualifia l'auteur de l'épithète assez méprisante de *medicastrum*.

Toussaint Fournier mourut en 1614. Levrechon succomba quelques années après, René Baudin fut nommé professeur en 1614.

Tout faisait présager le plus heureux avenir pour la Faculté de médecine, lorsque la guerre, accompagnée de la peste, vint emporter de si belles espérances. La guerre dispersa les étudiants et la peste, en cinq ans (1631-1635), enleva trois professeurs, Haguenier, l'illustre Charles Le Pois et Baudin. Les Facultés dirigées par les Jésuites avaient quitté Pont-à-Mousson et transféré leurs cours dans un village voisin, loin de tout air corrompu, *in aere sano*. Les cours de droit s'essayaient à Nancy jusqu'à ce que la paix permît aux professeurs et élèves de retourner dans la ville universitaire. Mais la Faculté de médecine n'avait pas d'asile et n'avait même plus de professeurs. Un jeune homme, presque un enfant, Marc Barot, avait été investi, en 1630, de la survivance à la charge de son père; mais, à cause de son extrême jeunesse, il devait attendre onze ans encore avant d'exercer; c'était tout ce qui restait de la Faculté de médecine, déjà si célèbre avant tous ces malheurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 juin 1881, M. Carpentin, pharmacien professeur de la marine, a été promu au grade de pharmacien en chef.

— Par arrêté en date du 18 juin 1881, il a été décidé qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 22 décembre 1881 à la Faculté de médecine de Nancy. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— M. le docteur Bergeron est nommé médecin titulaire du lycée de Vanves, en remplacement de M. Degrusse, démissionnaire. — M. le docteur Richard est nommé médecin-adjoint du lycée de Vanves (emploi nouveau).

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Blaise, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de l'école supérieure de pharmacie de ladite ville.

— Il résulte, de renseignements adressés au ministre de la marine et des colonies, que la fièvre jaune, qui sévissait à Bahia, a presque entièrement cessé.

Des patentes nettes portant la mention : « avec des cas très-rares de fièvre jaune », sont délivrées aux bâtiments de partance, par l'administration sanitaire.

— Une sentence du Châtelet, en date du 23 août 1726, enjoint « aux chirurgiens de Paris d'avertir incessamment les commissaires des blessés qu'ils auraient pansés » ; par suite, elle condamne, pour y avoir contrevenu, « le chirurgien des Essarts en 50 francs d'amende ».

— I. Le Comité médical des Bouches-du-Rhône décernera en 1882 des médailles d'or, d'argent et de bronze, et des mentions honorables, aux auteurs des meilleurs travaux imprimés ou manuscrits sur une question quelconque de médecine, chirurgie ou sciences accessoires. (Le Comité verrait avec satisfaction traiter des propriétés physiologiques et de la composition chimique des plantes du genre Arum.)

II. Les mêmes récompenses seront accordées aux auteurs des meilleurs travaux manuscrits sur une question quelconque d'intérêt professionnel, médical ou pharmaceutique. (Le Comité verrait avec plaisir que l'on s'occupât de la question d'une caisse de retraite pour les médecins et les pharmaciens.)

Les mémoires seront envoyés, sous les formes académiques, au secrétaire général du Comité, rue de l'Arbre, 25, à Marseille, au plus tard le 15 mars 1882.

III. Des prix annuels sont institués par le Comité pour récompenser les médecins et les élèves des hôpitaux, qui présenteront des pièces d'anatomie pathologique ou tératologique à la commission scientifique, qui se réunit tous les troisièmes vendredis du mois.

IV. Il est ouvert un concours permanent pour les instruments de médecine et de chirurgie. Les inventeurs d'instruments nouveaux qui désirent y participer sont invités à faire parvenir au siège du Comité médical, avant le 15 mars 1882, les modèles de leurs instruments et les notes dont ils croiront devoir les accompagner.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera, le dimanche 26 juin 1881, une excursion géologique publique à Ezanville, Moisselles, Domont et Montmorency. Pour faire partie de la course il suffit de se rendre à la gare du Nord où l'on prendra, à huit heures du matin, le train pour Villiers-le-Bel. — Il est indispensable de se trouver à huit heures moins un quart devant le guichet nº 1, si l'on veut profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par la compagnie des chemins de fer du Nord.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11357.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les bons effets des traumatismes sur la nutrition des tissus.

Récamier, à qui nous devons tant d'heureuses initiatives, a, le premier, préconisé un procédé thérapeutique dont les applications deviennent de jour en jour plus nombreuses et plus importantes. Quand il a songé à guérir, par le grattage avec la curette qu'il a imaginée *ad hoc*, l'affection de la muqueuse du corps de l'utérus qui se traduit par des granulations, il n'a certainement pas cru qu'il se bornerait à enlever par le raclage un peu de ce tissu de nouvelle formation.

Il avait prévu que, sous l'influence du traumatisme qu'il allait produire, une perturbation utile ramènerait à des conditions moins anomales la vie locale et le renouvellement moléculaire. On devait provoquer ainsi un travail, non-seulement de cicatrisation sur les points cutanés, mais de réparation dans tout le voisinage.

Ces prévisions étaient exactes, et, comme nous l'avons rappelé dans une de nos Revues cliniques (1), entre les mains de M. Richet, le grattage de l'utérus avec la curette de Récamier continue à rendre de grands services dans les cas de métrorrhagies dues à des affections granuleuses ou fongueuses de cet organe.

Partant des mêmes données, Hébra a, beaucoup plus tard, généralisé cette même méthode de grattage en l'appliquant au traitement de la plupart des affections de la peau, particulièrement du lupus. Les résultats étaient satisfaisants. Il était remarquable de voir comment on arrêtait ainsi par des traumatismes superficiels la dégénérescence et la fente des tissus. A la place d'ulcérations rapidement envahissantes, on faisait naître de solides cicatrices, et la guérison était obtenue.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du samedi 10 juillet 1880.

Mais Hébra recommandait de gratter fortement, profondément, jusqu'aux parties saines. Il restait donc encore à bien mettre en lumière l'utilité des traumatismes seuls, indépendamment de toute ablation, de toute abrasion des tissus malades.

M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, y est complètement parvenu en changeant le mode des traumatismes destinés à combattre les maladies de la peau.

Au lieu de déchirer les tissus ramollis et de les arracher, comme le faisait Hébra, à l'aide d'un grattage énergique, il les scarifie en tous sens, il les traverse d'incisions aussi rapprochées que possible, d'autant plus profondes que le mal a déjà envahi plus loin. Ces petites plaies se ferment très-vite, et les cicatrices, linéaires, ne sont pas visibles. Il est donc possible de recommencer autant de fois qu'il est nécessaire pour atteindre pleinement le but. Bientôt les tissus se raffermissent, ils reprennent un aspect normal; nous avons vu des lupus traités et très-rapidement modifiés par cette méthode.

L'action propre du traumatisme n'entre-t-elle pas aussi pour une certaine part dans les bons effets du raclage tout dernièrement préconisé par M. Trélat pour la guérison des abcès froids? Il serait peut-être téméraire de l'affirmer, car M. Trélat recommande, ainsi que le voulait Hébra pour les affections de la peau, de racler jusqu'aux tissus sains. Il cherche donc, dans ces abcès, à enlever en totalité ce qu'on aurait autrefois nommé la *membrane pyogénique* dont est tapissé le foyer. Dans les tissus ainsi lacérés et qu'on aurait pu croire contus par ce raclage très-énergique, le travail de cicatrisation est remarquablement rapide.

En tout cas, c'est bien au traumatisme, à son influence avantageuse sur les tissus du voisinage, probablement sur les vaso-moteurs, certainement sur les phénomènes de nutrition, de réparation organique, de groupement moléculaire, qu'il faut attribuer l'efficacité, parfois si grande, si incontestable, de l'application du cautère actuel sous forme de pointes de feu dans les affections des parties profondes, des articulations des os.

Mais déjà ceci se rapproche de ce que notre maître Trousseau avait désigné sous le nom de *médication substitutive.*

Et en effet, quand on y réfléchit, on trouve bien peu fondamentales les différences qui séparent des traumatismes proprement dits les irritations de tout genre produites dans un but thérapeutique.

Cette question mérite une étude spéciale, que nous ferons peut-être un jour.

Sclérose en plaques disséminées cérébro-spinale, à forme insolite; amélioration très-notable produite par l'application de pointes de feu.

L'observation dont nous allons donner le résumé est doublement intéressante : d'abord au point de vue de la pathologie pure, par un ensemble symptomatique exceptionnel ; puis et surtout au point de vue de la pratique médicale, par les bons effets qu'on a obtenus de l'application de pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

La maladie dont il s'agit rentre certainement, par son aspect clinique, dans le cadre des scléroses en plaques disséminées. Mais la sclérose ne doit pas porter, dans ce cas, exclusivement sur les cordons antéro-latéraux, comme dans le type premier classique de l'unité morbide décrite sous ce nom ; les cordons postérieurs doivent être affectés, comme dans l'ataxie locomotrice. De là une de ces formes mixtes qu'il est toujours bon de décrire quand on les rencontre, car le mélange des symptômes pourrait troubler un observateur peu attentif.

Cependant les grands traits de la scléroseen plaques cérébro-spinale se retrouvent presque tous ici. Dans ce sens on doit surtout noter, comme caractéristiques : dans l'état actuel, la parésie, la rigidité, la trémulation des membres inférieurs, les accès de convulsions toniques déterminés par une excitation de la peau ou une mise en action des muscles, l'émotilité, la trémulation de la langue ; et, dans les commémoratifs, la céphalalgie, les vertiges, la diplopie, les accès épileptiformes sans perte complète de connaissance, etc.

Mais, tandis que la sclérose en plaques portant exclusivement sur les cordons moteurs ne produit pas de troubles de la sensibilité, on rencontre chez ce malade les analgésies, les hyperesthésies, les douleurs lancinantes, fulgurantes, cruciantes, les crises gastriques ou abdominales, la perte du sens musculaire, les crampes spontanées et les spasmes subits, qui appartiennent au tableau de l'ataxie locomotrice.

En outre, chez cet homme, tous les sens paraissent plus ou moins affectés, sauf celui de l'ouïe : la vue est affaiblie ; l'odorat et le goût sont complètement perdus ; l'anaphrodisie est absolue.

Traçons en peu de mots, en mettant à profit une observation fort bien prise par un élève du service, l'histoire de ce malade, âgé actuellement de quarante-trois ans, et qui est entré le 6 mars, salle Saint-Jean, n° 2, de l'hôpital Necker.

Il est né d'une mère épileptique, tel est du moins le diagnostic qui ressort de ses descriptions ; son père était goutteux, et il est mort d'une attaque d'apoplexie.

Lui-même, de haute taille, très-puissamment musclé, il était exceptionnellement fort. Il passa cinq ans en Afrique comme sous-officier de spahis, puis il se fit commissionnaire en vins, et sa santé resta parfaite jusqu'à ces dernières années.

Pourtant il lui arriva deux fois de perdre complètement connaissance sous le coup d'une violente émotion : la première fois quand mourut sa femme, la seconde fois, quelques mois plus tard, parce qu'il avait vu sa fille unique, encore toute petite, sur le point de tomber dans la rue en se penchant au dehors pour guetter son retour.

Il y a deux ans, au mois d'octobre, à la suite d'un accès de goutte qui porta sur les gros orteils et dura peu de temps, il devint sujet à des cauchemars, mais sans vomissements du matin, sans pituites, sans tremblement des mains, sans rien, en un mot, qui se rattachât à l'alcoolisme. En effet, il était d'habitudes sobres.

Au printemps de l'année dernière, souffrant des jambes, se sentant faible, perdant l'appétit, il alla passer une saison à Bourbon-les-Bains. Sa santé ne s'y rétablit pas, au contraire.

Il raconte que, dès ce moment, il commença à ressentir des élancements douloureux dans le cou-de-pied, le tibia, les cuisses, le long de la colonne vertébrale, une contracture permanente des muscles fléchisseurs du pied, une trépidation qui se manifestait principalement à l'occasion de la marche, et qui, marquée surtout dans la jambe gauche, s'étendait rapidement à toute la moitié inférieure du corps, des hallucinations fréquentes, de l'affaiblissement de la vue, de la diplopie.

Un peu plus tard, survinrent des attaques qui présentaient les caractères suivants : chute, sans perte de connaissance, contracture des quatre membres avec flexion des doigts dans la paume de la main, secousses convulsives des muscles des membres et de la nuque, le tout durant à peu près un quart d'heure. Pendant cette crise, la cécité était complète ; mais le malade entendait très-bien tout ce qu'on disait autour de lui. Après cela, il restait plus d'une heure dans l'impossibilité absolue d'articuler les mots, qui se présentaient bien d'ailleurs à sa mémoire. Ces attaques épileptiformes, parfois spontanées, souvent provoquées, ne survenaient pas habituellement d'une manière soudaine et inattendue. Elles étaient précédées d'une espèce d'*aura*, qui permettait de les prévoir. La trépidation avec contracture, qu'il était toujours très-facile de faire apparaître aux membres inférieurs par une excitation quelconque, soit de la peau sur quelqu'un des points où elle était hyperesthésiée, soit des muscles eux-mêmes, s'accentuait alors et s'étendait bientôt aux autres régions musculaires, au tronc, aux membres supérieurs et à la nuque. En même temps la vue s'obscurcissait, l'oppression se manifestait, de plus en plus forte, jusqu'au moment où se complétait la crise.

Le caractère était devenu très-impressionnable, très-irritable. Des souffrances variées et cruelles mettaient le malade à la torture.

C'étaient d'abord une céphalalgie continuelle, intense, surtout pendant la nuit, répondant douloureusement sur les côtés de la face et sur les yeux (qui étaient devenus le siége de sensations lumineuses diverses, étincelles, etc., et de complètes hallucinations) ; des crises gastriques caractérisées, comme celles de l'ataxie locomotrice classique, par une douleur extrêmement violente siégeant au niveau de l'épigastre, durant plusieurs heures et s'accompagnant de vomissements ; des douleurs fulgurantes tantôt sur quelque point des membres inférieurs, tantôt dans le dos, le long de la colonne vertébrale ; une oppression des plus pénibles, accompagnée de palpitations ; un sentiment de vertige et parfois de nausée ; sans compter l'hyperesthésie qui occupait la face, le cuir chevelu, la plus grande partie de la peau des jambes, le cou-de-pied, etc.

Vers la fin de l'année dernière, ce malade passa quarante-cinq jours à la Charité ; il n'y éprouva aucun soulagement.

Ce fut, après cela, chez lui, à ce qu'il raconte actuellement, qu'on lui fit pour la première fois des applications de pointes de feu.

Puis il entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal, où depuis lors ces applications furent renouvelées tous les huit jours.

Sous leur influence, on vit disparaître les vomissements, les vertiges, les crises épileptiformes, la céphalalgie, les douleurs faciales et oculaires. Il n'y eut plus de diplopie, plus d'hallucinations visuelles ou auditives, plus d'apparition d'étincelles, etc. La mémoire reprit de la netteté, l'impressionnabilité extrême du caractère diminua un peu, l'hyperesthésie disparut au cuir chevelu et à la face. Les crises gastriques s'amendèrent. Un phénomène nouveau, qui était apparu vers l'époque où le malade entra à l'hôpital, une contracture douloureuse des divers muscles de l'abdomen avec tympanisme, s'amende régulièrement et disparaît presque, pour quelques jours, après chaque nouvelle application de pointes de feu. Enfin la marche elle-même est un peu plus facile qu'avant l'emploi de ce moyen. Et le malade se loue d'autant plus chaudement de cette médication, qu'auparavant rien ne l'avait soulagé le moins du monde. Mais il est loin d'être guéri.

L'abolition de l'odorat et du goût est toujours complète. La contracture des extenseurs des pieds n'a pas diminué, les talons ne touchent pas à terre : la plante des pieds reste anesthésiée, et, quand le malade la pose sur le sol, il éprouve la même sensation que s'il marchait sur de la ouate. D'ailleurs, quand il s'appuie sur elle, la jambe est prise d'une trépidation qui devient de plus en plus forte à mesure que la marche se prolonge, et qui finirait par s'étendre à tout le corps s'il ne s'arrêtait pas. Il est persuadé qu'il en viendrait à une vraie crise épileptiforme s'il persistait un peu trop longtemps. Il s'aide habituellement de béquilles; mais, même avec leur secours, il ne peut se tenir debout dès qu'il ferme les yeux.

La sensibilité est répartie de la manière la plus inégale sur la surface cutanée. Sur la face antérieure des jambes, bien que l'hyperesthésie ait beaucoup diminué, elle est encore telle qu'il suffit de tirer légèrement les poils pour provoquer dans les deux membres inférieurs une violente trépidation.

Le réflexe rotulien, loin d'être aboli comme dans la plupart des cas d'ataxie locomotrice, est, au contraire, exagéré d'une façon notable. On provoque également des mouvements convulsifs avec trépidation des membres inférieurs en essayant de fléchir le pied, contrairement à ce qui s'observe le plus souvent en cas d'épilepsie spinale.

La peau des cuisses est anesthésiée presque en totalité, sauf sur la face interne. Le sens musculaire subsiste pourtant dans cette région, car une pression forte y est perçue.

Les mains tremblent un peu quand le malade est ému, mais ce tremblement ne ressemble pas à celui de la sclérose en plaques. Il ne s'exagère pas quand cet homme veut donner au mouvement une direction précise. Qu'il ait, ou non, les yeux ouverts, il atteint sans peine le point, son nez, sa bouche, par exemple, qu'on lui commande de toucher. Si l'on cherche une comparaison pour ce léger tremblement des mains, qui n'empêche nullement d'écrire, de porter aux lèvres un verre plein, etc., on le trouvera plutôt dans l'alcoolisme ; mais ici il n'est pas question d'alcoolisme.

Également comme les alcooliques, ce malade se sent plus souffrant les jours d'orage. Il est alors plus impressionnable, plus irritable, plus tremblant, et se sent souvent la poitrine comme serrée. Une émotion vive ou la fatigue de questions longtemps prolongées produit des résultats semblables.

Des plaques et des pointillés rouges, tenant à des troubles des nerfs vaso-moteurs, se voient sur les régions hypothénar et sur divers autres points du corps. La peau est toujours sudorale, particulièrement aux jambes.

Depuis peu de temps on s'est aperçu, en faisant tirer la langue, qu'elle était agitée d'une trémulation légère.

L'inappétence est absolue; le dégoût pour la viande et les aliments gras ne permet pas une alimentation réconfortante, et cependant la figure garde un bon aspect.

Tel est l'état actuel, que cet homme considère, par comparaison, comme très-tolérable.

Ascite idiopathique sans lésion d'organe chez une jeune fille.

A propos d'une observation de même nature résumée dans la *Gazette des hôpitaux* du 21 mai dernier, M. le docteur Lemoine (de Saint-Brieuc), nous adresse la relation sommaire d'un fait d'ascite idiopathique intéressant à enregistrer.

Voici cette relation écrite d'après des souvenirs de quinze ans :

« Il s'agit d'une fille de vingt ans, Marie R..... de petite taille, assez maigre, intelligente et énergique, habitant la campagne et se livrant quelquefois à de fatigants travaux d'agriculture. Cette fille, aujourd'hui mariée, avait vu son ventre grossir peu à peu sans cause appréciable. Les fonctions digestives se troublèrent, et, quand je l'examinai, il existait un peu de gêne dans la respiration.

« Ce développement abdominal avait donné lieu à des observations peu bienveillantes, les caquets de village allaient leur train. On employa les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, mais absolument sans succès.

« Après m'être assuré de l'intégrité des organes thoraciques, de l'absence d'œdème des jambes et de réaction anomale de l'urine, je proposai la ponction, qui fut acceptée.

« L'opération, pratiquée à l'aide d'un trocart de petit calibre, donna issue à plus de 20 litres de sérosité claire, non filante, avec une très-légère nuance citrine.

« La disparition de cette masse liquide me permit d'explorer avec soin les organes du bas-ventre dans lesquels je ne trouvai rien d'anomal.

« D'ailleurs, les suites de l'opération furent très-heureuses. L'opérée resta plusieurs semaines au repos complet, se nourrissant surtout de lait de très-bonne qualité.

« Depuis quinze ans, il n'est survenu aucune rechute; la santé générale s'est maintenue très-bonne; et, comme je l'ai dit, Marie R...., que j'ai perdue de vue, s'est mariée il y a quelque temps. »

DES IMPRESSIONS VITALES QUI SURVIVENT A L'AMPUTATION D'UN MEMBRE.

Par le docteur Rames (d'Aurillac).

Le nommé B... est un jeune soldat de vingt-un ans qui, en faisant du gymnase, s'est laissé tomber. Des accidents sont survenus, et finalement ce malade a dû subir une amputation sus-malléolaire pour une carie des os du pied.

Cette opération a été pratiquée le 24 février 1881 par le docteur Bois, dans le service de chirurgie de l'hospice d'Aurillac. Le malade, horriblement énervé déjà avant l'opération, est dans une grande agitation, lorsque nous l'interrogeons pour la première fois; il éprouve de vives douleurs, nous dit-il, et n'a aucune sensation spécialisée.

Le 25, les douleurs sont moins vives; mais il ne perçoit rien encore.

Le 26, un grand apaisement s'est produit. Le malade, par moments, a comme conscience du pied qui lui a été enlevé.

Le 28, premier pansement; le malade souffre davantage et n'éprouve que de vives douleurs.

Du 2 au 6 mars, le jeune homme ressent, toutes les dix minutes environ, et cela sans qu'aucun contact nouveau vienne s'exercer sur le moignon, des élancements très-vifs dans la jambe. Ces élancements correspondent aux orteils et surtout à la partie interne de la malléole interne, endroit le plus douloureux avant l'opération. Ces sensations douloureuses sont accompagnées de soubresauts dans la jambe et dans le pied.

Du 7 au 9, les sensations, de beaucoup moins fréquentes, ont perdu de leur acuité. Un léger élancement se produisant, le malade a parfaitement conscience de mouvements réguliers se passant dans les orteils, absolument comme quand on remue les doigts de la main.

12 mars, les douleurs sont à peu près apaisées, et la perception de mouvement n'existe plus.

14 mars, la sensation qu'il éprouve est celle de constriction au niveau du moignon.

16 mars, la perception de mouvements, qui se passeraient dans les deux derniers orteils, lui arrive encore, mais de loin en loin, etc.

Le nommé C..., âgé de vingt-cinq ans, a pareillement été amputé de l'avant-bras droit dans le courant de novembre 1880 pour une tumeur blanche du poignet.

Interrogé par nous le 7 mars 1881, il nous raconte qu'après l'amputation il a ressenti des douleurs qui correspondaient à la main malade et qui s'accompagnaient de soubresauts dans cette même région. Ces élancements se produisaient surtout à son réveil. La durée de ces phénomènes a été d'une douzaine de jours environ. Aujourd'hui encore, quand il s'éveille, il lui semble parfois qu'il a sa main et que ses doigts sont comme endormis. Quant à des mouvements réguliers exécutés par les doigts de la main, il ne se rappelle pas s'il en a eu le sentiment dans le temps, mais aujourd'hui cela n'a pas lieu.

Des faits qui précèdent nous ne retiendrons que ceci : c'est que l'ablation d'un membre laisse survivre dans les centres nerveux la conscience non-seulement de sensations localisées, mais des mouvements correspondants, ou, mieux, inhérents à ces sensations.

« Il me semble sentir remuer mes doigts du pied comme je remue les doigts de la main, » me disait le jeune soldat amputé, garçon très-intelligent.

Cette constatation faite, pareille centralisation reconnue, comment pouvoir s'en rendre compte avec l'hypothèse de deux courants nerveux de direction opposée, l'un sensitif centripète, l'autre moteur centrifuge? Évidemment deux actions qui marchent au rebours l'une de l'autre n'ont guère de chance de se rencontrer, à plus forte raison de s'associer et de durer. Au contraire, en voyant dans le nerf moteur la continuation du muscle, c'est-à-dire d'un appareil qui prépare et emmagasine du mouvement, et dans l'extrémité centrale de ce nerf moteur un noyau nerveux qui n'attend que l'occasion d'un ébranlement survenu dans un noyau voisin, l'extrémité centrale d'un nerf sensitif, pour fusionner sur ce point de réunion deux effets d'ordre différent, tout devient naturel et rentre dans le cadre des choses acquises. L'on pressent même que de la combinaison de ces deux éléments doive résulter un ensemble qui participera de l'essence des deux et qui pourra en retenir l'empreinte.

L'activité musculaire dans ses manifestations n'a rien qui aille à l'encontre de cette interprétation. Dans la vie tout est mouvement, et une contraction musculaire n'en est qu'un des modes. Les expériences physiologiques sont autant dans le sens que nous indiquons que dans celui généralement admis.

L'idée que l'on doit se faire du fonctionnement du système nerveux s'en dégage même et apporte comme une dernière sanction. Qu'on en juge plutôt. L'élément anatomique nerf, le dernier venu, est un élément de perfectionnement, si l'on s'en rapporte à la théorie d'une évolution progressive; son activité, partant, doit être considérée comme se surajoutant à celle des autres individualités anatomiques. Adoptant cet ordre de vues, on ne doit donc pas dire que le grand sympathique, par exemple, préside aux fonctions organiques, des fonctions organiques pouvant s'accomplir en dehors de toute influence nerveuse reconnue, comme on le voit dans le règne végétal et aussi au début de l'animalité, mais plutôt qu'il en régularise le jeu en faisant succéder son action à la leur et en prélevant sur elles la part nécessaire à son travail. A quoi pareil emprunt peut-il être utilisé ? Sans nul doute à faire de l'action nerveuse, car l'élément nerf ne saurait se soustraire à la loi imposée aux autres individualités anatomiques, qui toutes agissent suivant leur génie. Ainsi se constitue un fonds spécialisé qui vivifie la colonne centrale de l'axe spino-cérébral; ainsi s'établit un capital nerveux, une base où les appareils de sensibilité et de mouvement viennent fusionner leurs apports, concours d'où résulte, au point de vue d'un organisme considéré dans son entier, le cachet d'un type individuel, au point de vue du détail de la vie, la direction imprimée à chacun de ses actes.

Comprendre de cette façon le fonctionnement du système nerveux, c'est voir dans ses centres un véritable répertoire où viennent s'inscrire et se catégoriser les différents motifs de toute une vie, la sensation donnant le branle, la contraction musculaire l'imprimant en quelque sorte. Rien de plus rationnel dès lors qu'à l'amputation d'un membre survive comme le reflet d'une existence toute locale, sensations et mouvements associés, et que petit à petit ce souvenir finisse par s'effacer.

Sans vouloir apporter à l'appui de notre dire bien d'autres faits, bornons-nous à ajouter que, même sur le terrain de l'intelligence, la contraction musculaire (écriture ou parole) aide à graver plus au vif l'impression perçue.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des taches de la cornée. — On introduit chaque jour entre les paupières, gros comme un grain de blé de la pommade, suivante :

Vaseline	5 grammes.
Bioxyde jaune	25 centigr.

Mêlez.

On instille immédiatement après quelques gouttes du collyre suivant :

Eau distillée	10 grammes.
Sulfate d'atropine	05 centigr.

Mêlez.

Pendant un quart d'heure le malade conservera sur les paupières une compresse imbibée d'une infusion de camomille chaude. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Lotions contre l'urticaire. — M. le docteur Labbé emploie avec succès contre l'urticaire des lotions avec une solution de sublimé ainsi formulée :

Eau distillée	125 grammes.
Bichlorure de mercure	1 —
Alcool	Q. S.

(*Journal de thérapeutique.*)

De la johanaséine comme purgatif. — La johanesia est le fruit d'une plante phanérogame, dicotylédone, de la famille des euphorbiacées, nommée johanesia princeps. Le fruit porte le nom de Anda-assu ou coco-purgatif, il renferme 50 amandes, pèse environ 350 grammes. On en retire une huile fine, claire, un peu rougeâtre, sans arome, de saveur d'abord un peu nauséabonde, mais bientôt sucrée. On en extrait la johanaséine.

Des études faites sur les propriétés physiologiques de cette huile

par MM. les docteurs Juan Manuel de Castro et Torres Homem, professeur de clinique interne à Rio de Janeiro, il résulte que : administrée à la dose de 10 grammes en une seule fois, elle ne provoque aucun vomissement, et son action purgative se produit deux ou trois heures après son ingestion. Elle donne lieu à trois ou quatre évacuations alvines, sans aucun symptôme d'irritation intestinale. Elle remplit les mêmes indications que l'huile de ricin, produit des effets analogues à moindre dose et n'a pas l'odeur répugnante de celle-ci. Enfin on l'emploie comme purgatif léger à la dose de 10 grammes, tandis qu'à dose plus forte la johanaséine est un médicament drastique. (*Paris médical.*)

Émulsion d'huile de ricin. — La préparation suivante, administrée à la dose de 30 grammes, est un purgatif agréable et efficace.

Huile de ricin.	340	grammes.
Glycérine pure	60	—
Sirop simple	90	—
Essence de cannelle	5	gouttes.
Essence de menthe.	2	grammes.
Eau de menthe	12	—

Mêlez. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Nouvel appareil inamovible. — M. le docteur Grenadin entoure les parties de ouate recouverte d'une bande de toile roulée, puis d'une bande de gaze. On met le membre dans la position voulue, et, avec un pinceau, on étend une couche du vernis suivant :

Alcool.	200	grammes.
Gomme laque.	100	—

Ce vernis, très-propre, très-mince et très-léger, sèche en deux jours et fait un appareil bien résistant. (*Paris médical.*)

Traitement médical des hémorrhoïdes. — Matin et soir, on applique localement, après chaque évacuation alvine et après avoir bien lavé préalablement avec de l'eau froide ou chaude, le mélange suivant :

Iodoforme en poudre très-fine. . . .	4	grammes.
Poudre d'opium	75	centigr.
Vaseline.	30	—

Mêlez.

On peut ajouter au mélange 4 grammes de tannin pour atténuer l'odeur de l'iodoforme. De plus on entretiendra la liberté du ventre à l'aide de la formule suivante :

Sulfate de magnésie.	15	grammes.
Carbonate de magnésie	15	—
Soufre précipité.	15	—
Sucre de lait.	15	—
Poudre d'anis.	8	—

Mêlez.

Dose : une ou deux cuillerées à café de cette poudre, le soir, au moment de se coucher. (*Revue de thérapeutique.*)

Solution contre la couperose. — Faire disparaître d'abord les pustules à l'aide de lotions pratiquées avec un mélange de soufre, d'alcool camphré et d'eau, puis appliquer sur le visage, matin et soir, pendant dix minutes des compresses trempées dans la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque. . . .	10	grammes.
Eau distillée	200	—

(*Journ. des connaiss. méd.*)

Traitement de la névralgie sciatique. — Dans les névralgies sciatiques récentes, M. le professeur Hardy commence le traitement par l'application de trois ou quatre ventouses scarifiées sur le trajet du nerf. Celles-ci parviennent le plus souvent à calmer la douleur et à rendre le sommeil au malade, et sans qu'il soit nécessaire, dans un certain nombre de cas, de poursuivre la médication par d'autres moyens que les injections hypodermiques. Lorsque cette petite émission sanguine n'a pas suffisamment amélioré la situation, il a recours alors aux vésicatoires, aux cautérisations ignées, et, si le malade n'a pas recouvré le sommeil, il ordonne chaque soir une pilule d'opium de 25 milligrammes.

Traitement des fièvres intermittentes rebelles. — Aux malades atteints de fièvre intermittente rebelle et de longue date, dont les accès reviennent de temps à autre par séries, tels par exemple que les soldats qui ont vécu un certain temps en Afrique, M. le professeur Hardy prescrit non-seulement le sulfate de quinine continué pendant un certain temps, mais encore il associe à ce médicament l'usage du vin de quinquina, et, mieux encore, de la poudre de quinquina à la dose de 8 grammes par jour. De plus, il ordonne les douches froides en jet sur la région splénique pour combattre l'engorgement et l'augmentation de volume de la rate. Puis, lorsqu'il a obtenu ainsi la sédation des accès, il a recours à la solution arsenicale de Boudin, à la dose de deux cuillerées à bouche par jour.

Il est rare que cette médication, continuée avec persévérance pendant un assez long temps, ne parvienne pas à faire disparaître toute trace d'impaludisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Pseudo-hernie musculaire. — M. FARABEUF rapporte deux nouveaux faits de pseudo-hernie musculaire qui lui ont été communiqués, l'un par M. Nicaise, l'autre par M. Join. Ces deux cas présentent beaucoup d'analogie avec celui qu'a présenté M. Bousquet et à l'occasion duquel M. Farabeuf a fait un rapport. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 18 juin 1881.)

Grenouillette. — M. VERNEUIL donne de nouveaux détails sur le malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il conclut en disant qu'il n'y a que deux moyens de guérir les grenouillettes : i faut créer une fistule, ou détruire l'épithélium de la cavité.

M. DESPRÈS fait remarquer qu'il y a là une contradiction ; en effet, dit-il, s'il y a ectasie du canal de Warthon, ou vous ne détruisez rien, ou vous touchez le canal de Warthon. M. Desprès maintient que le séton est préférable à toute autre méthode.

M. TRÉLAT dit que la méthode de l'injection iodée est surtout favorable dans la grenouillette en bissac.

M. FORGET fait observer qu'il y a plusieurs variétés et que les indications varient suivant ces variétés. Il en est pour lesquelles il n'y a d'autre moyen que de recourir à l'autoplastie buccale, telle que la pratiquait Robert.

M. ANGER. La méthode que j'ai préconisée, c'est-à-dire l'injection de chlorure de zinc faite dans la poche sans la vider, n'est pas susceptible de guérir toutes les grenouillettes.

En 1876, une jeune fille se présenta à moi avec une tumeur de la région sublinguale faisant une saillie considérable du côté gauche, contenant manifestement du liquide, mais à parois épaissies et sans transparence. Une première injection de chlorure de zinc resta sans résultat ; l'ouverture, faite d'abord avec la pâte de Canquoin, puis avec la potasse caustique, fut suivie de récidive. Je fis alors la résection partielle de la tumeur avec le bistouri et je liai avec un fil les bords de l'incision ; j'enlevai ainsi une partie de la poche, et je pus m'assurer qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde développé au niveau de la glande sublinguale. Il n'y avait donc pas autre chose à faire qu'une large incision permettant de faire communiquer la poche avec l'extérieur. Il faut, en effet, dans ces cas, ouvrir largement et faire cicatriser les bords isolément.

M. VERNEUIL. Dans ce cas de M. Anger, c'étaient ses premières opérations qui avaient créé les difficultés qu'il a rencontrées, car

l'ablation du kyste dermoïde est extrêmement facile, ces kystes n'ayant qu'une seule adhérence au niveau du tubercule géni. L'énucléation se fait avec le doigt. M. Verneuil a eu l'occasion d'opérer trois kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

M. DESPRÈS a opéré un seul kyste dermoïde du plancher de la bouche. Ces opérations sont des plus simples. Au moment où il a communiqué ce fait, il n'y en avait que onze cas dans la science.

M. ANGER. Le kyste que j'ai opéré était situé tout à fait en arrière, sur la base de la langue, au voisinage de l'un des côtés du larynx. En ce point, la dissection est toujours difficile.

M. DUPLAY. Il ne faut pas confondre les grenouillettes avec les kystes dermoïdes. Ces deux affections diffèrent totalement tant au point de vue de l'anatomie pathologique qu'au point de vue du traitement. Pour les kystes dermoïdes, il n'y a qu'un seul traitement, l'extirpation. J'ai eu l'occasion d'en opérer deux cas, et je n'ai pas rencontré la moindre difficulté.

M. TILLAUX ne croit pas, comme M. Verneuil, que le siège de la grenouillette sus-hyoïdienne soit le canal de Warthon. Ce canal est très-difficilement dilatable. Il faudrait des autopsies pour éclairer ce petit point de pathogénie des grenouillettes.

Polype naso-pharyngien. — M. DELENS fait un rapport sur une observation présentée par le docteur Linon, dans laquelle il s'agit d'un polype naso-pharyngien, de nature myxomateuse, traité avec succès par l'écrasement linéaire seul, sans opération préliminaire. Il s'agit d'un jeune soldat qui, depuis longtemps, avait de la dyspnée et la voix nasonnée. Les amygdales, qui étaient énormes, ayant été enlevées, voici comment il fut procédé à l'ablation du polype naso-pharyngien. Le malade étant assis, la saillie pharyngienne du polype fut fortement fixée au moyen d'un fil sortant par la bouche. Un second fil, ayant été passé par le nez à l'aide de la sonde de Belloc, permit de faire ressortir par la narine les deux bouts d'une chaîne d'écraseur dont l'anse était dans la bouche. Le polype étant ainsi sectionné à l'aide de l'écraseur introduit par la fosse nasale, le fil, préablement fixé dans la bouche, sur la saillie pharyngienne, permit d'extraire la tumeur en le faisant passer par la cavité buccale.

Bien que cette tumeur fût d'un volume assez considérable, il 'y eut pas d'hémorrhagie. L'examen histologique, fait par M. Keiser, montra qu'il s'agissait d'un polype muqueux des fosses nasales en voie de dégénérescence myxomateuse. Sept mois après l'opération, il n'y avait aucune menace de reproduction.

Le procédé proposé par M. Linon permet de supprimer toute opération préliminaire.

Dans l'avenir, ces polypes muqueux naso-pharygiens ne devront plus être une cause d'exemption de service militaire, puisqu'ils sont opérables par les voies naturelles.

Anomalie congénitale. — M. LANNELONGUE communique une observation d'anomalie congénitale singulière. Il s'agit d'un monstre exencéphalien qui présente en même temps deux becs-de lièvre: du côté gauche, la division congénitale est verticale, un peu plus en dehors qu'habituellement, et remonte jusqu'aux paupières, qui sont toutes les deux affectées de coloboma; les os sont divisés. A droite, la division part de la commissure labiale, remonte en haut, vers l'angle de l'œil; les deux paupières sont également affectées de coloboma. Cette division ne comprend que les parties molles; le squelette, de ce côté, est absolument indemne. En outre, de ce même côté, il existe un véritable ligament partant de la dure-mère, s'engageant dans la division et venant s'implanter à l'os malaire. Ce ligament contracte des adhérences très-intimes avec la cornée. Quelle est l'origine de ce ligament? Cet enfant a vécu six jours.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a observé un fait analogue l'année dernière. Le fœtus présentait également un ligament adhérent à la cornée. M. Lucas présentera l'observation et la photographie qui l'accompagne dans la prochaine séance. Ces faits sont très-rares.

M. POLAILLON a communiqué, il y a quatre ans, un fait à peu près semblable. Il s'agissait d'un enfant monstrueux, sans boîte crânienne. Du centre de chacune des cornées partaient deux tractus cutanés venant se rendre vers la partie interne du nez. Il y avait également un bec-de-lièvre compliqué. Ayant recherché l'origine de ces tractus symétriques, M. Polaillon est arrivé à reconnaître qu'ils étaient la conséquence d'un arrêt de développement dans le mode de formation de l'œil, arrêt de développement très-précoce dans la vie embryonnaire.

M. POZZI fait observer qu'il y a, dans le cas présenté par M. Lannelongue, une connexité évidente entre le bec-de-lièvre latéral et le vice de conformation de l'œil. C'est là, selon lui, la conséquence d'un manque d'oblitération de la fente qui sépare le bourgeon médian supérieur des deux bourgeons latéraux et inférieurs.

Calcul uréthral chez un enfant de deux ans. — M. LANNELONGUE. Un enfant de deux ans est amené à l'hôpital, n'ayant pas uriné depuis deux jours et ayant la verge et le scrotum infiltrés. Le cathétérisme, fait par une incision du canal, le méat urinaire n'ayant pu être découvert, donne la sensation d'un corps étranger un peu dur dans la portion spongieuse du canal, vers la racine de la verge. M. Lannelongue, ayant introduit une curette à levier de Leroy d'Étiolles, retire en effet un petit calcul. L'enfant a très-bien guéri. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est qu'il n'est rien résulté de fâcheux de l'infiltration d'urine.

M. MARC SÉE. Ces faits sont très-rares. Ces calculs sont constitués de deux parties : l'une, centrale, formée d'acide urique; l'autre, corticale. Ils se forment dans les reins et arrivent secondairement dans la vessie, puis dans le canal de l'urèthre. Ils sont habituellement d'origine congénitale.

Transformation des abcès en kystes séreux. — M. LE-DENTU, il y a dix-huit mois, reçut à l'hôpital un homme portant des tumeurs multiples qu'il reconnut pour des abcès froids. Une ponction exploratrice ne donna issue qu'à un liquide séreux. Plusieurs de ces tumeurs, s'étant plus tard ouvertes spontanément, donnèrent cependant du pus parfaitement caractérisé. Chez cet homme, les poumons furent pris; il y eut un pneumo-thorax, puis une pleurésie qui entraîna la mort. A l'autopsie, on trouva sur la troisième côte, au niveau de la fosse sus-épineuse, une tumeur, une poche ayant des connexions évidentes avec le squelette, c'est-à-dire avec la neuvième côte. Il s'était fait là une ostéo-périostite ayant abouti à un abcès qui lui-même s'était transformé en un kyste séreux.

M. NICAISE a opéré sur un jeune homme une tumeur à la partie supérieure du cou, molle, fluctuante dans sa profondeur. Une première ponction donna issue à un liquide séreux, visqueux, citrin et transparent. Ce liquide se reproduisit très-rapidement; on fit une incision qui permit d'entraîner une première portion lipomateuse; derrière cette portion se trouvait une poche dont l'incision fit sortir un liquide séreux, transparent et jaunâtre; c'était du pus visqueux, contenant très-peu de globules blancs. Cette poche était intimement adhérente à la face externe de la côte. C'était un abcès extra ou sus-périostique; l'os lui-même n'était pas malade. Contrairement à M. Lannelongue, M. Nicaise pense que ces sortes d'abcès peuvent être séreux dès le début.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1881.

236. M. Josso. Traitement des décollements rétiniens par la pilocarpine. — 237. M. SIRUGUE. De l'eczéma impétigineux de la tête et de ses complications. — 238. M. MOIROUD. Recherches cliniques sur l'érysipèle médical, deutéropathique ou intercurrent. — 239. M. CAVASSE. Contribution à l'étude de la lèpre aux Antilles et dans le Levant. — 240. M. NICOLAS. Essai sur la néphrite cantharidienne. — 241. M. LOCHARD. Étude sur les positions occipito-postérieures. — 242. M. HURSTEL. Causes d'insalubrité des industries qui travaillent le

plomb ; moyen d'y remédier. — 243. M. Betaillouloux. De l'irrigation continue en chirurgie. — 244. M. Dupeyron. Considérations sur les fractures de l'astragale par écrasement. — 245. M. Boy. Essai sur l'asphyxie locale des extrémités, spécialement au point de vue du traitement par le sulfate de quinine. — 246. M. Janvier. Phthisie pulmonaire ; causes ; traitement préventif. — 247. M. Biéchy. De l'aconit et de l'aconitine au point de vue de la toxicologie. — 248. M. Blanc. Traitement de la fièvre typhoïde. — 249. M. Basin. Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et la thérapeutique du lupus tuberculeux. — 250. M. Munot. Contribution à l'étude de l'élimination de l'urée dans la phthisie pulmonaire. — 251. M. Interriano. Contribution à l'étude du glaucome hémorrhagique. — 252. M. Lecomte. Des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde. — 253. M. Chabry. De la syphilis utérine secondaire. — 254. M. Galisson. Essai critique sur le rhumatisme dit hémorrhagique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une consultation pour les malades du dehors vient d'être établie à l'hospice de la Salpêtrière. Le service s'en fera désormais ainsi qu'il suit :

Médecine. — MM. les docteurs : Charcot, le mardi à neuf heures et demie ; Luys, le mercredi à neuf heures et demie ; Moreau, le lundi à neuf heures et demie ; Voisin (Auguste,) le vendredi à neuf heures et demie ; Legrand-du-Saulle, le samedi à neuf heures et demie.

Chirurgie. — M. le docteur Terrier, le jeudi à neuf heures et demie.

La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales.

— Nous apprenons avec le plus vif regret l'attentat dont M. le docteur Marchant, directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), vient d'être victime. Notre savant confrère a succombé dans les quarante-huit heures aux suites de la blessure par arme à feu, — coup de revolver, — qui lui a été faite, dimanche dernier, pendant la visite du matin, par un des pensionnaires de l'asile.

— Par arrêté en date du 23 juin, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence ès sciences et ès lettres, qui devait avoir lieu le 18 juillet 1881, est fixée au samedi 16 juillet.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours pour une place de deuxième élève interne à l'hôpital Saint-Jean s'ouvrira le 20 juillet prochain. Le concours comprend une épreuve d'anatomie des organes génito-urinaires, une épreuve de pathologie des maladies vénériennes et une épreuve de petite chirurgie.

Le deuxième élève interne reçoit un traitement de 250 francs ; il passe de droit premier élève interne aux appointements de 500 francs, un an après son admission comme deuxième élève interne. Les inscriptions seront reçues à la mairie de Bordeaux jusqu'au 16 juillet.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation à l'Isle-Adam, le dimanche 26 juin 1881. Le rendez-vous est à la gare du Nord, où l'on prendra le train de huit heures quarante-cinq minutes du matin.

— M. Hébert, professeur de géologie, fera, dimanche prochain 26 juin 1881, une excursion géologique à Étampes. On se réunira à la gare d'Orléans, à six heures trois quarts du matin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11363.

N° 74. — MARDI 28 JUIN 1881. 54e ANNÉE. MARDI 28 JUIN 1881. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



HOPITAL DES ENFANTS ASSISTÉS.

De la syphilis dentaire chez les enfants.

I

Les lésions syphilitiques des dents sont de celles qui persistent le mieux pendant toute la vie. Pour qu'elles soient bien comprises, il est nécessaire de connaître avant tout ce qu'est la dent à l'état normal et l'évolution d'une dentition régulière, c'est-à-dire certaines notions anatomiques et physiologiques absolument indispensables.

Qu'est-ce donc que la dent? La dent est un organe spécial, sans analogie dans l'anatomie; elle est comparable, seulement en partie, aux poils, aux ongles et aux os avec lesquels elle n'offre que des rapprochements éloignés.

La dent appartient au système tégumentaire, c'est une phanère, comme l'a appelée de Blainville en 1822, qui se rapproche ainsi des poils et des ongles, qui se rapproche encore des os par sa composition chimique.

Dans la description de la dent de l'adulte, et c'est sur celle-là que l'étude doit être faite, quatre parties sont à considérer : la couronne, le collet, la racine et la cavité intérieure.

La couronne ne comprend pas seulement le plateau de la dent, mais encore toute sa partie apparente au-dessus de la gencive. Elle est blanche, éclatante et très-dure; elle fait feu sous le briquet, elle est à peu près inattaquable même à une lime puissante.

Le collet est cette portion de la dent qui sépare la couronne de la racine; il est toujours recouvert par la gencive. Il a 1 ou 2 millimètres de hauteur; il est limité par un sillon à concavité supérieure. La partie qui le constitue est dépourvue d'émail, elle est facilement atteinte par les sucs de la cavité buccale.

La racine est la partie cachée de la dent, qui s'étend du collet au fond de l'alvéole; elle est simple (canines et incisives); elle est multiple (deux ou trois racines) pour les dents molaires. C'est la portion de la dent qui est en rapport avec l'alvéole, tandis que le collet est en rapport avec la gencive.

La cavité intérieure d'une dent occupe la racine et une grande partie de la couronne, c'est-à-dire toute la dent, sauf la partie supérieure qui constitue le plateau. Dans les dents de la première dentition, la cavité correspond entièrement à la couronne, car il n'existe pas de racine. La cavité intérieure est remplie par une substance molle, que l'on appelle la pulpe dentaire, substance abondante chez l'enfant, et qui s'atrophie peu à peu avec les années, pour disparaître presque complètement chez le vieillard. Cette pulpe dentaire a donc son maximum de développement chez l'enfant.

A l'extrémité inférieure de la racine il existe un petit orifice qui met en communication la pulpe dentaire avec l'alvéole.

Toute dent est essentiellement constituée par trois parties : l'ivoire, l'émail et le cément :

1° La masse générale est formée par l'ivoire ou dentine, qui, dans une certaine partie de la dent, la couronne, est recouverte par l'émail, tandis que le collet n'est recouvert que par la gencive, et la racine par le cément.

L'ivoire est une substance solide, dure, qui a quelques rapports avec le tissu osseux, substance transparente, non homogène, mais creusée par des canalicules très-nombreux, qui partent de la cavité dentaire et rayonnent vers la périphérie en se bifurquant ou se trifurquant. De ces petits canaux partent encore des canalicules secondaires qui s'entre-croisent et forment à la périphérie de la dent un réseau dense très-serré.

Cet ivoire est doué d'une sensibilité spéciale, car la dent n'est pas seulement un organe de mastication, mais encore, chez un certain nombre d'animaux, un instrument de défense.

Chez l'homme, c'est un organe de mastication et de tact, et sa sensibilité est due à de petites fibrilles, probablement nerveuses, que l'on aperçoit dans les canalicules dentaires.

2° L'émail est la partie blanche de la dent qui recouvre l'ivoire de la couronne. Il est surtout constitué par des sortes de fibres à cinq ou six pans perpendiculairement implantés sur la dentine. De plus, on trouve sur l'émail une membrane très-mince, très-ténue, très-résistante, que l'on appelle la cuticule. Elle est d'une très-grande importance, car, chez les sujets atteints de syphilis dentaire héréditaire, c'est elle qui disparaît. C'est à sa présence que les dents doivent de n'être pas altérées par les sucs buccaux.

Les uns considèrent cette membrane comme le sac du

follicule dentaire persistant qui se serait appliqué sur l'émail. D'autres, comme Huxley, la regardent comme la membrane préformatrice de la dent. Ces deux opinions ne sont pas généralement admises, et la seule qui soit aujourd'hui acceptée appartient à Charles Thomes. L'auteur anglais a remarqué que, sur les dents érodées, alors que l'émail a perdu sa surface lisse, éclatante et nacrée, et qu'il est fissuré, il a remarqué, dis-je, que l'on trouvait dans le fond des fissures des lamelles de cette cuticule, de petites cellules semblables à celles du cément. Il en a conclu que l'on se trouvait là sur les limites qui séparent l'état physiologique de l'état pathologique, et que cette membrane était un rudiment du cément qui recouvre la couronne des dents des animaux ruminants.

3° Le cément est la partie qui recouvre la racine chez l'homme et toute la dent chez les herbivores. C'est une sorte d'os formé, comme le tissu osseux, d'ostéoblastes et de matières calcaires.

Telles sont les trois parties essentielles de la dent, laquelle est pourvue d'une cavité intérieure qui contient ce que l'on appelle la pulpe dentaire.

Cette pulpe est une masse molle, formée par des fibres de tissu conjonctif, des cellules étoilées, des noyaux, une matière amorphe, des vaisseaux et des nerfs en assez grande quantité. De là sa sensibilité excessive. A sa surface on observe de nombreuses cellules, dirigées perpendiculairement, qui envoient, du côté de l'ivoire et des canalicules, de petits prolongements nerveux ou tout au moins en rapport avec les éléments nerveux et qui donnent à l'ivoire son exquise sensibilité.

La pulpe est donc un organe essentiellement nerveux; c'est une émanation du bulbe dentaire, qui, étranglée à l'orifice inférieur de la dent, s'élève peu à peu et s'atrophie de plus en plus au fur et à mesure que l'homme avance en âge.

Les dents sont enchâssées dans les alvéoles du maxillaire, cavités osseuses qui se creusent selon les besoins de la dent; le maxillaire étant fait pour les dents qu'il contient et non les dents pour le maxillaire. Les alvéoles se moulent sur les racines dentaires; ils sont revêtus d'un périoste particulier constitué par du tissu conjonctif, sans fibres élastiques, par des vaisseaux et par des nerfs.

Par le tableau que nous donnons ici de la composition chimique des dents :

Composition chimique.	Ivoire.	Émail.	Os.
Substances organiques.	27,61	3,39	33,30
Phosphate de chaux.	66,72	89,82	51,04
Carbonate de chaux.	3,36	4,37	11,30
Phosphate de magnésie	1,08	1,34	1,16
Sels solubles.	0,83	0,88	3,20

comparée à celle des os, on voit que la matière organique est moindre dans l'ivoire et surtout dans l'émail que dans l'os; par contre, le phosphate de chaux est beaucoup plus abondant dans les deux premiers que dans le tissu osseux; enfin c'est dans ce dernier que le carbonate de chaux est en quantité plus considérable.

Les dents, chez l'homme adulte, sont, comme vous le savez, au nombre de trente-deux, mais présentant des formes différentes sur le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur, différentes aussi d'après l'époque de leur évolution et de leur apparition. Elles se composent à chaque mâchoire, et je passe rapidement sur ces détails que je me borne seulement à rappeler :

1° De 4 incisives, 2 médianes, 2 latérales;

2° De 4 prémolaires, 2 de chaque côté, qui, appartenant à la première dentition, se renouvellent;

3° De 6 molaires proprement dites, dont la dernière s'appelle encore la dent de sagesse;

4° Enfin de 2 canines.

Les dents ont été réparties, d'après l'époque de leur apparition, en dents de première et dents de deuxième dentition ou dents permanentes. Mais cette division n'est pas scientifique, et je lui préfère la classification de M. Magitot, qui divise l'ordre d'évolution du système dentaire en cinq périodes d'éruption, qui sont :

Première période : 20 dents temporaires, du sixième au trente-deuxième mois après la naissance;

Deuxième période : 4 premières molaires avant la chute d'aucune dent temporaire, de la cinquième à la sixième année;

Troisième période : chute des 20 dents temporaires et leur remplacement par 20 dents permanentes, de la septième à la douzième année;

Quatrième période : 4 secondes molaires, de la douzième à la treizième année;

Cinquième période : 4 dernières molaires ou dents de sagesse, de dix-huit à vingt-cinq ans.

Les exceptions à la règle qui préside à l'ordre d'évolution du système dentaire sont assez rares; cependant nous devons les indiquer. C'est ainsi que quelques enfants sont nés avec des dents. Mais, je le répète, le fait est tellement rare que, dans l'espace de vingt années, de 1848 à 1868, sur une statistique de 17,578 naissances à la Maternité, M. Tarnier a relevé le fait de trois enfants seulement qui avaient une ou plusieurs dents au moment de la naissance.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Section des orteils avec arrachement des tendons extenseurs et fléchisseurs. — II. Carcinome du sein, récidive. — III. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

I. J'ai été appelé en ville par un de mes confrères pour un ouvrier qui venait d'être victime d'un accident tellement rare dans ses effets que c'est la première fois que je vois pareil traumatisme du pied. Il s'agit d'une machine à compression qui serait tombée de telle façon qu'il s'est produit à la fois écrasement et section par arrachement des quatre premiers orteils. La section s'est faite circulairement laissant absolument indemne le cinquième orteil.

Pour que pareil accident ait pu avoir lieu, il faut qu'il y ait eu, au moment où la machine frappait le pied, une sorte de recul violent et instantané du pied cherchant à échapper au traumatisme.

A la main, pareille lésion est moins rare; c'est ainsi, par exemple, qu'un menuisier, cherchant à retenir avec le pouce une porte qui lui échappe, peut avoir ce doigt coupé net avec arrachement du tendon qui suivra l'extrémité sectionnée. Le fait arrive encore de temps en temps dans la cavalerie, et les chirurgiens militaires ont quelquefois l'occasion de constater pareille section par arrachement du petit doigt ou de l'index par la bride du cheval, que tout cavalier, comme vous le savez, doit tenir entre le pouce et le dernier doigt. Il suffit pour cela d'un mouvement très-brusque et très-violent de l'animal au moment où l'homme qui le monte s'y

attend le moins. Il faut donc, pour que ce traumatisme se produise : d'une part, une cause vulnérante agissant par pression et par traction, et, d'autre part, une résistance, une sorte de réaction musculaire de l'individu atteint.

Chez le blessé dont je voulais vous dire quelques mots, la lésion produite consiste donc : 1° dans l'arrachement des muscles extenseur et fléchisseur propres du pouce ; 2° pour le second orteil, dans la section à ras des tendons ; 3° pour les troisième et quatrième orteils, dans l'arrachement en partie de quelques rudiments de fibres musculaires du fléchisseur ; 4° dans la séparation complète de toute la partie antérieure du pied, le cinquième orteil excepté.

Aussitôt après l'accident, le blessé a été soumis à une irrigation continue et on lui a fait un pansement simple. Il n'existe depuis lors aucune douleur dans le pied ni dans la jambe ; la plaie seule le fait un peu souffrir, comme toute plaie récente, et nous la traitons par le pansement phéniqué humide en lui laissant suivre son évolution naturelle, sans toucher pour le moment aux métatarsiens, dont la tête reste à nu. Mais, si ces os venaient à se mortifier, il serait toujours temps de les réséquer.

Dans tous les cas, il est fort probable que cet homme guérira bien, comme le malade qui est actuellement couché au n° 11 de notre salle des hommes pour une plaie contuse du pied sans arrachement musculaire.

II. Nous aurons dans quelques instants une amputation du sein à pratiquer chez une femme de cinquante ans. Cette malade n'a aucun antécédent morbide. Depuis plus d'un an elle a vu se développer une tumeur du sein droit, tumeur dont M. Berger lui a fait l'ablation pour la première fois il y a trois mois et demi à l'hôpital de la Charité. Malheureusement pour cette pauvre femme, la récidive a été des plus promptes ; un mois après l'opération le néoplasme se reproduisait. La tumeur était circonscrite et très-limitée, comme elle l'est encore aujourd'hui, du reste, ce qui la met dans des conditions favorables ; elle est actuellement circonscrite à la partie supérieure de la glande mammaire ; elle n'a encore contracté aucune adhérence avec la peau et non plus, très-probablement, avec les parties profondes. Elle n'est point ulcérée et les ganglions axillaires ne paraissent pas pris.

Cette femme est donc encore, je le répète, dans des conditions favorables pour être opérée ; cette fois, nous ferons l'ablation complète du sein pour éviter une récidive nouvelle aussi prompte. Quant à la nature de la tumeur, c'est très-probablement un carcinome, bien qu'elle n'en ait pas tous les signes. Le sujet qui en est atteint est une de ces nombreuses malades dont la tumeur, au début, paraît des plus bénignes et chez lesquelles néanmoins la récidive se fait avec une extrême rapidité.

L'an dernier, une malade de la ville venait me consulter pour une petite grosseur qu'elle présentait au sein ; je ne jugeai pas à propos de l'opérer immédiatement. Mais un autre chirurgien crut pouvoir l'en débarrasser. Peu de temps après l'opération, la tumeur récidivait avec une telle rapidité qu'aujourd'hui une seconde opération n'est déjà plus possible.

Ce genre de tumeurs ressemblent, à s'y méprendre, à des tumeurs bénignes. Mais toute tumeur du sein qui subit un accroissement notable, appréciable, doit être enlevée en totalité et dans un court délai, bien que l'on dise le plus ordinairement, lorsque la malade vient vous consulter, qu'il n'est pas nécessaire d'opérer encore parce que la tumeur est de petite dimension et que la constitution n'est pas altérée.

Je ne parle pas de ces petites tumeurs superficielles, sébacées ; je ne parle pas non plus des fibromes vrais qui n'atteignent même pas le volume d'un gros haricot et qui n'augmentent pas : mais ce que je dis se rapporte, bien entendu, aux tumeurs de la glande mammaire, à ces tumeurs qui grossissent peu à peu et qui sont constituées par un véritable néoplasme à marche constamment envahissante.

Avant de terminer ce que je veux vous dire sur cette question, je vous citerai une malade chez laquelle une de ces petites tumeurs du sein durait depuis seize ans, sans avoir bougé, lorsque tout à coup elle s'est mise à évoluer. Nous avons constaté un peu plus tard que nous avions eu affaire chez elle, dans les derniers temps, à un sarcome qui s'était développé dans un fibrome.

III. Il y a un peu plus de quatre mois et demi que le malade que je vais maintenant vous montrer avalait de 15 à 20 grammes d'acide azotique. Sous l'influence du liquide caustique, une brûlure des plus vives se produisit ; il survint des vomissements, quelques crachements de sang, une aphonie prononcée et une difficulté extrême de la déglutition.

Soigné chez lui pendant deux mois et demi, il entra ensuite à l'hôpital avec un rétrécissement traumatique cicatriciel de l'œsophage.

Ces rétrécissements cicatriciels, suite de brûlure, se distinguent des rétrécissements spontanés consécutifs à une néoplasie de l'œsophage. En effet, dans ce dernier cas, les parois de l'organe malade sont molles, peu résistantes, perforables, de telle sorte qu'un cathétérisme maladroit ou un cathétérisme fait avec un corps dur font courir grand risque au chirurgien de traverser la paroi de l'œsophage et de gagner la plèvre ou le péricarde. C'est ainsi qu'il y a quelques années, certain potage destiné à l'estomac arrivait directement dans la plèvre, et le malade succombait trente-six heures plus tard.

Dans les rétrécissements qui succèdent, au contraire, à des brûlures de l'œsophage, le tissu cicatriciel est résistant ; il s'oppose à l'ingestion des aliments, et les indications thérapeutiques sont les mêmes que pour les rétrécissements cicatriciels de l'urèthre, avec cette seule différence que dans celui-ci vous avez une vessie à vider et dans celui-là un estomac à remplir.

Chez notre malade, l'exploration de l'œsophage nous a montré que le siège du rétrécissement se trouvait à 17 centimètres et demi des dents incisives supérieures, c'est-à-dire juste en arrière du larynx et un peu plus bas. Cet organe avait été lui-même atteint dans ses cordes vocales par quelques gouttes du liquide ; de là de la cacophonie, une voix basse, sourde. La largeur de l'œsophage, à l'arrivée du malade dans nos salles, ne laissait passer qu'une bougie n° 11, autrement dit son diamètre était réduit à un peu plus de 1 centimètre.

Toute œsophagotomie était donc inutile ; il nous suffisait d'essayer de dilater progressivement le tube œsophagien. C'est alors que nous avons introduit peu à peu chaque jour une boule calibrée ; et, par cette dilatation temporaire, le rétrécissement a été progressivement élargi au point de laisser passer aujourd'hui une boule d'un diamètre de 18 millimètres.

Néanmoins, malgré cette augmentation du calibre de l'œsophage, cet homme éprouve encore des phénomènes de régurgitation des aliments solides. C'est pourquoi j'ai songé à compléter le traitement de la dilatation progressive par l'œsophagotomie, c'est-à-dire par de petites scarifications réservées, non profondes, sur le siége du rétrécissement.

HOPITAL LAENNEC. — M. NICAISE.

Tuberculose pulmonaire et fistules à l'anus.

Les fistules à l'anus sont très-communes chez les sujets tuberculeux; aussi n'est-il pas extraordinaire que nous ayons eu dans ces derniers temps à la fois quatre malades qui en fussent atteints.

Le premier dont je vous parlerai est un homme de cinquante-quatre ans, cocher, qui était couché au lit n° 2 de la salle Malgaigne. Il était atteint d'une tuberculose pulmonaire parvenue au troisième degré, avec des cavernes aussi manifestes que possible des deux côtés.

Cet homme avait toujours été bien portant jusqu'au commencement de l'hiver de 1879-1880. C'est à cette époque seulement qu'il a commencé à tousser, et la maladie, qui débutait alors, a pris immédiatement une marche rapide. Lorsqu'il est entré à l'hôpital six mois plus tard, il portait une fistule, datant déjà de quatre mois, qui était survenue à la suite d'un abcès de la région anale. La fistule, considérable, s'accompagnait d'un vaste décollement qui s'étendait en avant jusqu'à la racine des bourses, en arrière vers le rectum et la tubérosité ischiatique. La peau était violacée, et le trajet fistuleux donnait lieu à une suppuration abondante, à l'écoulement d'un liquide séro-purulent.

L'état général était très-mauvais, l'amaigrissement était des plus notables et la tuberculisation faisait des progrès rapides. Fallait-il, dans ces conditions, l'opérer de sa fistule? J'ai cru devoir le faire en raison des souffrances auxquelles elle donnait lieu d'une façon continue. J'ai donc incisé la fistule ainsi que tous les points décollés, et la conséquence de l'opération a été une diminution importante de la suppuration et la cessation presque immédiate de toutes douleurs. Quant à la maladie générale, la tuberculisation, elle n'en a pas été influencée, et, l'état morbide continuant sa marche progressive, cet homme a succombé il y a aujourd'hui sept jours. A ce moment la plaie, résultant de l'opération que nous avions pratiquée, était presque complètement guérie.

La question de l'opération ou de la non-opération des fistules à l'anus chez les tuberculeux a été pendant longtemps très-vivement discutée. Les partisans de la non-opération expliquaient leur manière de voir en disant que la fistule était un émonctoire qui empêchait les progrès de la tuberculisation, ou tout au moins les rendait beaucoup plus lents, tandis que l'opération ne faisait qu'aggraver la situation. Pour moi, cette opinion ne me paraît nullement justifiée.

Le point de départ de ces fistules peut être une ulcération tuberculeuse de la muqueuse de la portion inférieure du rectum; d'autres fois, c'est un abcès qui s'est développé sous la muqueuse et qui se termine par un trajet fistuleux; parfois encore la fistule reconnaît pour origine un dépôt tuberculeux dans le tissu cellulaire de la région péri-anale. Quoi qu'il en soit, les fistules à l'anus sont une affection très-commune chez les tuberculeux.

J'ai opéré hier encore, au n° 21, d'une fistule un malade tuberculeux dont j'avais ouvert un abcès de la marge de l'anus il y quinze jours environ. Je l'ai opéré, comme le précédent malade, à cause des douleurs vives que lui occasionnait sa fistule, douleurs telles qu'il ne pouvait plus rester assis. La plaie marchera certainement à une bonne cicatrisation.

L'état de ce malade est moins grave que celui dont je viens de vous parler, C'est donc comme palliatif des souffrances qu'il endurait que j'ai pratiqué cette opération, du reste inoffensive.

Le malade qui est mort il y a quelques jours a succombé aux suites d'une diarrhée colliquative, d'une entérite tuberculeuse considérable, et vous pouvez voir de nombreuses ulcérations étendues tout le long du gros intestin jusqu'à l'anus, ulcérations irrégulières, les unes circulaires, d'autres allongées, de dimensions variables, et plus ou moins avancées. Quant à l'intestin grêle, il est complètement sain. L'on sait, du reste, que, dans la tuberculose de l'intestin, chez l'enfant, la portion atteinte est surtout l'intestin grêle, tandis que, chez l'adulte, la partie malade comprend presque exclusivement le gros intestin.

Un troisième malade, que j'ai déjà soigné ici l'an dernier pour la même affection, était un homme de trente-neuf ans, chaîniste, qui ne présentait comme antécédents personnels qu'une ophthalmie double à l'âge de onze ans. Il avait été réformé du service militaire en 1852 pour faiblesse de constitution. Il n'avait aucun antécédent héréditaire.

Dès l'âge de vingt-deux ans il avait été sujet à des bronchites fréquentes; depuis lors il toussait presque constamment, et depuis trois ou quatre ans il avait eu plusieurs hémoptysies. En 1874, il avait été opéré par mon collègue des hôpitaux, M. Tillaux, d'une fistule à l'anus, et avait guéri très-lentement.

Il est entré tout d'abord ici dans le service de M. Ferrand pour son affection pulmonaire; mais, ayant un abcès du périnée, il m'a été envoyé. J'ai constaté non-seulement l'existence d'un phlegmon que j'ai incisé, mais aussi une tuberculisation du testicule droit. Lorsqu'il est mort, ces jours derniers, dans le service de M. Ferrand où il était remonté, la cicatrisation n'était pas complète, et il existait encore un petit trajet fistuleux. Il a succombé aux progrès de la tuberculisation pulmonaire dont il était atteint.

L'examen nécropsique du testicule malade nous a montré l'existence d'un dépôt caséeux, suppuré, au niveau de la queue et de la partie moyenne de l'épididyme; ce dépôt avait été le point de départ de l'abcès qui s'était formé l'an dernier et dont l'ouverture avait laissé un petit trajet fistuleux.

J'ai encore à vous parler d'un malade opéré, ces jours derniers, de fistule à l'anus, celui qui est au n° 13. Il est âgé de vingt-six ans. Il a une hydarthrose chronique du genou droit, qui n'est que la suite d'un écoulement uréthral datant du mois d'octobre dernier. La synoviale est notablement épaissie. Il a aussi quelques hémorrhoïdes. Il y a un mois, il a eu un phlegmon du périnée, qui a été ouvert en ville par son médecin; l'abcès a laissé après lui un trajet fistuleux, fistule borgne externe; le stylet introduit traverse la partie inférieure du sphincter externe, sans parvenir jusqu'au rectum, qui n'est pas perforé. Cet homme n'a aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel.

Ainsi donc, chez lui, les accidents ont eu la marche suivante : blennorrhagie, arthrite persistante du genou, abcès du périnée et fistule.

Il est actuellement en traitement pour son affection articulaire. Mais cet homme a beaucoup maigri depuis quelque temps, il est pâle, il a un certain aspect cachectique que ne sauraient expliquer sa blennorrhagie et son affection du genou. Pour moi, il est dans l'imminence d'une tuberculisation, bien que l'auscultation ne nous fournisse encore aucun signe, non plus que l'expectoration. Mais nous savons que les abcès du périnée se montrent quelquefois avant que l'on puisse encore constater l'existence de la tuberculisation pulmonaire.

Je l'ai opéré de sa fistule par une simple incision ; la plaie a été pansée avec le vin aromatique.

Enfin le dernier malade est celui du n° 21, dont je vous ai dit tout à l'heure seulement quelques mots, et que j'ai opéré hier matin. Chez lui, bien que l'état ne soit pas encore extrêmement grave, pour le moment du moins, la tuberculisation pulmonaire est parfaitement avérée ; je ne cite que pour mémoire, à cause de son peu de valeur, le caractère hippocratique de ses doigts.

L'abcès périnéal qu'il a eu s'est ouvert une première fois spontanément dans le rectum en allant à la selle, il y a cinq semaines environ, et trois semaines plus tard j'ai dû l'ouvrir à mon tour. Il en est résulté une fistule péri-anale s'ouvrant en dedans au-dessous des sphincters, avec un décollement assez étendu se dirigant vers le périnée. J'ai incisé le trajet fistuleux avec le bistouri, et, au moyen de ciseaux, j'ai coupé les prolongements de la peau décollée.

Si, dans ce cas-là encore, je me suis décidé sans hésitation à opérer, c'est en raison des souffrances auxquelles le malade était en proie et pour diminuer une suppuration abondante.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juin 1881. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Des centres moteurs. — M. BROWN-SÉQUARD fait une communication dans laquelle il relate un très-grand nombre d'expériences tendant à démontrer que la voie de communication des centres moteurs est tout autre que celles qui ont été indiquées jusqu'ici par les physiologistes.

Des différentes espèces de sensibilité oculaire ; modifications pathologiques de la perception de la lumière des couleurs et des formes. — M. PARINAUD. Les sensations de lumière, de couleur et de forme sont très-diversement altérées dans l'amblyopie. On observe une dissociation pathologique analogue à celle du sens du tact pour les sensations de contact, de douleur et de température. Cette dissociation est tellement caractéristique pour certaines affections oculaires, qu'elle fournit des éléments de diagnostic nouveaux, ayant un grand caractère de précision. Elle a, en outre, une signification physiologique. Elle prouve que nos perceptions visuelles se composent de sensations distinctes correspondant à des modes de sensibilité différents et indépendants dans une certaine mesure. Elle permet encore d'entrevoir quels sont les éléments préposés à chacune de ces sensations, quel est tout au moins leur siège.

Pour faire cette analyse du trouble visuel, il est nécessaire d'être en possession de moyens d'exploration d'une sensibilité assez grande pour révéler les moindres degrés d'altération. Il est nécessaire encore d'évaluer numériquement l'état de l'acuité visuelle pour la lumière et les couleurs, comme cela se pratique pour l'acuité visuelle ordinaire, correspondant à la perception des formes. M. Parinaud s'est servi à cet effet d'un instrument dont il a donné récemment la description dans les *Annales d'oculistique*.

Avec cet instrument, on reconnaît, d'une part, que les affections de nature ou de siège différents se distinguent presque toujours par un caractère particulier du trouble visuel ; d'autre part, qu'en fait de dissociation pathologique des trois espèces de sensibilité oculaire, on observe toutes les combinaisons possibles.

L'indépendance des sensations de lumière, de couleur et de forme, n'est cependant pas absolue. La perception des couleurs peut bien être diminuée ou abolie alors que celle de la lumière est absolument normale ; mais l'affaiblissement de la sensibilité pour la lumière entraîne toujours une diminution corrélative de la perception des couleurs. Il en résulte qu'il y a deux espèces de dyschromatopsie, l'une par lésion directe de la fonction chromatique, c'est un daltonisme vrai ; l'autre par lésion de la fonction lumineuse, c'est un daltonisme faux. Les deux influences peuvent d'ailleurs s'ajouter et donner lieu à une forme mixte.

Il est très-facile de reconnaître ces deux espèces de dyschromatopsie. Avec un verre rouge sensiblement monochromatique et suffisamment saturé, l'œil normal perçoit simultanément la couleur et la clarté à la lumière transmise, lorsque l'éclairage augmente progressivement en partant de *o*. Avec un tel verre, un malade atteint d'amblyopie alcoolique par exemple perçoit la clarté en même temps que l'œil normal, mais il faut une intensité beaucoup plus considérable pour qu'il perçoive les couleurs. C'est la preuve que chez lui la fonction chromatique est intéressée. Chez un autre, atteint de choroïdite syphilitique, il faut une intensité beaucoup plus grande pour qu'il perçoive la clarté du rouge, parce que sa sensibilité pour la lumière est affaiblie ; mais, dès qu'il la distingue, il perçoit simultanément la couleur, comme l'œil normal ; c'est la preuve que sa fonction chromatique n'est pas directement intéressée, bien qu'il reconnaisse mal les couleurs.

La perception de la lumière et celle des formes sont unies par des rapports analogues, mais non pas identiques.

Voici maintenant les renseignements que les faits pathologiques fournissent sur le siège de ces différentes fonctions et sur les éléments qui y correspondent.

Le daltonisme vrai n'existe que dans les affections qui intéressent le système nerveux central. La dyschromatopsie que l'on observe dans les lésions exclusivement oculaires tient à une altération de la sensibilité pour la lumière. C'est un faux daltonisme.

La fonction chromatique aurait donc son siège dans le cerveau.

Les faits pathologiques tendent encore à établir que la sensation de lumière ou de clarté est le résultat de l'excitation des bâtonnets par l'intermédiaire du pourpre visuel.

Le pourpre ne paraît pas indispensable pour la production de la sensation lumineuse ; il est seulement en rapport avec un mode d'excitation spéciale d'où naît sans doute cette sensation de clarté qui n'est pas tout à fait comparable aux sensations lumineuses produites par des excitations d'une autre nature.

La perception des formes serait l'attribut des cônes.

Les faits cliniques concordent d'ailleurs avec les données anatomiques et physiologiques qui nous montrent l'acuité pour les formes diminuant rapidement du point de fixation à la périphérie du champ visuel, parce que les cônes deviennent d'autant plus rares qu'on examine la rétine plus loin de la macule. La sensibilité pour la lumière, au contraire, ne diffère pas beaucoup dans les diverses parties de la rétine, parce que les bâtonnets et le pourpre qui les imbibe, à l'exclusion des cônes, sont plus uniformément répandus dans la membrane.

M. PAUL BERT demande ce que l'on observe à l'examen du spectre chez les malades qui ont une sensibilité normale pour la lumière et une altération de la fonction chromatique.

M. PARINAUD répond qu'il n'a pas encore pratiqué cet examen, mais qu'on peut en soupçonner les résultats, car le daltonisme

acquis, dans ce cas, offre la plus grande analogie avec le daltonisme congénital.

ÉLECTION

M. CHARLES RICHET est élu membre titulaire de la Société de biologie.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1881. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

Peptone mercurique. — M. MARTINEAU fait une communication sur l'emploi du peptone mercurique et ammonique en injections sous-cutanées, dans le traitement de la syphilis.

Du cœur cachectique. — M. DU CASTEL, avant d'aborder l'étude du cœur cachectique, croit utile de rappeler les modifications apportées par l'âge à la conformation du cœur, modifications qu'il a exposées dans ses *Recherches sur l'hypertrophie et la dilatation du cœur;* l'étude du cœur cachectique sera, en effet, faite sur des sujets cancéreux avancés en âge.

Le *poids* du cœur augmente avec l'âge ; cette hypertrophie, pour ainsi dire physiologique, présente ceci de particulier qui la distingue des hypertrophies pathologiques, qu'elle porte à peu près également sur l'un et l'autre ventricule, de telle sorte que le rapport de l'un à l'autre reste à peu près constant à tous les âges, et que le gauche pèse toujours près de deux fois et demi autant que le droit, à l'état normal.

Le poids du cœur normal, qui chez l'adulte oscille ordinairement de 250 et 280 grammes, arrive souvent à 300 grammes chez les sujets qui ont dépassé l'âge de cinquante ans.

La *capacité* des ventricules, à l'état sain, est tellement variable qu'il paraît à peu près impossible de fixer une capacité normale du cœur. Tout ce qu'il semble permis de dire, c'est que la capacité du ventricule droit est *chez l'adulte* plus considérable que celle du gauche, sans qu'il existe entre l'une et l'autre de proportion constante.

Cette prédominance du ventricule droit tend à s'effacer avec les progrès de l'âge, la capacité du cœur gauche se rapprochant de plus en plus de celle du cœur droit qu'elle peut égaler et même dépasser chez le vieillard.

Dans les cœurs cachectiques que M. du Castel a étudiés, il y avait diminution ou disparition de la surcharge graisseuse, diminution très-prononcée de la masse musculaire.

Mais le fait sur lequel insiste le présentateur est la rétraction considérable de la cavité des ventricules, dont la gauche cubait dans plusieurs cas moins de 15 centimètres cubes ; le ventricule droit a toujours été moins rétracté et sensiblement plus spacieux que le gauche, fait d'autant plus remarquable qu'il s'agissait de sujets avancés en âge, qui auraient dû, par conséquent, présenter à l'état normal une capacité à peu près égale des deux ventricules, sinon une prédominance du gauche.

Les oreillettes sont beaucoup moins rétractées que les ventricules au-dessus desquels elles forment un chapiteau, qui donne au cœur une forme particulière comparable en quelque point à celle d'un gland dont les oreillettes formeraient la cupule, et les ventricules, le fruit.

ÉLECTIONS

MM. Danlos, Gingeot et Cuffer sont nommés membres titulaires de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro l'ouverture d'un service de consultation externe à l'hospice de la Salpêtrière. On lira avec intérêt les détails qui suivent sur le fonctionnement de cette heureuse innovation.

La consultation externe a lieu tous les jours, à neuf heures et demie, pour les maladies nerveuses et mentales, avec délivrance de médicaments, et un peu plus tard avec bains et douches.

Le public est reçu le lundi, par M. Moreau (de Tours); le mardi, par M. Charcot; le mercredi, par M. Luys; le vendredi, par M. Auguste Voisin; le samedi, par M. Legrand du Saulle.

Le jeudi a lieu une consultation chirurgicale, par M. Terrier.

Un bâtiment spécial a été construit, à l'entrée de la Salpêtrière, pour cette consultation évidemment appelée à un très-grand succès. La possibilité pour les médecins de quartiers et pour les familles de pouvoir obtenir immédiatement et gratuitement un certificat d'aliénation mentale, pour des cas urgents ou très-difficiles, fera disparaître, en effet, une foule d'embarras ou de périls. La responsabilité souvent très-lourde du médecin de quartier sera entièrement sauvegardée par la signature autorisée d'un médecin de la Salpêtrière. D'autre part, les formalités pour l'entrée des malades dans les services spéciaux se trouveront un peu simplifiées.

La délivrance des médicaments à tous les consultants a paru, en outre, un très-grand bienfait aux hystériques, épileptiques, apoplectiques, ataxiques, choréiques et aliénés, que l'on a déjà soumis depuis quelques jours à l'examen du personnel médical de la Salpêtrière.

Nous ne pouvons que féliciter l'administration générale de l'Assistance publique d'être entrée dans cette voie philanthropique et secourable.

— Le conseil municipal de Paris a voté dans sa dernière séance la reconstruction et l'agrandissement de la Sorbonne dont les limites nouvelles seront les rues des Écoles, Saint-Jacques, Cujas, Victor Cousin et de la Sorbonne. Les nouveaux bâtiments seront le siège de l'Académie de Paris et des Facultés des sciences, des lettres et de théologie. Le chiffre des dépenses est fixé à 22 millions payables moitié par l'État, moitié par la ville de Paris. Le projet de reconstruction et d'agrandissement sera mis au concours d'après les clauses et conditions établies par un jury où seront représentés le ministre de l'Instruction publique, le conseil municipal, la préfecture de la Seine et les professeurs des Facultés.

— Les trois épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central sont terminées. MM. les docteurs Duret, Kirmisson, Nélaton, Nepveu, Prengrueber, Schwartz, Paul Segond et Valtat ont été déclarés admissibles à subir les épreuves définitives.

Les questions données à traiter à l'épreuve orale ont été : 1° de l'anthrax ; 2° fractures de l'extrémité inférieure du fémur ; 3° mal perforant du pied ; 4° accidents des hernies ombilicales et moyens d'y remédier.

Quant à l'épreuve écrite, c'est-à-dire la première des trois épreuves définitives, elle s'est terminée vendredi ; le sujet à traiter était: structure des veines, hémorrhagies veineuses.

— La première épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'est terminée également le vendredi 24 juin 1881. Ont été admis à subir la seconde épreuve d'admissibilité, — épreuve orale, — MM. les docteurs Balzer, Barié, Barth, Béringier, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Clozel de Boyer, de Beurmann, Déjerine, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Merklen, Moizard, Muzelier, Robin (Albert), Roques et Tapret.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Rouch (Marie-Ger-

main) est nommé aide de botanique, en remplacement de M. Bermont, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le 12 décembre prochain, il sera ouvert un concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le chirurgien-major nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1887, comme chirurgien aide-major, à l'hôpital de la Croix-Rousse; le 1er janvier 1893, comme chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu; le 1er janvier 1899, comme chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu. Les fonctions expireront le 31 décembre 1904.

Jusqu'au 1er janvier 1887, il remplira les fonctions de chirurgien suppléant pour tous les services de chirurgie, dans tous les établissements de l'Administration.

Le 10 octobre 1881, il sera ouvert un concours public pour la nomination de douze élèves internes titulaires, et d'un nombre d'élèves internes provisoires à fixer au moment du concours, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux civils de Lyon et de Saint-Étienne. Le registre d'inscriptions des candidats sera clos le mardi 4 octobre à quatre heures du soir.

Les internes sont nommés pour quatre ans à partir du 1er novembre 1881. Les internes provisoires ne sont nommés que pour un an.

Le 25 octobre 1881, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'élèves externes. Le nombre des élèves externes à nommer sera fixé, d'après les besoins du service, au moment de l'ouverture du concours.

— On annonce la mort à Vienne (Autriche) de M. Joseph Skoda, ancien professeur de clinique médicale à l'Université de cette ville, et de M. R. Heschl, titulaire de la chaire d'anatomie pathologique où il avait succédé à Rokitansky.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Hüe (de Beaumont-le-Roger).

— Le 16 juillet prochain doit avoir lieu à Calvi (Corse) l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Marchal (de Calvi). Les anciens élèves, ses confrères et ses amis sont invités à assister à cette cérémonie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11363.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr Fournier.

Goudron Freyssinge

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE. — La seule pouvant reproduire l'eau de goudron du Codex.

Le flacon : 2 francs, 97, rue de Rennes, et toutes les pharmacies.

Ch. Freyssinge

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Bonbons Tostain

Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boîte de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie Tostain, 191, rue du Temple, Paris.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.
MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien,** a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

h. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros: J. Batard Morineau et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail: Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — prix : 3 fr. 50 la bouteille.

Peptone Catillon

à 19° Baumé, 4 p. 100 d'azote, représentant TROIS FOIS SON POIDS DE VIANDE ASSIMILABLE par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif: 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0,30 bi-carbonate de soude.

SIROP DE PEPTONE CATILLON, préféré pour l'administration par la bouche, plait mieux au goût; — 1 cuillerée contient 30 gr. de viande 2 à 8 par jour dans un peu d'eau.

VIN DE PEPTONE CATILLON, utile complément de nutrition; — 1 verre à madère contient 30 gr. de viande.

Maladies d'estomac et d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents, etc.

Paris, 1, r. Fontaine-St-Georges et r. Chaptal, 2.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIEVRES, CHLOROSE, ANEMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de Trouette-Perret, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Quinquina Bravais

Extrait liquide concentré de Quinquina.

Tonique, apéritif, réconstituant.

Préparé avec des écorces choisies et titrées, très-exactement dosé, concentré dans le vide, renferme la quintescence des meilleurs quinquinas. Traitement très-économique. Deux cuillerées à café suffisent par jour.

GUÉRIT :

Dyspepsies, Gastrites, Gastralgies, Crampes et Tiraillements d'estomac.

GUÉRIT :

Névroses, Névralgies, Affections nerveuses, Fièvres rebelles.

Dépôts principaux à Paris : 30, *avenue de l'Opéra*, et *rue Lafayette*, 13.

On trouve également le FER BRAVAIS et les EAUX MINÉRALES NATURELLES DE L'ARDÈCHE, **source du VERNET**, etc.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les expériences de vaccination charbonneuse se multiplient; et les résultats n'en varient pas. M. Pasteur obtient partout les résultats annoncés; partout les animaux vaccinés résistent, les autres meurent quand on leur inocule le charbon vrai. C'est ce qui ressort encore aujourd'hui d'une nouvelle communication de M. Bouley, et on peut dire qu'à présent ces preuves sont surabondantes. La conviction doit s'imposer à tous.

Il ne reste plus à élucider que certaines questions secondaires, telles que celle de la durée de l'immunité ainsi produite. Probablement cette durée ne sera pas indéfinie, pas plus que celle de la vaccine qui préserve de la variole. Mais on aura toujours la ressource des revaccinations, répétées autant de fois qu'il le faudra.

Nous ne nous arrêterons pas aux craintes peu fondées que nous entendions exprimer autour de nous à propos de l'introduction de nouveaux éléments morbifères dans la chair d'animaux dont l'homme se nourrit. Les adversaires du vaccin jennérien ont fait à son sujet les mêmes objections, sans fondement aucun, l'expérience le prouve.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Entérocèle, péritonite. — II. Abcès parenchymateux du sein. — III. Fracture comminutive de la jambe, gangrène galopante.

I. Nous avons opéré, jeudi dernier, un jeune garçon que l'on venait de nous amener pour une hernie inguinale étranglée des plus graves, avec tout le cortège des phénomènes qui accompagnent l'étranglement. La tumeur du sac herniaire dans le scrotum était volumineuse et formée par l'intestin seul; c'était une entérocèle pure, ce qui est toujours beaucoup plus grave qu'une entéro-épiplocèle, en raison des contournements de l'intestin, des volvulus dans le sac herniaire qui viennent souvent compliquer les phénomènes d'étranglement.

Lorsque nous avons opéré notre malade, nous avons trouvé dans le sac une très-longue anse intestinale (elle ne mesurait pas moins de 15 à 20 centimètres de longueur), dont la partie convexe présentait une petite perforation qui laissait passer les matières fécales liquides. A côté de cette perforation on voyait aussi une petite eschare. J'ai amené l'intestin au dehors, et je n'ai trouvé aucune autre lésion. Puis j'ai réduit la hernie, laissant seulement en dehors la partie perforée de l'intestin.

Notre malade n'a eu aucune selle à la suite de l'opération, et, comme les vomissements fécaloïdes ont continué, j'ai rouvert un peu plus tard la plaie pour chercher s'il n'existait pas encore quelque étranglement, mais je n'ai rien trouvé de positif. J'ai fait alors une incision à l'intestin, j'ai placé une sonde afin de faciliter les garde-robes. Peu après, quelques matières fécales ont été rendues en très-petite quantité, puis les évacuations se sont arrêtées, une péritonite violente s'est déclarée, et notre malade est mort dimanche, c'est-à-dire trois jours après avoir été opéré.

Nous avons fait l'autopsie avec soin, et ce que nous avons trouvé comme lésion, c'est surtout une péritonite intense, une injection considérable du péritoine et une suppuration disséminée. Nous avons enlevé l'anse intestinale, qui avait été réduite, et nous avons aperçu une seconde perforation, large comme une lentille, qui nous avait échappé pendant la première opération, malgré le soin avec lequel nous avions cherché les lésions de l'intestin. Elle nous avait échappé, soit que nous n'ayons pas pu la reconnaître, soit, ce qui est également possible, que cette perforation se soit produite après l'opération.

Quoi qu'il en soit, cette seconde perforation a probablement laissé écouler des liquides intestinaux dans le péritoine, d'où la violente péritonite à laquelle cet homme a succombé.

II. Une petite jeune fille de dix-sept ans, grêle, chétive, qui a plutôt l'aspect d'une enfant, malgré son âge, et qui n'est pas encore réglée, est entrée, il y a déjà quelque temps, dans le service pour un abcès parenchymateux du sein gauche. Cet abcès paraît avoir eu pour origine la gale. Nous n'avons pas trouvé d'acares sur le sein, mais nous en avons reconnu les macules. La gale autour des orifices du mamelon est assez fréquente chez la femme; elle donne lieu à des démangeaisons fort vives, à de l'eczéma, à une véritable inflammation qui se propage bientôt à la glande mammaire et donne lieu à la formation d'abcès parenchymateux.

Chez cette fillette, l'abcès paraît être aussi un peu rétro-mammaire ; nous l'avons ouvert et drainé il y a trois semaines. L'opération a été suivie d'un érysipèle qui est actuellement tout à fait guéri ; mais, comme il reste des trajets fistuleux qui ne veulent pas se fermer, conduisant dans de véritables clapiers purulents, que la peau est restée fortement violacée, je vais pratiquer une nouvelle petite opération. Je vais faire tout d'abord une première incision avec le thermocautère Paquelin, puis j'ouvrirai l'abcès principal et je drainerai les parties circonvoisines. J'espère arriver ainsi à tarir définitivement cette suppuration persistante et obtenir une guérison complète.

III. Nous avons fait, il y a aujourd'hui quatre jours, une amputation du membre inférieur droit pour une fracture comminutive de la jambe avec plaie compliquée de gangrène. Le soir où cet homme est entré à l'hôpital, sa fracture datait seulement d'une heure ou deux au plus, et, lorsque le lendemain matin à la visite je le voyais pour la première fois, les os ne présentaient aucune saillie anomale. Y avait-il eu réduction? Je l'ignore. Mais on sentait une très-grande mobilité des fragments ainsi qu'une crépitation très-nette, et l'on apercevait, sur la jambe, deux petites plaies qui donnaient beaucoup plus de sang que ne le ferait une simple solution de continuité. Elles paraissaient communiquer avec le foyer de la fracture, et leur ouverture extérieure était très-étroite.

Dès que j'ai vu le blessé, j'ai manifesté aussitôt le regret qu'il n'ait pas été soumis, tout de suite après son arrivée à l'hôpital, à un pansement par occlusion avec la solution antiseptique, car je considère comme une chose des plus importantes, en pareil cas, de fermer la plaie le plus promptement possible. Le foyer, en effet, a dû être modifié par l'exposition à l'air pendant l'intervalle qui a séparé l'arrivée de cet homme de l'heure à laquelle je l'ai vu. Aussi, lorsque j'ai été à même de l'examiner, bien que j'aie fermé immédiatement les plaies avec de la baudruche collodionnée, il était déjà trop tard. Bientôt, en effet, une inflammation violente se déclarait autour de la fracture, le malade était pris d'une fièvre intense et la température s'élevait rapidement à 40 et même 41 degrés.

Quatre jours plus tard, le bas de la jambe présentait une coloration noire, sans aucune trace de rougeur, sans chaleur aucune, les orteils étaient froids, toute la partie inférieure du membre était insensible, enfin il existait manifestement une gangrène profonde avec crépitation emphysémateuse produite par la formation de gaz autour de la fracture. Les phénomènes morbides marchaient d'autant plus rapidement que le blessé était un alcoolique avéré. Il était ivre au moment même où l'accident lui était arrivé.

En raison d'un processus aussi rapide, nul doute que nous ne fussions en présence d'une gangrène galopante s'accompagnant d'un développement de gaz autour du foyer de la fracture qui devait nous faire craindre une résorption imminente, une septicémie des plus dangereuses, une mort à peu près fatale, si nous n'intervenions rapidement par une amputation de la jambe.

Bien que l'opération ait été faite sans perdre de temps et qu'il n'y ait eu aucun accident particulier, la fièvre a malheureusement continué, et, trente-six heures plus tard, cet homme succombait.

L'autopsie nous a montré d'abord de nombreuses esquilles osseuses et, ce qui nous a étonné, l'oblitération complète, mais circonscrite, des artères tibiales, postérieure et antérieure, par des caillots, artères dont la lésion probable des parois par quelque pointe osseuse avait déterminé la formation d'un coagulum. La gangrène galopante que nous avons observée pendant la vie aurait donc été la conséquence de la coagulation spontanée du sang dans les deux artères principales de la jambe et de leur oblitération. C'est un fait absolument insolite. Nous n'avons trouvé aucun athérome dans les autres artères ; rien non plus de particulier à noter dans les viscères, difficiles du reste à étudier au point de vue anatomo-pathologique à cause de la putréfaction extrêmement rapide du cadavre.

Nous avons constaté seulement une fracture de la rotule datant de trois ans, comme cet homme nous l'avait dit du reste, et qui avait guéri avec un écartement considérable. Le fait est d'autant plus intéressant que la guérison de ces fractures par la formation d'un cal osseux est, en effet, très-rare ; il n'en existe qu'un petit nombre de cas dans la science. La plupart du temps, ces fractures guérissent avec une sorte de pseudarthrose.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

De l'herpétis.

(Leçon recueillie par M. Martinet, interne du service.)

Vous savez tous qu'on désigne sous le nom de diathèse un état général morbide qui affecte tout l'organisme, présente des manifestations diverses de forme et de siège, mais toutes de même nature, et dont les accidents, héréditaires le plus souvent, ont une longue durée. Les accidents syphilitiques et scrofuleux offrent, d'une façon évidente, ces caractères que nous venons d'exposer, et tout le monde est d'accord pour les rattacher à un état diathésique ; personne, en un mot, ne conteste l'existence de la diathèse syphilitique ou scrofuleuse. En est-il de même des lésions de nature herpétique? Peut-on attribuer leur production à l'influence d'un vice interne spécial? Existe-t-il enfin une diathèse herpétique?

Cette question a soulevé bien des controverses ; la diathèse herpétique a eu parmi ses défenseurs des hommes éminents et profondément convaincus, elle a compté des ennemis non moins éminents et tout aussi obstinés dans leur conviction. Elle a pour défenseurs Bazin, Hardy, Billioux, et ses adversaires s'appellent Hébra, Pidoux. Eh bien! sous quelle bannière faut-il nous enrôler? Dans quel camp devons-nous combattre? Je n'hésite pas à vous le déclarer, je suis partisan de la diathèse herpétique, et j'affirme hautement qu'il faut croire à son existence.

Sur quelles preuves allons-nous appuyer cette déclaration? Il y en a de deux ordres : les unes sont, pour ainsi dire, des preuves morales ; elles sont tirées de raisonnements déduits d'observations cliniques ; les autres, nous irons les chercher dans les faits eux-mêmes. Vous ne contesterez pas la valeur du raisonnement en pareil cas, car vous avez tous présent à la mémoire l'exemple de Leverrier, découvrant une planète par la seule puissance de raisonnements tirés d'opérations mathématiques. Or il en est un peu de même dans la question qui nous occupe.

Devant certaines lésions cutanées, devant leur évolution, leur retentissement sur l'organisme, on se dit : Il est im-

possible qu'il n'y ait pas là quelque chose de particulier, de spécial ; on cherche, et on trouve la diathèse herpétique.

Mais prenons des faits, des exemples; prenons, si vous voulez, douze malades atteints d'eczéma ; plaçons-en six à droite et six à gauche, et examinons-les. Interrogeons les six placés à droite, et ils nous répondent, l'un : Je suis ouvrier boulanger; l'autre, gâcheur de plâtre; celui-ci, laveur de vaisselle ; celui-là, teinturier, etc... Tous sont en contact avec des agents plus ou moins irritants, jamais ils n'ont eu de pareilles choses avant. On les soustrait à l'action de la cause irritante, on applique des cataplasmes émollients, et en huit jours ils sont guéris ; la maladie n'a duré que quelques jours, et jamais elle ne se reproduira.

Si nous passons aux six autres placés à gauche, nous trouvons les mêmes lésions anatomiques, les mêmes surfaces rouges, les mêmes vésicules, etc. Mais interrogeons-les, et nous apprendrons que jamais ils n'ont été soumis à l'action d'un corps irritant, quel qu'il soit, qu'ils ont toujours eu une excellente hygiène, et que le mal, venu de lui-même, dure depuis quelque temps déjà. Ce n'est pas la première fois qu'ils sont atteints; ils ont déjà eu ces lésions sous la même forme, mais pas au même endroit, et elles ont persisté un certain temps. Leur père, leur mère ou quelque frère ont été atteints comme eux, et leurs enfants ont eu, en bas âge, des gourmes tenaces. Ils vous diront aussi que ces éruptions, quoique fort gênantes, ont cependant une heureuse influence sur leur santé générale ; ils en retirent parfois quelque bien. Tel est atteint de bronchite et la voit rétrocéder quand son éruption apparaît ; tel autre, dont l'affection cutanée a disparu assez rapidement, ne tarde pas à souffrir de dyspepsie. Soignons ces malades comme les six autres, et, loin d'assister à la même évolution, c'est-à-dire à une guérison assez prompte, nous verrons, au contraire, les phénomènes morbides revêtir une acuité désespérante, se porter aux parties du corps les plus éloignées ou envahir les membres symétriquement. Au bout de trois, quatre ou cinq mois, il y en aura peut-être trois de guéris ; le quatrième, dont les forces ne tardent pas à s'épuiser, tombe dans un état profondément cachectique, et c'est la mort qui, à brève échéance, vient terminer la scène; le cinquième présente des troubles accusés des fonctions respiratoires, digestives ou cérébrales ; le sixième enfin finit par ne plus rien avoir sur la peau, mais il devient la proie de la tuberculose ou du cancer. Et c'est après l'observation de phénomènes aussi opposés, aussi dissemblables, que l'on viendra dire que dans les deux cas c'est à la même affection, au même principe morbide que l'on aura eu affaire ! Comment ! cet eczéma qui apparaît pour la première fois parce que la peau a été irritée, qui se limite, se cantonne dans l'endroit primivement atteint, disparaît en huit jours pour ne plus revenir, si l'irritation est à jamais supprimée, cet eczéma, dis-je, serait le même que tel autre qui se montre sur les deux bras en même temps et cela sans cause appréciable, qui, plus tard, envahira les deux jambes et les points symétriques, dont la présence devient une des conditions de la santé, tandis que sa disparition est suivie d'accidents viscéraux parfois mortels ! Et c'est vous, pathologiste sérieux, observateur consciencieux, qui soutiendrez une telle analogie ! Non, vous ne le pouvez pas ; vos malades eux-mêmes protesteront ; ils vous réclameront d'eux-mêmes, instinctivement, pour ainsi dire, des dépuratifs. C'est qu'en effet il y a une différence absolue entre les deux affections : d'un côté, la peau seule est intéressée ; de l'autre, au contraire, la durée, la persistance de la lésion, sa transmissibilité par voie d'hérédité, l'alternance avec des accidents viscéraux vous indiquent, de la façon la plus claire et la plus irréfutable, qu'il y a un vice du sang profond ; c'est lui que nous appellerons le vice herpétique ou dartreux.

Cette diathèse herpétique a-t-elle, pour s'imposer, des caractères spéciaux? Ses manifestations ont-elles une manière d'être particulière ? A cela nous pouvons répondre affirmativement. Les lésions de la peau ou des muqueuses, de nature herpétique, car l'herpétis peut envahir aussi les muqueuses, soit en même temps que la peau, soit séparément, les herpétides cutanées donc, se font remarquer d'abord par leur ténacité, — elles ne cèdent qu'à un traitement longtemps soutenu, — puis par leur tendance à la généralisation. Une affection purement locale reste limitée aux régions soumises à la cause irritante ; mais, si c'est une cause, un vice interne qui préside au développement de cette affection, alors presque toutes les régions du corps peuvent être envahies successivement ou simultanément. Notons encore la symétrie, cette remarquable disposition dont je vous ai montré de si beaux exemples ; l'hérédité et la transmissibilité, et enfin la douleur sous toutes ses formes, dont la plus fréquente est le prurit ou démangeaison.

Refuserez-vous maintenant le titre de diathèse à une affection qui se montrera toujours avec ces mêmes caractères ? Ceux-ci sont tellement nets, tellement tranchés, que nous pouvons donner une définition précise et complète de la diathèse herpétique. Nous dirons : L'herpétis ou herpétisme est une maladie générale affectant la constitution tout entière, caractérisée par des lésions dont le siège le plus habituel est la peau et les muqueuses, lésions remarquables par les douleurs qu'elles occasionnent, par leur tendance à la généralisation, par leur longue durée, par la diversité des formes sous lesquelles elles se présentent, lésions transmissibles par hérédité, mais n'étant jamais inoculables ni contagieuses.

Nous sommes donc en présence d'une maladie parfaitement constituée, nettement définie ; quelle idée devons-nous nous faire de son mode de développement, de son évolution ? A ce point de vue, on considère dans la marche de l'herpétis quatre périodes : 1° période intermittente ; 2° période continue ; 3° période de cachexie ; 4° période viscérale.

1° L'herpétis débute sans éclat ; c'est d'abord une lésion insignifiante et sans importance, ainsi ce sera un eczéma nummulaire, un psoriasis punctata. Tel est un grand fleuve, dont la source n'est qu'un petit ruisseau. Ce presque rien dure plus ou moins longtemps et finit par guérir. Cette guérison est-elle définitive ? Non; la diathèse n'était qu'endormie ; bientôt elle va se réveiller, donnant lieu à une seconde poussée plus étendue, plus tenace que la première. Ces nouveaux accidents disparaîtront encore, mais la diathèse n'a cependant pas lâché sa proie, et nous assisterons à une troisième apparition qui suivra la seconde de plus près. Voilà la période intermittente.

2° Mais, à mesure que la diathèse vieillit, elle s'empare davantage du terrain, elle y règne en maîtresse et ne le quitte plus ; nous sommes arrivés à la période continue ; les lésions sont devenues permanentes.

3° Cette continuité, cette généralisation des lésions n'est pas sans user le malade, sans épuiser ses forces. Bientôt on voit la nutrition devenir imparfaite ; la respiration se fait mal, les fonctions les plus importantes enfin languissent ; une émaciation progressive et rapide, une faiblesse toujours

croissante, s'emparent du malade et l'amènent à un état cachectique dont la mort est le terme fatal. Telle est la troisième période, ou période de cachexie.

4° La quatrième période, la période quaternaire ou viscérale, se fait remarquer par l'apparition concomitante d'accidents internes.

Altérés dans leur texture anatomique, les organes se prêtent mal à leurs fonctions ; ils deviennent le siège de dégénérescences variées ; quelquefois ce sera un cancer de l'estomac qui viendra terminer la série toujours croissante des troubles organiques. Il peut arriver que la peau se nettoie rapidement, brusquement même ; c'est alors qu'il faut redouter l'éclosion d'accidents internes formidables. Le psoriasis peut cesser d'étaler sur le tégument externe ses papules squameuses, mais alors les poumons peuvent s'infiltrer de tubercules. A peine un eczéma fluent a-t-il quitté les deux jambes, par exemple, qu'un catarrhe suffocant peut emporter le malade.

Nous avons donc établi sur des bases solides l'existence de la diathèse herpétique ; nous la connaissons dans son expression symptomatique, dans son mode de développement, dans sa marche : mais là ne doit pas se borner notre étude ; nous devons encore nous demander s'il n'y a pas, pour combattre ses funestes effets, un médicament spécifique.

Il y en a un, moins sûr, moins efficace, nous l'avouons, moins rapide et moins constant dans ses effets que le mercure et l'iodure de potassium dans la syphilis, que le sulfate de quinine dans les fièvres palustres ; c'est l'arsenic. Son action peut être comparée à l'action de l'iode dans la scrofule ; elle se fait sentir lentement, mais elle est réelle, incontestable.

Vous ne l'administrerez pas à toutes les périodes de la maladie et contre toutes ses formes. Ainsi, l'affection a-t-elle un caractère aigu, inflammatoire, vous aurez recours aux émollients, aux révulsifs intestinaux, aux diurétiques, et non pas à l'arsenic, qui, poussant à la peau, augmenterait encore son état phlegmasique ; mais, quand les lésions cutanées auront perdu leur caractère inflammatoire, ou quand, de prime abord, elles se présenteront avec une forme chronique, employez l'arsenic, employez-le d'une façon soutenue, méthodique, longtemps continuée, et vous verrez quels bons effets il produira. Nous l'administrons sous l'une ou l'autre de ces deux formes, soit en solution, et voici la formule de cette solution :

Arséniate de soude. . . .	10 centigrammes.
Eau distillée.	500 grammes.

Nous faisons prendre de une à deux grandes cuillerées de cette solution à chacun des trois repas, ce qui fait de 6 à 12 milligrammes du sel arsenical par jour, et en trois doses, ou bien nous employons la forme pilulaire, et chacune de nos pilules est composée de :

Arséniate de soude	1 milligramme.
Extrait de gentiane	10 centigrammes.

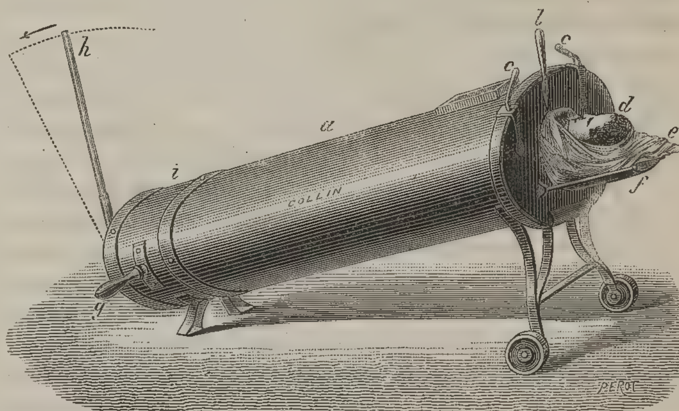
Nous en donnons de six à douze par jour, en trois fois et toujours au moment des repas, l'assimilation du médicament se faisant plus facilement pendant la digestion et ne nécessitant pas alors, pour l'estomac, un travail supplémentaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1881. — Présidence de M. Legouest.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

M. Woillez présente un nouveau spirophore modifié, qu'il a fait construire par M. Collin.



a cylindre recevant le corps ; *b* poignée servant à manœuvrer le couvercle ; *cc* tiges mobiles pour la fermeture ; *d* tête passée par l'ouverture du couvercle ; *e* toile imperméable à maintenir appliquée du menton au sinciput ; *f* support de la tête ; *g* une des deux poignées pour soulever et entraîner l'appareil ; *h* levier pour pratiquer l'aspiration ; *i* siège du soufflet aspirateur.

DISCUSSION

M. Depaul demande à M. Woillez s'il a fait des expériences avec ce nouveau modèle de spirophore sur des enfants nouveau-nés. Dans dix expériences que M. Depaul avait faites avec le modèle ancien de M. Woillez, il a constaté que pas une seule bulle d'air n'avait pénétré dans la poitrine de neuf des enfants, et que le dixième en avait à peine reçu quelques bulles imperceptibles.

M. Woillez répond qu'il n'a fait aucune expérience personnelle sur des nouveau-nés, s'en remettant aux accoucheurs pour étudier ce point spécial de la question.

COMMUNICATION

M. Bouley annonce à l'Académie que, dans des expériences d'inoculation du virus charbonneux faites par M. Pasteur à l'école d'Alfort sur quatre moutons, dont deux vaccinés préalablement, on a vu ceux-ci résister, tandis que les autres étaient morts dans les trente-six heures.

A Vincennes, on a vacciné du charbon trois cents animaux, qui, actuellement, se portent tous bien.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. Hardy présente la main d'un homme mort récemment dans son service, à l'hôpital de la Charité, après avoir présenté les symptômes habituels de la pellagre. Cet homme, en effet, était atteint depuis dix-huit mois d'une diarrhée incoercible, d'une dépression notable du système nerveux caractérisée par de l'hébétude, de l'absence de mémoire, de la paralysie incomplète des jambes, et, de plus, d'une éruption érythémateuse du dos des deux mains.

Sur la main présentée à l'Académie, on peut voir sur le carpe et sur la moitié postérieure des doigts une teinte brune très-pigmentée, couverte d'écailles épidermiques fines et lamelleuses.

Cet homme, mort avec des accidents nerveux, contracture des membres, délire, coma, était profondément alcoolique. Agé de quarante-six ans, il avait commencé ses excès de boissons à quinze ans. A l'autopsie, l'alcoolisme était d'ailleurs manifesté par un état cirrhotique très-prononcé du foie et par la dégénérescence graisseuse du cœur.

Cet homme n'avait jamais mangé de maïs, et M. Hardy pense qu'on doit attribuer les symptômes morbides observés pendant la vie à l'alcoolisme, que M. Hardy a d'ailleurs déjà signalé comme une des causes de la pellagre et particulièrement de la pellagre observée à Paris.

RAPPORT

M. LANCEREAUX, au nom de la commission des épidémies, commence la lecture de son rapport sur les maladies qui ont régné en 1880.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juin 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Maladies du système nerveux. — M. RAYMOND présente un garçon de vingt-quatre ans, qui, en levant un sac d'avoine, pendant qu'il était de service dans un régiment de dragons, sentit un craquement se faire dans son dos. Depuis ce temps, il se mit à boiter de la jambe gauche et présenta un commencement d'atrophie de ce membre qui nécessita son entrée au Val-de-Grâce. L'application de pointes de feu, l'administration d'iodure de potassium étant restées sans résultats, ce malade entra, au mois de mars, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Raymond. Outre la lésion de la colonne vertébrale, la claudication et l'atrophie notable du membre inférieur gauche, M. Raymond constata une notable différence de température dans les deux membres, celle du côté gauche étant beaucoup plus basse que celle du côté droit. Si on fait marcher ce malade, la température du côté droit s'élève, comme cela a lieu à l'état normal, et celle du côté gauche s'abaisse de telle sorte qu'il y a, à un certain moment, 8 à 10 degrés de différence entre les deux membres. Il y a donc là une paralysie vaso-motrice persistante, accrue sous l'influence de la marche.

L'examen des vaisseaux n'a pourtant révélé aucune altération. Il n'y a aucune modification de la sensibilité. Il existe une lésion vertébrale. Il est difficile de s'expliquer la cause de cette vaso-constriction s'exerçant surtout sous l'influence de la marche.

M. BROWN-SÉQUARD cite, à cette occasion, plusieurs exemples d'atrophie considérable, étendue parfois à tout un membre, apparaissant consécutivement à une lésion très-légère.

M. PONCET rappelle avoir cité un cas dans lequel un coup de feu de l'épaule gauche a déterminé une atrophie des muscles de l'épaule droite.

Hystérie chez l'homme. — M. RAYMOND communique, en outre, l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui entra à l'hôpital Tenon, présentant tous les signes d'une phthisie avec sueurs profuses.

Ces sueurs générales diminuèrent notablement sous l'influence de pilules de sulfate d'atropine de 1 milligramme ; mais elles furent bientôt remplacées par des sueurs localisées aux mains, d'une abondance telle que ce garçon, qui est bijoutier, ne pouvait plus exercer son état. Des injections sous-cutanées d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine les faisaient disparaître, mais seulement pour quelques heures. Des injections d'un quart de milligramme de duboisine exerçaient encore une action plus marquée. L'application de courants induits sur la région cervicale et au niveau du plexus brachial resta sans effet sur ces sueurs locales. L'application pendant quatre minutes de chloral anhydre sur la région du cou amena une zone d'anesthésie sur le pourtour, un peu de sommeil, mais ne modifia pas davantage la sécrétion sudorale.

Pendant ce temps, la phthisie s'était arrêtée dans sa marche et le malade ne toussait plus. M. Raymond se décida à lui donner du bromure de potassium et à lui faire prendre des douches. Depuis ce temps, les sueurs ont complètement disparu, mais cet homme a de véritables attaques d'hystérie, avec hémianesthésie et contracture. En un mot, on constate chez lui tout ce qui, chez la femme, caractérise la grande hystérie ; il a eu de l'anurie, des vomissements, etc. La compression du testicule du côté de l'hémianesthésie arrête l'attaque. Donc, sous l'influence du traitement hydrothérapique, les sueurs ont totalement cessé, mais elles sont aujourd'hui remplacées par une hystérie absolument complète.

M. LANDOUZY rappelle avoir communiqué l'observation d'un garçon de onze ans qu'il a pu suivre, en 1875, dans le service de M. Labric et qui présentait également tous les phénomènes de la grande hystérie. Tous les traitements mis en usage sont restés sans résultat. Ce garçon est fils d'un père alcoolique et d'une mère nerveuse.

Dégénérations secondaires de la moelle. — M. PITRE adresse une communication sur les dégénérations secondaires de la moelle dans les affections encéphaliques. Ces lésions médullaires se rencontrent aussi bien du côté correspondant à la lésion cérébrale que du côté opposé, dans les cas surtout où la lésion cérébrale occupe la partie antérieure de la capsule interne.

Métalloscopie. — M. TEISSIER adresse une note dans laquelle il démontre que, lorsqu'un métal, appliqué sur la peau, détermine, au point de son application, une dilatation vasculaire, c'est-à-dire une élévation de température, il détermine, du côté opposé, un resserrement vasculaire, c'est-à-dire un abaissement de température.

M. DUMONTPALLIER rappelle avoir signalé ces faits dans son rapport sur la métallothérapie, faits que d'ailleurs M. Burq avait constatés sans les comprendre.

PRÉSENTATION

Sphygmographie totale. — M. FRANCK présente un appareil extrêmement sensible qu'il avait fait construire dans le but d'enregistrer le pouls veineux. Mais cet appareil, appliqué non-seulement sur la veine, mais sur un point quelconque de la face dorsale de la main, traduit des battements très-manifestes. Il y a donc, pour ainsi dire, un pouls total. C'est à l'étude ou à l'enregistrement de ce pouls que M. Franck propose de donner le nom de sphygmographie totale.

RAPPORT

Le venin de serpent. — M. COUTY lit, au nom de M. de Lacerda, une note d'après laquelle le venin de serpent serait « un suc digestif se rapprochant beaucoup du suc pancréatique ».

Quelques gouttes de venin du surucucu (lachesis rhombeata), diluées dans l'eau à 30 degrés et mises en contact prolongé avec des fibres musculaires dissociées, les ont d'abord pâlies, puis au bout de seize heures les ont rendues molles et friables, et ce ramollissement avec odeur *sui generis* était beaucoup plus complet au bout de quarante-huit heures.

Du blanc d'œuf cuit a été dissocié encore plus rapidement, et de l'huile a été émulsionnée par deux gouttes de la même solution de venin, mais les fécules n'ont pas été transformées en sucre.

D'après l'auteur, ces diverses constatations jettent un grand jour sur la nature du venin ; il devient facile d'assimiler à des phénomènes digestifs les effets locaux si curieux que produit l'inoculation du venin, comme il devient possible d'expliquer ses effets généraux.

M. Couty fait ensuite en son nom la communication suivante :

En présence des opinions nouvelles qu'a adoptées mon collaborateur, je crois utile de maintenir toutes nos anciennes conclusions, telles qu'elles ont été formulées dans diverses notes à l'Académie des sciences, et je vais résumer la série d'observations qui nous ont amenés à les poser, sans ignorer que beaucoup de ces faits ont été constatés par d'autres.

Le venin de serpent est un agent spécial ; injecté sous la peau ou dans un organe, s'il n'y a pas de rupture vasculaire, il se fixe en produisant des lésions locales, et, au moins chez les espèces supérieures, chien, lapin ou singe, il ne passe pas dans le sang.

Injecté par une veine, il peut tuer par le cœur, par la respiration ou par le système nerveux, en produisant auparavant les troubles les plus irréguliers.

Ce liquide inabsorbable, agissant tantôt sur un appareil et tantôt sur un autre, n'est donc pas un poison ou un agent toxique.

Il produit, au lieu de troubles, des lésions dont la nature nous a paru caractéristique. Injecté dans le sang d'un chien ou d'un singe, il détermine des congestions et des hémorrhagies viscérales, cardiaques, pulmonaires, intestinales, méningées, plus ou moins généralisées.

Injecté dans un tissu ou un organe chez les mêmes animaux, il produit des inflammations locales, phlegmons, abcès, myosites, pleurésie, etc., qui pourront guérir ou entraîner une mort tardive par les mécanismes habituels de ces affections.

Ces inflammations sont moins visibles sur les animaux inférieurs, grenouille, tortue, poule ou lapin; mais elles existent, et au niveau de l'injection on constate sur les grenouilles que les muscles perdent plus ou moins leur contractilité, comme on observe sur les poules ou les cobayes des infiltrations rouges et du ramollissement assez variables.

Ces inflammations locales, si le venin est introduit dans un organe, ces lésions congestives hémorrhagiques généralisées s'il est poussé dans le sang, ne sont pas dues à une action caustique ou irritante.

Il n'y a pas de destruction immédiate de tissu comme pour les caustiques; l'inflammation, bornée d'abord à de l'infiltration hémorrhagique, suit lentement et en plusieurs jours toutes ses phases, et la nécrobiose, si elle se produit, est un phénomène ultime.

Si on injecte avec le venin ou un peu après lui d'autres liquides, curare, chloral, strychnine, dans les mêmes points, ces substances sont rapidement absorbées; l'inabsorption du venin chez les animaux supérieurs n'est donc pas due aux lésions locales irritatives qu'il produit.

De même, sur les grenouilles, le venin injecté sous la peau des pattes tue également vite, quelle que soit la position qu'on donne à l'animal, ce qui distingue cette substance des caustiques, et de plus son action est toujours assez lente; si on remplit le cœur d'une grenouille de venin, on le voit continuer à battre pendant un temps très-long et souvent plus d'une heure.

D'autres faits vont nous permettre de mieux classer ce venin.

Les congestions ou les hémorrhagies viscérales que son injection intra-veineuse produit sur les chiens ou les singes siégent toujours dans les organes inflammables, dans les poumons, dans l'endocarde gauche à l'exclusion du droit, dans les méninges à l'exclusion de la substance nerveuse, plus rarement dans l'estomac ou dans les reins ou dans la muqueuse intestinale.

Les lésions inflammatoires qui suivent son introduction locale sont très-violentes, presque immédiates dans les poumons, considérables aussi, mais moins rapides dans le tissu cellulaire ou les séreuses, plus lentes dans les muscles et nulles ou à peu près dans l'estomac ou les intestins. De plus, il est exact, comme on l'a dit, que les lésions sont proportionnelles à la quantité de venin injecté. Cette proportionnalité n'a rien de rigoureux, et pour la même dose du même venin on peut observer dans le même organe toutes les formes d'inflammation.

Enfin la gravité de ces lésions générales ou locales, leur extension quand elles sont locales, augmentent avec le jeune âge de l'animal ou avec l'espèce considérée, et, à poids égal, un singe est peut-être mille fois plus sensible au venin qu'une grenouille.

Le venin se comporte donc comme un agent pathogénique capable *de choisir les organes ou les animaux* susceptibles de lésion inflammatoire, et, ne pouvant le classer ni parmi les poisons, ni parmi les irritants locaux, nous avions été amenés, M. de Lacerda et moi, à le considérer comme un agent pathogénique.

Ces conclusions déduites de près de deux cents expériences faites pendant mon séjour à Rio, au laboratoire du musée, je puis les appuyer sur d'autres expériences que j'ai commencées récemment au laboratoire de M. Vulpian.

J'ai d'abord répété avec du venin de serpent bothrops des expériences aujourd'hui classiques sur les virus, et j'ai constaté les faits suivants.

Comme l'ont vu Fontana et d'autres, du venin bouilli plusieurs fois conserve toutes ses propriétés. Du venin filtré sur du papier, sur de la ouate ou sur du plâtre, reste actif et son activité a paru seulement diminuée. Plusieurs de ces venins, déjà vieux, contenaient quelques bactéries variables; on les a cultivées dans du bouillon de poule, et toujours, à la première comme à la deuxième culture, on a abouti à une prolifération de formes très-diverses et surtout de bâtonnets et de granulations. Quand on a injecté sur des animaux normaux soit ces produits de culture soit du liquide d'une inflammation due au venin, on a toujours constaté des phénomènes différents de ceux du venin et comparables à ceux des inflammations ou des fièvres putrides, irréguliers et variables comme eux. S'il résiste à l'ébullition et aux filtrations, s'il reste incapable de culture ou d'inoculation même lorsqu'il semble contenir des bactéries, le venin n'est donc pas un virus, et cet agent pathogénique doit être classé à côté des agents inflammatoires.

Mais cette conclusion s'applique-t-elle à tous les venins, ou seulement à celui de quelques serpents? Pour le rechercher, j'ai commencé l'étude des autres venins par celle du venin de crapaud. Je savais déjà, par les études de Claude Bernard, de Vulpian, de P. Bert, que ce venin serait très-différent de celui de serpent, et en effet, comme ces auteurs, j'ai constaté d'abord que le venin de crapaud était beaucoup moins actif que celui de bothrops; j'ai vu aussi qu'injecté sous la peau, il produisait en passant dans le sang des accidents généraux; j'ai constaté enfin que, sur les grenouilles comme sur les chiens, il déterminait le plus souvent la mort par arrêt cardiaque.

Mais j'ai pu faire d'autres observations.

Injecté sous la peau d'un chien, ce venin produit bien des vomissements répétés, des convulsions tardives et d'autres symptômes très-variables; mais, si l'animal ne meurt pas, on verra se former peu à peu au niveau de l'injection des infiltrations, des phlegmons et plus rarement des abcès; comme aussi on constatera sur la grenouille dont ce venin aura arrêté le cœur que les muscles de la patte au niveau de l'injection ont perdu leur contractilité et leur fonctionnement bien plus complètement que l'appareil cardiaque lui-même.

De même, si on injecte le venin de crapaud dans le sang, ou s'il y passe en grande quantité après l'injection sous la peau, on observera des troubles variables de forme et de nature sans localisation ou succession définie, et, à l'autopsie, on trouvera de petites plaques hémorrhagiques de l'endocarde et des poumons moins considérables, moins constantes, moins généralisées que celles du venin de serpent, mais en somme analogues.

Tous ces faits, qu'il faudra compléter, me semblent prouver que le venin de crapaud constitue une sorte de venin de serpent atténué, moins fixable par les éléments anatomiques et par suite absorbable, mais analogue au fond, quant à la distinction de ses lésions générales et locales comme aussi quant à la variabilité de ses effets.

Par suite, je crois être autorisé à ne pas isoler le venin de serpent des autres venins et à affirmer dès aujourd'hui l'existence d'une nouvelle classe de substances, les venins distincts des poisons et des virus, et comparables comme effets aux agents pathogéniques inflammatoires.

Maintenant quelle est la nature réelle de ces divers agents, quelles relations ont-ils avec les virus ou les irritants locaux, quel est le mécanisme d'une inflammation? Ce sont là autant de points qu'il faudra résoudre pour arriver à être plus précis, et la possession d'un liquide comme le venin, son étude, facile quoique souvent dangereuse, pourront justement y aider.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les candidats qui ont été refusés à un examen de réception antérieurement au 15 juin et qui désireraient se présenter de nouveau devant les jurys avant les vacances sont invités à consigner avant le dimanche 3 juillet 1881.

Passé cette date leur consignation ne serait pas admise.

— L'un des pavillons de l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart, qui, depuis longtemps déjà, menace ruine, va être très-prochainement reconstruit. Il serait à désirer aussi que le bâtiment du Musée, qui est en mauvais état et menace de s'effondrer, fût également réédifié.

Le rapport, présenté à ce sujet au Conseil municipal par M. le docteur Bourneville, invite, de plus, l'administration de l'Assistance publique à faire procéder régulièrement à la désinfection des corps envoyés à l'amphithéâtre et à l'enlèvement quotidien des débris de cadavres. C'est pour ces restes humains que la commission, dont notre confrère est rapporteur, renouvelle encore une fois le vœu relatif à la crémation des corps qui ont servi aux études anatomiques.

— M. le professeur Baillon fera le dimanche 3 juillet 1881 une herborisation à Chaville, Bellevue et Villebon. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse où l'on prendra le train de huit heures cinq minutes du matin pour la station de Chaville.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste du cours de géologie au Muséum, fera, dimanche prochain 3 juillet 1881, une excursion géologique publique à Rosny, Bry-sur-Marne et Champigny. Le rendez-vous est à la gare de l'Est (ligne de Mulhouse) où l'on prendra, à dix heures quarante-cinq minutes du matin, le train pour Rosny. On sera de retour à Paris à cinq heures cinq minutes du soir.

La compagnie des chemins de fer de l'Est consentant à une réduction de 50 p. 100 sur le prix du trajet, il sera délivré des cartes soit au laboratoire de géologie du Muséum, soit à la gare dix minutes avant le départ.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11385.

N° 76. — SAMEDI 2 JUILLET 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 2 JUILLET 1881. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La vue inconsciente.

Un fait extrêmement instructif pour l'analyse physiologique des phénomènes de la vision peut être actuellement observé dans le service de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 19.

Il s'agit d'un homme complètement aveugle et qui a conservé intacts les mouvements réflexes de la pupille sous l'influence de la lumière et ses mouvements d'accommodation quand le malade fait effort comme pour regarder de près ou de loin.

Ainsi cet homme ne voit pas, il ne pourrait pas distinguer le jour de la nuit; il n'a conscience d'aucune perception lumineuse; et pourtant tout se passe dans son œil comme s'il voyait.

Du reste, quand on examine le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, il paraît à peu près normal ; la papille est un peu pâlie, mais sans altération notable portant sur elle ou sur ses vaisseaux.

La cécité est survenue dans des circonstances exceptionnelles, que nous devons brièvement rapporter.

Le 2 janvier 1871, en combattant contre les Prussiens, cet homme reçut un coup de sabre qui le blessa au haut du front: la pointe du sabre avait pénétré profondément dans le cerveau, à ce qu'il raconte. Après une perte de connaissance de quelques minutes, il se releva et put se traîner jusqu'à une maison voisine, d'où il fit encore le coup de feu.

Il guérit vite de sa plaie ; mais, depuis lors, il resta sujet aux maux de tête. De temps en temps, durant les premiers mois, ces douleurs de tête devenaient très-vives ; il s'y joignait un sentiment de vertige, et la vision était abolie pendant une dizaine de minutes. Cette cécité passagère ne laissait pas de trace dans les intervalles, et cet homme put reprendre son état de terrassier après sa sortie de l'armée.

En 1879, il travaillait près de Compiègne pour la compagnie du chemin de fer du Nord, quand, dans le mois de juin, il fut pris de maux de tête violents qui persistèrent durant plusieurs semaines et qui se compliquaient souvent de mouvements convulsifs des yeux.

Le 16 juillet suivant, vers huit heures du matin, il eut tout à coup une attaque pendant laquelle il tomba en arrière et resta plus d'une heure sans connaissance. Quand il revint à lui, il voyait encore bien ; il reconnut parfaitement ses camarades qui se pressaient pour le secourir ; mais sa vue devint rapidement de moins en moins nette, et, six heures plus tard, il était complètement aveugle.

Le 1er août, il fut reçu dans le service de M. Panas. Il y était déjà depuis près de deux mois, lorsque, à la suite d'une seconde attaque qui l'avait frappé dans son lit, il fut atteint d'une hémiplégie complète de tout le côté droit.

Quant à la cécité, depuis le 16 juillet 1879, elle a persisté absolue, mais avec les anomalies indiquées plus haut, c'est-à-dire avec la conservation de tous les mouvements de la pupille, d'accommodation, ou réflexes.

Or, pour que les réflexes persistent, il faut nécessairement que l'impression, frappant un nerf centripète, soit par lui reçue et transmise jusqu'à quelque noyau central, d'où partent des filets moteurs.

Tout mouvement réflexe est donc la preuve d'une mise en action réelle, quoique pouvant être inconsciente, d'un nerf qui perçoit des sensations.

Dans le cas actuel, on peut dire que, si cet homme ne voit pas, son nerf optique voit.

Pour la vision, c'est identique à ce que, pour le tact, la douleur, etc., on a nommé *sensibilité inconsciente*.

Ici, la sensation visuelle est inconsciente ; elle ne pénètre pas jusqu'au *sensorium commune*, elle reste étrangère à ce qu'on appelle le *moi* en philosophie.

Mais elle a été réellement perçue, comme à l'ordinaire, par le nerf optique, sous la même forme que chez ceux qui voient. Elle s'est transmise par son intermédiaire jusqu'à des cellules nerveuses qui lui ont permis d'agir sur les filets moteurs de la pupille.

Jusqu'à ce point du centre nerveux, et, en retour, jusqu'à la pupille, tout s'est passé comme à l'état normal.

C'est la vue inconsciente, mais c'est encore la vue.

Pour que la vue inconsciente soit possible, il faut que la lésion cérébrale n'ait pas son siège dans le premier noyau central, où aboutit le nerf optique. En effet, si ce premier noyau était affecté, le fond de l'œil le serait lui-même proportionnellement, et il ne l'est pas.

D'ailleurs l'analyse des symptômes et la situation de la blessure éloigneraient l'idée d'une lésion primitive des noyaux centraux de l'encéphale.

Peut-être la partie affectée du cerveau est-elle tout à fait superficielle ; peut-être est-ce la couche grise des circonvolutions. S'il en est ainsi, comme M. Panas nous en a exprimé l'espoir, l'autopsie de cet homme pourrait un jour apprendre à quelle circonvolution aboutit le sens de la vue. On acquerrait alors une notion précise de physiologie cérébrale que les expériences sur les animaux n'ont pu fournir.

Les souffles anémiques de la région du cœur.

L'étude des bruits de souffle perçus à la région précordiale chez les anémiques est entrée depuis quelque temps dans une phase nouvelle.

On s'attache à déterminer leurs localisations diverses, leurs formes possibles, les circonstances qui peuvent faire varier leur intensité, leurs causes probables.

Ainsi que nous l'avons déjà vu dans de précédentes Revues cliniques, on ne croit plus que ces bruits soient le résultat direct, sans intermédiaire, de l'état du sang. On sait, en effet, que souvent, chez les mêmes sujets anémiques, on les voit paraître et disparaître sans que l'état du sang ait changé, pas plus dans sa plasticité que dans le nombre de ses globules. D'ailleurs il est des anémiques qui le sont au plus haut degré sans présenter de bruit de souffle. Il en est d'autres qui le sont à peine, avec des bruits de souffle intense. Ces propositions, formulées d'abord par M. Peter à propos des souffles vasculaires de la région du cou, doivent être généralisées à tous les genres de souffle qui peuvent se faire entendre dans l'anémie et dans la chlorose. Tous sont variables par nature, et c'est là peut-être la donnée la plus importante pour leur diagnostic différentiel d'avec les souffles organiques.

Les variations spontanées de ces souffles, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire celles qui surviennent sans cause appréciable apparente, sont certainement moins fréquentes à la région précordiale qu'au cou.

Mais à la région précordiale les bruits de souffle anémique varient suivant la position que l'on donne au malade, suivant que ses poumons sont plus ou moins pleins d'air; en un mot, dans des conditions qu'il est facile de reproduire.

Quelquefois même ce ne sont pas seulement des modifications que l'on provoque ainsi, c'est une disparition complète des bruits anomaux ; tandis que, dans d'autres circonstances, ils peuvent se renforcer au double ou même au triple.

De là des théories nouvelles sur le mécanisme de ces bruits, que l'on tend à considérer comme extracardiaques, au moins en partie.

Ce qui complique la question, c'est qu'ils sont loin d'avoir toujours le même siège ; le plus souvent, il est vrai, comme l'a démontré dans ces dernières années M. Constantin Paul, ils se font entendre dans le second espace intercostal du côté gauche, tout près du bord gauche du sternum, c'est-à-dire au niveau de l'artère pulmonaire. Mais souvent aussi ils s'étendent dans un sens qui ne répond pas à la direction de cette artère, jusque dans le troisième, le quatrième espace intercostal, et même beaucoup plus loin. Souvent ils ont même leur maximum à la pointe du cœur.

C'est là un fait très-important, incontestable, que les praticiens ne devront plus perdre de vue.

Naguère encore, on supposait que tous les bruits de souffle de la pointe se rattachaient nécessairement à une lésion organique, les bruits causés par l'anémie ne pouvant siéger qu'à la base. Les conséquences de cette erreur, dans certains cas, pouvaient être graves.

On en revient maintenant. On sait que la localisation des souffles anémiques vers la pointe du cœur, loin d'être impossible, n'est même pas rare.

Les observations de ce genre se multiplient, et, tout en s'inspirant des idées de M. Constantin Paul, un de ses élèves, M. le docteur Gabourin, dans une thèse intitulée : *Contribution à l'étude de l'anémie en général ; du bruit de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire*, constate en ces termes ce fait clinique : « Il existe encore un autre type de bruit de souffle qui, selon nos observations, est le plus commun après celui que nous avons cité en premier lieu (celui qui occupe le second espace intercostal gauche). Toujours à gauche du sternum, ce bruit se prolonge vers la pointe du cœur, où, la plupart du temps, il s'établit *en augmentant d'intensité*. Le troisième foyer paraît siéger sur la valvule mitrale. »

Ce n'est pas tout. Outre ces bruits dont le foyer le plus intense, dont le *maximum* est à la pointe, mais qui sont encore systoliques, comme les bruits normaux de l'anémie, on a signalé des bruits diastoliques, qui seraient dus à la même cause. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

Revenons au bruit qui siège au niveau de l'artère pulmonaire et qui se fait entendre durant la systole. C'est de beaucoup le plus fréquent. Pour expliquer son mécanisme, deux théories sont en présence.

Les uns l'attribuent aux vibrations d'une colonne liquide et le placent dans l'appareil circulatoire. On en fait, par exemple, le résultat d'un spasme de l'orifice de l'artère pulmonaire, spasme nerveux, se rattachant, comme bien d'autres spasmes, à l'anémie, et rétrécissant sur un point le calibre de cette artère. Cette explication a pour elle la grande autorité de notre maître Trousseau, qui faisait de la chlorose une maladie nerveuse par cette raison même.

D'autres, nous l'avons déjà dit, cherchent pour les bruits anémiques une origine extracardiaque, ou mieux *extra-circulatoire :* ils y voient l'effet d'une impulsion, donnée certainement par le cœur, mais retentissant sur d'autres organes.

Les arguments ne manquent pas pour étayer cette opinion que résume admirablement une formule de M. Grancher : « Ce sont des bruits rhythmés par le cœur et mesurés par le poumon. »

Rhythmés par le cœur, la chose est certaine, puisque ces bruits se font toujours entendre au même moment de la révolution cardiaque.

Mais *mesurés par le poumon,* pourquoi? C'est ce qu'il faut étudier au point de vue clinique.

Nous avons dit plus haut que le souffle anémique variait dans de grandes proportions avec l'état de plénitude plus ou moins grande des poumons.

Prenons des exemples. En ce moment, dans le service de M. Grancher, deux anémiques présentent des bruits de souffle intense dans le second espace intercostal gauche. L'une d'elles doit son anémie à des pertes sanguines d'une abondance extraordinaire, qui se renouvellent chaque mois et durent une quinzaine de jours. C'est une fille vierge, dont la membrane hymen ne permet pas un examen local approfondi.

L'autre, toute jeune encore, présente une chorée récidivée et tous les signes pathognomoniques de l'anémie, sui-

vant M. Gueneau de Mussy, pâleur sous-nasale, leucorrhée, etc.

Chez ces deux malades, quand elles respirent doucement, sans interruption et sans effort, dans la position assise, on n'entend qu'un léger souffle systolique dans le second espace intercostal gauche. Mais si, après une expiration aussi profonde que possible, on les fait rester quelque temps sans respirer de nouveau, ce souffle se renforce au point d'être au moins double ou triple de ce qu'il était d'abord.

Chez d'autres, à ce qu'il parait, ce ne serait pas l'expiration, mais, au contraire, l'inspiration forcée qui conduirait au même résultat.

Ainsi la mesure du bruit de souffle se trouve, dans tous les cas, donnée par le poumon, soit qu'il s'accroisse après l'ampliation, soit qu'il se renforce après le retrait de cet organe.

La formule de M. Grancher, au point de vue clinique, est donc rigoureusement exacte.

Quant à la théorie, elle a pour s'étayer deux sortes d'arguments :

D'une part, elle peut s'appuyer sur des considérations anatomiques. Sur un très-grand nombre de cadavres ouverts dans ce but, M. Grancher a constaté que le bord du poumon gauche venait normalement recouvrir l'artère pulmonaire près du bord gauche du sternum. Rempli d'air, ce bord du poumon pouvait produire un bruit de souffle quand il était mis en vibration par le choc de l'onde sanguine projetée par le cœur dans l'artère pulmonaire.

D'une autre part, elle s'appuie encore sur une observation clinique qui paraît presque démonstrative. Une malade de M. Grancher, atteinte de phthisie pulmonaire, présentait un bruit de souffle anémique très-marqué dans le second espace intercostal, alors que les lésions tuberculeuses n'occupaient encore qu'une zone étroite au-dessous de la clavicule. La maladie fit des progrès rapides, affaiblissant de plus en plus cette femme et diminuant le nombre des globules du sang. Si le bruit de souffle précordial se fût produit dans le système vasculaire, s'il eût eu pour cause exclusive l'état du sang, il aurait dû s'accroître chaque jour davantage. Mais, au contraire, il disparut quand la partie du bord du poumon qui recouvrait l'artère pulmonaire, envahie par les tubercules, se carnifia et devint imperméable à l'air. En effet, suivant M. Grancher, la lame vibrante de tissu pulmonaire aéré n'existant plus, le souffle n'avait plus de raison d'être.

On a dit que, dans certains cas, très-rarement, les souffles organiques du cœur pouvaient se renforcer à la suite d'une profonde inspiration. M. le docteur Cuffer l'avait prétendu à propos d'un malade atteint d'insuffisance mitrale. M. le docteur Baudisson, dans une thèse intitulée : *Contribution à l'étude de la pathogénie et du diagnostic des bruits extracardiaques*, parle de deux malades atteints d'une lésion organique du cœur et sur lesquels il avait observé le même fait. Mais ce renforcement, s'il existe, est bien peu marqué par rapport à ce qu'on peut observer pour le souffle anémique.

C'est dans l'anémie également que les changements de position produisent des modifications quelquefois très-considérables. Ceci ne cadrerait pas mal avec la théorie des bruits extracardiaques, théorie à laquelle on ne peut reprocher que d'être trop peu compréhensive ; car on ne voit pas bien comment on pourrait l'appliquer soit aux bruits diastoliques, soit au foyer siégeant à la pointe du cœur, soit au foyer siégeant vers l'orifice mitral sans lésion organique du cœur.

Ascite idiopathique sans lésion d'organes chez une jeune fille.

Voici encore une observation semblable à celles qui ont été publiées dans les numéros du 21 mai et du 25 juin de la *Gazette des hôpitaux*. C'est M. le docteur Lagrange (de Poitiers) qui nous l'adresse :

« Je possède », dit-il, « à mon actif médical un fait absolument identique :

« Au mois de décembre 1871, exerçant alors à Aulnay (Charente-Inférieure), je fus appelé, à 5 kilomètres, auprès d'une jeune fille de treize ans, grande, forte, n'ayant jamais été malade ; cette jeune fille, après avoir beaucoup couru, s'était couchée sur la terre et avait été prise, à la suite du refroidissement qui s'en était suivi, d'une ascite qui, au moment où je la vis, était déjà très-volumineuse.

« Je traitai cette ascite jusqu'au mois de février 1872, et, après m'être assuré qu'aucune lésion n'existait, je pratiquai, à cette époque, une ponction qui donna issue à 14 litres environ d'un liquide clair citrin. Ce liquide ne se reproduisit pas, et la santé demeura constamment bonne à ma connaissance jusqu'au mois de juin 1879, époque à laquelle je laissai Aulnay, c'est-à-dire pendant plus de sept années.

« Les faits de cette nature sont-ils très-rares ? Je l'ignore ; toujours est-il que je n'ai rencontré que celui-ci pendant treize années d'exercice médical. »

PHYSIOLOGIE

Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel.

Par M. le docteur E. Gley.

Ancien aide de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, licencié ès lettres (1).

Pour la première fois en France, la méthode graphique vient d'être appliquée à l'étude physiologique du travail intellectuel.

« La physiologie, disait Cl. Bernard dans ses leçons sur le *Problème de la physiologie générale* (15 décembre 1867), ne saurait borner son rôle à expliquer les fonctions les plus grossières du corps humain ; elle doit éclairer aussi les mécanismes de la psychologie : elle est appelée, par conséquent, à réagir directement sur les opinions philosophiques. »

La psycho-physiologie, en effet, a prouvé qu'elle avait droit à l'existence. Les faits de conscience sur lesquels l'ancienne psychologie se plaisait surtout à voir la marque d'un pur esprit dégagé du moindre lien corporel, la pensée, la réflexion, le raisonnement abstrait, en un mot les opérations intellectuelles sont des phénomènes désormais susceptibles de déterminations physico-chimiques précises. Il est bien admis aujourd'hui que tous les actes psychiques ont besoin, pour se produire, d'un certain temps facilement mesurable, que ces actes déterminent dans les centres nerveux une élévation de température appréciable aux instruments ordinaires, enfin qu'ils s'accompagnent d'une décomposition de la substance cérébrale, d'où proviennent des produits de désassimilation dosables. Ainsi, dit Byasson, l'exercice de l'activité cérébrale proprement dite ou de la pensée s'accompagne de la production plus abondante et de l'apparition simultanée dans les urines d'urée, de phosphates et de sulfates alcalins. De même, Sulzer et Strubing ont constaté l'augmentation de phosphates dans les urines sous l'influence du travail intellectuel, et Fustier a montré que l'acidité de l'urine est

(1) Thèse de Nancy, 1881.

augmentée par l'activité cérébrale, ce qui est rationnel, puisque les acides constituent des termes avancés de combustion.

Tous ces résultats démontrent les effets du travail intellectuel et prouvent que le phénomène psychique le plus élémentaire ne peut être indépendant de la substance nerveuse. C'est en s'appuyant sur ces travaux que Schiff, Mantegazza et Herzen ont prétendu réduire la pensée à une forme du mouvement, transformation ultime de la chaleur solaire.

Avant toute expérimentation, il était rationnel de supposer que la quantité du sang augmente dans le cerveau qui travaille. On sait, en effet, que l'activité de tout organe est en raison des afflux sanguins. Qu'on empêche l'arrivée du sang dans un organe, bientôt les fonctions de l'organe sont abolies. La ligature de l'artère principale d'un membre paralyse ce membre. Tout le monde connaît l'expérience de Brown-Séquard qui, liant les artères qui se rendent à la tête d'un chien, a déterminé la mort de la tête, le corps restant en vie, et inversement, a pu faire revivre la tête en rétablissant le cours du sang dans les artères.

Dans un muscle, dans une glande qui fonctionne, il y a un courant sanguin plus rapide que durant le repos de l'organe.

De même pour le cerveau, l'influence de la circulation sur l'activité cérébrale est indiquée par un certain nombre de faits bien connus par l'observation vulgaire. Restait à prouver par l'expérimentation la réalité positive de ces modifications circulatoires. Sans doute la nature du sujet n'exclut pas, à la rigueur, les expériences sur les animaux. Mais on ne peut facilement, à volonté et à coup sûr, faire raisonner des chiens et des chats.

Les expériences sur le travail cérébral devaient donc plus naturellement porter sur l'homme.

A l'étranger, Thanhoffer s'est servi du sphygmographe; mais ses recherches n'ont pas une complète précision. En appliquant un sphygmographe à la radiale, il a trouvé que l'activité cérébrale a sur le pouls une influence incontestable et que la respiration modifie cette action. Le professeur Mosso a plus complètement étudié la question. Ses expériences portent sur deux hommes et sur une femme qui présentaient une perte considérable des os frontaux, particularité grâce à laquelle le savant italien a pu inscrire les mouvements du cerveau simultanément avec les tracés fournis par le pléthysmographe (appareil destiné à enregistrer les variations de volume de l'avant-bras sous l'influence des changements survenant dans la circulation).

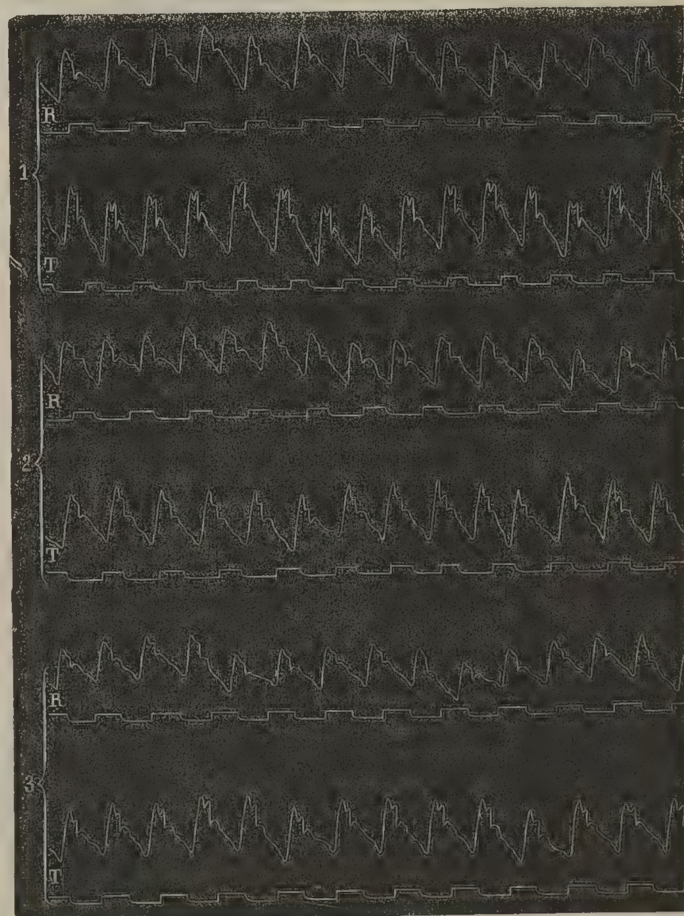
Notons, de son intéressant mémoire, les résultats qui concernent notre sujet. Pendant l'activité cérébrale, le pouls de l'avant-bras est plus fréquent et plus petit, et il y a une notable diminution de volume de l'avant-bras. D'autre part, par suite d'un afflux de sang plus considérable, le cerveau augmente de volume. Ainsi donc, contraction pour l'avant-bras, et pour le cerveau dilatation des vaisseaux pendant le travail intellectuel et indépendamment des influences respiratoires, tels sont les deux phénomènes observés par Mosso.

Parallèlement à ces recherches, M. Gley a étudié les modifications survenant dans la carotide elle-même au moyen d'un sphygmographe à transmission appliqué sur la carotide, c'est-à-dire qu'il a exploré la circulation cérébrale, non plus par différence, mais directement. Ses recherches ont été faites dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de Nancy, dont il était préparateur, et sous la direction de M. le professeur Beaunis.

Appliquée au pouls carotidien, la méthode graphique donne, en effet, beaucoup plus nettement qu'au pouls radial la forme de la pulsation. Saisir et enregistrer des modifications circulatoires aussi délicates que celles dont il s'agit n'était pas encore une difficulté expérimentale bien considérable; ce n'était que l'affaire d'une ingénieuse installation des appareils.

Mais ce qui présentait une difficulté plus sérieuse, ce qui donne un grand intérêt et une autorité incontestable aux expériences de l'auteur, c'est la rigueur avec laquelle, faisant toutes ses expériences sur lui-même, M. Gley a évité toutes les causes d'erreur et a pu obtenir des résultats réellement comparables. Ayant donc pris toutes les dispositions nécessaires pour enregistrer le pouls carotidien en conservant la même attitude, en se servant toujours des mêmes appareils, en expérimentant tous les jours à la même heure et toujours dans les mêmes conditions, etc., etc., l'auteur inscrit le pouls pendant une période de repos cérébral aussi absolu qu'on peut l'obtenir; puis, sans déranger les appareils, sans changer d'attitude, etc., il inscrit le pouls pendant une période égale de travail intellectuel (lectures de philosophie et de géométrie). Le fait capital est donc la comparaison des deux tracés sphygmographiques.

Nous publions ci-dessous un exemple de ces tracés :



Pouls de la carotide gauche.

N° 1 : R, pulsations pendant le repos de l'esprit; T, pendant le travail intellectuel. Au-dessous de chaque ligne, la ligne des secondes. — Nos 2 et 3 : *idem.*

Les tracés se lisent de gauche à droite.

Chaque groupe, I, II, III, représente une expérience. Dans l'expérience I, la première ligne R représente le tracé du pouls pendant le repos intellectuel. La ligne T correspond au pouls enregistré absolument dans les mêmes conditions, mais pendant le travail cérébral. La ligne intermédiaire donne la mesure du temps au moyen d'un signal électrique mis en communication avec un pendule qui interrompt le courant à chaque seconde.

On voit donc, en comparant ensemble les tracés R^1 avec T^1, R^2 avec T^2, R^3 avec T^3, que le pouls a toujours subi les mêmes modifications pendant le travail intellectuel.

La fréquence du pouls a un peu augmenté : les battements du cœur sont plus nombreux (augmentation de une à six pulsations par minute) pendant le travail cérébral. De plus, cette fréquence paraît être en raison directe de l'intensité de l'attention ; ainsi l'augmentation de six correspond aux études (géométrie) moins familières à l'auteur.

Mais, à elle seule, la fréquence n'a pas de signification très-précise, car la quantité de sang qui arrive à un organe dans un temps donné peut n'être pas dépendante du nombre des pulsations. Il

faut étudier les autres éléments fournis par la courbe sphygmographique.

L'amplitude, c'est-à-dire la hauteur de la pulsation, est plus grande pendant le travail ; cela indique que l'intensité, la force du pouls carotidien a augmenté. Cette amplitude correspond au maximum de dilatation artérielle ; en général, elle est, comme la fréquence, en rapport inverse avec la pression artérielle. L'artère se dilate donc plus pendant le travail intellectuel.

Notons aussi que la ligne d'ascension du tracé est plus verticale et plus rapide pendant le travail cérébral, ce qui indique encore une diminution de pression.

Quant à la forme du pouls, la pulsation dans son ensemble est encore manifestement plus grande ; il passe donc plus de sang dans l'artère carotide pendant le travail que pendant le repos cérébral. Le dicrotisme est aussi manifestement plus accentué, et il est double, ce qui indique encore une diminution de tension artérielle qui augmente l'élasticité du vaisseau.

Des tracés cardiographiques démontrent d'autre part que ces modifications ne viennent pas du cœur ; le cardiographe n'a révélé aucun changement dans la contraction du cœur durant le travail intellectuel.

Le pneumographe n'a non plus accusé aucune modification de la respiration. Enfin le sphygmographe à transmission, appliqué sur l'artère radiale, a donné des résultats inverses de ceux fournis par l'artère carotide, c'est-à-dire que, pendant le travail intellectuel, on constate la petitesse de l'ensemble, la diminution de l'amplitude de la pulsation et l'obliquité de l'ascension. Ces résultats concordent avec ceux des belles expériences de Mosso.

En résumé, il est donc bien démontré que, pendant le travail intellectuel, il y a : 1° augmentation du nombre des battements du cœur, qui paraît être en raison directe de l'intensité de l'attention ; 2° dilatation de l'artère carotide et dicrotisme plus marqué du pouls carotidien ; les phénomènes inverses à l'artère radiale ; 3° ces caractères sont d'autant plus marqués que l'attention est plus forte ; 4° ils persistent un certain temps après que l'activité cérébrale a cessé ; 5° ces modifications ne dépendent ni de l'activité cardiaque ni de la respiration ; 6° elles tiennent à une influence vaso-motrice.

Voilà donc bien établie une suractivité circulatoire dans l'encéphale durant le travail intellectuel. S'il en est ainsi, c'est qu'il y a suractivité des cellules nerveuses, excitation qui réagit sur les centres des vaso-moteurs et amène la dilatation artérielle. Sans doute on ne donne pas ainsi la preuve immédiate du fonctionnement des cellules nerveuses, on ne précise pas à plus forte raison la nature de ce fonctionnement ; mais, au moins, on prouve que la substance cérébrale est intéressée dans le travail mental, et que ce travail du cerveau ne se produit pas sans la condition requise pour celui de tout autre organe : l'augmentation de l'afflux sanguin. Si donc la circulation du sang a une telle influence sur la pensée, c'est que les cellules nerveuses fonctionnent pendant que la pensée se produit et pour qu'elle se produise. La pensée, qui a besoin de sang pour être entretenue, détermine par réaction l'augmentation de l'afflux sanguin nécessaire à sa production. Le cerveau, dit M. Beaunis, ne sécrète pas la pensée, comme le dit une phrase trop célèbre, car on ne peut assimiler une sécrétion à un fait de conscience ; mais il est aussi indispensable à la production de la pensée que le foie à la production de la bile.

Qu'on rapproche de ce phénomène de l'afflux sanguin celui de la désassimilation cérébrale et celui de l'élévation de la température des centres nerveux pendant l'activité psychique, et l'on reconnaîtra la possibilité d'appliquer au travail cérébral non pas une, mais plusieurs mesures qui se compléteront réciproquement les unes par les autres. Ce n'est plus qu'une question de procédés, très-difficile incontestablement, mais qui peut être résolue.

Les psycho-physiologistes arriveront un jour à faire pratiquement ce que Lavoisier déjà exprimait avec tant de clarté quand il écrivait que « l'on pourrait évaluer ce qu'il y a de mécanique dans le travail du philosophe qui réfléchit, de l'homme de lettres qui écrit, du musicien qui compose. Ces efforts considérés comme purement moraux ont quelque chose de physique et de matériel qui permet de les comparer à ceux que fait l'homme de peine. »

L'idée de Lavoisier a été déjà réalisée en partie dans les expériences faites à Nancy, par L. Grandeau (*Note sur la bascule physiologique et ses applications*, in *Comptes-rendus Acad. des sciences* 1877, p. 455) : « Un homme adulte, assis sur la bascule, y demeure en repos pendant vingt minutes ; pendant les vingt minutes suivantes, il lit à haute voix sans s'arrêter ; enfin, pendant le dernier tiers de l'expérience, il garde de nouveau un repos complet. La courbe des variations du poids du corps pendant cette heure accuse, pendant la durée de la lecture, une perte très-sensiblement supérieure à celle des vingt premières minutes, perte en partie compensée par une diminution dans l'émission d'eau et d'acide carbonique durant les vingt minutes suivantes. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Kystes dermoïdes de la bouche. — M. NICAISE a opéré, en 1877, une petite fille âgée de cinq ans, qui portait, sur la face inférieure de la langue, un kyste dermoïde gros comme une noisette, mobile, à parois minces, à contenu blanc-jaunâtre, pâteux. L'énucléation fut faite facilement. Ce kyste se continuait par une sorte de pédicule qui allait s'insérer sur les apophyses géni ; la dissection de ce pédicule fut minutieuse ; intérieurement, il était canaliculé et tapissé par une sorte de peau. L'opération, malgré cela, fut des plus simples, et la guérison fut complète et définitive. Mais, si ce pédicule n'avait pas été totalement enlevé, il y eût eu probablement récidive. Les observations de ce genre sont très-rares. La première a été présentée à la Société de chirurgie par M. Larrey. Dans ce cas, le diagnostic était très-facile ; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme l'a montré l'observation de M. Anger.

M. DESPRÈS exprime le regret que, dans ce cas, l'examen microscopique du liquide n'ait pas été fait.

M. POLAILLON fait un rapport sur une communication de M. Combalat (de Marseille) précisément relative à un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui, depuis son enfance, portait une tumeur dont la marche avait été très-lente, qui s'était accrue progressivement et qui avait atteint le volume d'une mandarine. M. Combalat crut d'abord avoir affaire à une variété particulière de grenouillette ; cependant, comme il lui restait quelques doutes, il fit une ponction exploratrice qui montra aussitôt qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. L'opération fut faite facilement par la bouche ; une ponction, au cours de l'opération, donna issue à 80 grammes de liquide ; la dissection montra que la tumeur prenait son point de départ sur le maxillaire inférieur, entre les deux muscles génio-glosses. L'examen microscopique montra la texture cutanée de la tumeur ; il y révéla la présence de poils, de graisse, d'épithélium, etc. La guérison fut très-prompte ; il n'y eut pas de récidive. Il s'agit donc là d'un nouvel exemple de kyste dermoïde du plancher de la bouche.

M. DESPRÈS. Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont facilement confondus avec des grenouillettes. Cependant, quand une fois on les connaît, cette confusion est impossible. Tout au plus pourrait-on les confondre avec des lipomes. Mais ces derniers sont très-rares dans cette région.

M. ANGER fait remarquer que la tumeur dont il a parlé n'était pas un kyste dermoïde, mais un kyste mucoïde, qu'elle n'occupait pas la ligne médiane, mais le côté gauche.

Transformation séreuse des abcès froids. — M. TERRILLON, à l'occasion du fait présenté dans la dernière séance par M. Le Dentu, communique l'observation suivante qu'il a recueillie pendant qu'il remplaçait M. Duplay à Saint-Louis : un homme de quarante ans, charbonnier, était tombé sur le moignon de l'épaule ;

trois mois et demi, environ, après cette chute, apparut à la partie postérieure de l'omoplate une tumeur, indolente, mais ayant pour effet de rendre difficiles les mouvements du bras. Cette tumeur, dans l'espace de quelques mois, était devenue grosse comme le poing, allongée, fluctuante, adhérente à l'omoplate ; la paroi qui la séparait de la peau était fort épaisse ; il n'y avait pas de points douloureux ; l'épaule était indemne de toute lésion ; les muscles sus-épineux, sous-épineux et deltoïde étaient atrophiés. Je pensai avoir affaire à un abcès froid ; je fis une ponction et retirai un liquide jaune, citrin, filant, contenant seulement quelques grumeaux ; je fis alors l'opération suivante : avec le thermocautère, je fendis la poche kystique dans son plus grand axe, je la vidai; après quoi je pus constater qu'il existait au niveau de l'omoplate une membrane fibreuse très-épaisse, anfractueuse, dont je cautérisai toute la surface et que je laissai suppurer. Cet homme a très-bien guéri sans fistule. S'agit-il là d'une lésion osseuse, d'une périostite externe ou d'un abcès froid en voie de transformation séreuse ? C'est plutôt à cette dernière opinion que je me rattacherais.

M. VERNEUIL. Je ne trouve pas qu'il y ait autant d'analogie entre le fait de M. Le Dentu et celui de M. Terrillon. Il est regrettable que, dans le fait de M. Terrillon, l'examen microscopique n'ait pas été fait. L'omoplate est, comme on le sait, une région d'élection pour les gommes. Je me rappelle un fait où l'on pouvait croire avoir affaire à un énorme ostéo-sarcome ; je pensais déjà à la résection de l'omoplate. Cette tumeur présentant deux points fluctuants, je fis une ponction avec l'appareil Dieulafoy, et je retirai un liquide épais, analogue à celui dont a parlé M. Terrillon. J'eus recours au traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium. Dans l'espace de trois mois, cette énorme tumeur, sous l'influence de ce traitement, avait presque complètement disparu.

Peu de temps après, je lisais dans les mémoires de Langenbeck la relation de plusieurs faits analogues. Il y a près de six mois, une dame des environs de Liége vint me consulter pour une volumineuse tumeur de la région de l'omoplate ; je fis une ponction qui donna les mêmes résultats que dans les cas précédents ; je prescrivis le traitement mixte, et cette dame est aujourd'hui presque complètement guérie. En résumé, en présence d'une tumeur de la région de l'omoplate, il faut toujours penser à la possibilité d'une de ces tumeurs gommeuses dont cette région paraît être le siége de prédilection.

M. TERRILLON. Les gommes qui acquièrent ce volume ont généralement de la tendance à ulcérer les parties voisines, tandis qu'ici il s'agissait d'une véritable poche enkystée. C'est donc plutôt de l'abcès froid que de la gomme que semble devoir être rapprochée cette tumeur.

M. LEFORT, dans les faits de ce genre, a obtenu de bons résultats d'applications de teinture d'iode.

M. LE DENTU rappelle que, dans son cas, la poche était très-ancienne. Il n'est pas douteux pour lui qu'il s'agit là d'une transformation séreuse du pus d'abcès froids. C'est là un mode de guérison spontanée d'abcès froids, encore relativement assez fréquent.

Emploi de la bande élastique de caoutchouc vulcanisé. — M. MARC SÉE a obtenu de très-bons résultats de l'emploi de cette bande dans les cas suivants :

1° Dans les cas d'infiltration œdémateuse des membres, et particulièrement dans l'œdème dur si pénible du membre supérieur des femmes atteintes de cancer du sein en voie de généralisation ; 2° dans l'infiltration séro-plastique consécutive aux inflammations diffuses ; 3° dans les infiltrations ou épanchements sanguins ; 4° dans les épanchements séreux des articulations (hydarthroses) ; 5° dans les inflammations phlegmoneuses circonscrites ou diffuses ; 6° dans l'ecthyma des membres, les ulcères calleux, variqueux ; 7° dans les plaies récentes accidentelles ou chirurgicales réunies par la suture ; c'est, dans ces cas, un puissant adjuvant des pansements antiseptiques.

Pour éviter les accidents, la compression doit être très-faible ; la traction sur la bande, très-légère ; les tours doivent se recouvrir dans le tiers de leur largeur ; la bande doit être renouvelée tous les deux ou trois jours et réappliquée après avoir été lavée dans l'eau phéniquée.

Les bons effets obtenus par l'emploi de cette méthode reposent sur deux propriétés des bandes de caoutchouc : leur élasticité et leur imperméabilité. Par leur élasticité, elles exercent une pression efficace, continue ; par leur imperméabilité, elles constituent une barrière infranchissable aussi bien aux produits de la sécrétion cutanée qu'aux agents extérieurs. C'est, en cela, un puissant adjuvant des pansements antiseptiques.

M. NICAISE fait observer que le caoutchouc gris vulcanisé irrite les plaies ; c'est pourquoi, depuis assez longtemps déjà, il ne se sert plus, pour les tubes à drainage, que du caoutchouc noir ou du caoutchouc rouge.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a, depuis longtemps, fait cette observation.

M. VERNEUIL. Dans les cas d'œdème d'origine cardiaque ou rénale, théoriquement on est en droit de se demander s'il n'y a pas d'inconvénients à supprimer brusquement l'infiltration des membres et à refouler dans le reste du torrent circulatoire d'aussi grandes quantités de liquides.

M. MARC SÉE répond à M. Nicaise que les tubes en caoutchouc rouge déterminent aussi de la suppuration le long de leur trajet.

L'objection de M. Verneuil est très-importante. Cependant je n'ai pas remarqué, en ayant soin d'insister sur les diurétiques, que la compression élastique eût de sérieux inconvénients. Peut-être aurait-on des accidents si l'on poussait trop loin cette compression. Mais, exercée modérément, elle procure aux malades un grand soulagement.

M. LE DENTU, en exerçant une compression avec une simple bande sur un œdème du membre supérieur symptomatique d'un cancer du sein en voie de généralisation, a bien supprimé l'œdème, mais en provoquant une dyspnée telle qu'il a pour jamais renoncé à ce moyen.

M. THÉOPHILE ANGER communiquera dans la prochaine séance un cas d'éléphantiasis du membre inférieur guéri par la compression à l'aide de la bande élastique.

M. POZZI a vu, dans le service de Broca, un cas d'éléphantiasis du membre supérieur très-notablement amélioré par la compression élastique et ouatée.

Polype naso-pharyngien. — M. LE DENTU présente un garçon de seize ans qu'il a opéré l'année dernière d'un polype naso-pharyngien par la cautérisation avec des flèches de chlorure de zinc, à travers une fente faite préalablement à la voûte palatine avec le thermocautère.

Il avait ainsi, du premier coup, obtenu la mortification totale du polype. L'exophthalmie, qui était considérable, avait disparu ; la vue, presque complètement perdue, était revenue. Or, depuis deux mois, sa vue se perd de nouveau ; il y a de la névro-rétinite avec un commencement d'atrophie papillaire.

Y a-t-il eu là une irritation par compression qui a suffi pour amener cette névro-rétinite tardive ? Le chiasma des nerfs optiques est-il influencé par une portion de la tumeur restée dans le sinus sphénoïdal ? Ce sont là des questions difficiles à résoudre. Il y a une véritable ostéoplasie secondaire de la face qui se trouve, par ce fait, notablement élargie. Que pourrait-on faire maintenant pour ce malade ?

M. LEFORT. Il y a là évidemment une continuation de la maladie vers le sinus sphénoïdal. Peut-être pourrait-on arriver sur la tumeur par la voie faciale et agir ensuite sur elle par l'électrolyse.

Ostéomyélite. — M. NICAISE présente le fémur d'un homme qui a succombé dans son service à l'âge de soixante-un ans. Cet homme avait une ostéomyélite du fémur qui remontait à l'âge de dix-huit ans ; ce qui ne l'a pas empêché d'exercer pendant quarante ans la profession de commis-voyageur.

A la suite d'une fluxion de poitrine, contractée il y a quelques mois, il est entré dans une sorte de déchéance, et sa jambe a été, à partir de ce moment, beaucoup plus malade. On voit très-nette-

ment sur la coupe de ce fémur des lésions anciennes et des lésions récentes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la nomination à deux emplois de prosecteur de la Faculté de médecine de Paris s'est terminé le 29 juin 1881 par la nomination de MM. Brun et Jarjavay.

— L' Académie de médecine et le corps des médecins des hôpitaux viennent de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Maurice Raynaud, médecin de la Charité et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur, docteur ès lettres et dont la thèse : *Les médecins du temps de Molière*, a eu un grand retentissement. Notre regretté confrère est mort subitement mercredi dans la soirée, sans que rien dans l'état de sa santé pût faire prévoir un pareil dénouement. Le matin même il avait fait comme d'habitude sa visite d'hôpital. Il aurait succombé, dit-on, à une angine de poitrine. M. Maurice Raynaud était à peine âgé de cinquante ans, et faisait partie de l'Académie — section de pathologie médicale — depuis deux ans. Les obsèques auront lieu demain samedi, à onze heures du matin, à l'église Saint-Eugène.

— Nous apprenons aussi avec le plus vif regret la mort de M. le docteur Chantreuil, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, qui a succombé hier soir à une péritonite suppurée, à l'âge de quarante ans. M. Chantreuil était agrégé de la Faculté depuis 1875.

— Nous avons encore le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Sainte-Claire Deville, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Académie des sciences, décédé à Boulogne-sur-Seine le 1er juillet 1881, à l'âge de soixante-trois ans.

— En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon à partir du 1er septembre 1881, dans le but de pourvoir à treize emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

Le registre d'inscription sera clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

— Les examens pour les trois licences ès sciences commenceront, à la Faculté des sciences de Paris, le mercredi 27 juillet 1881. Le registre des inscriptions sera ouvert du mardi 5 au vendredi 15 juillet, de dix heures du matin à midi. Les candidats sont tenus, en s'inscrivant, de consigner les droits réglementaires, soit une somme de 102 fr. 25, et de déposer : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de bachelier ès sciences ; 3° les reçus de leurs quatre inscriptions.

— Une place d'interne en médecine est vacante à la Maison nationale de Charenton. Les internes sont choisis parmi les élèves en médecine qui, ayant pris toutes leurs inscriptions et ayant passé un examen de doctorat, ont été attachés pendant au moins une année, en qualité d'internes, à un service d'aliénés, ou ont concouru avec succès pour les fonctions d'élève externe dans les hôpitaux de Paris.

Les candidats devront adresser leur demande au ministre de l'intérieur avec les certificats d'aptitude à l'appui.

— M. E. Oustalet, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, commencera ses conférences d'ornithologie le lundi 4 juillet 1881, à dix heures, dans la galerie de zoologie, et les continuera les lundis et les vendredis suivants à la même heure. Ces conférences auront pour principal objet l'étude des questions relatives à l'organisation et à la distribution des oiseaux.

— La Société de médecine de Toulouse vient de décerner le prix J. Naudin, d'une valeur de 1,000 francs, sur les théories panspermistes, à MM. d'Ardenne (de Toulouse) et Leriche (de Mâcon).

— L'Académie royale de Belgique a mis au concours la question suivante : déterminer par de nouvelles expériences et par de nouvelles applications le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. — La valeur du prix est de 1,200 francs. — La clôture du concours est fixée au 31 décembre 1882.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation dans les bois de Chaville et de Viroflay, le dimanche 3 juillet 1881. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à dix heures trois quarts du matin, pour prendre le train partant de Paris à onze heures pour la station de Chaville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le docteur Carpentier-Méricourt, revues par l'auteur. Quatrième fascicule, tome deuxième. *Traitement des maladies du foie et des reins*. 1 vol. grand in-8° de 244 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

La médecine littéraire et anecdotique, par MM. les docteurs G. WITKOWSKI et X. GORECKI. 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, C. Marpon et E. Flammarion.

Contribution au traitement de la pleurésie purulente, indications et contre-indications de la pleurotomie, opération de l'emphysème par l'incision intercostale, par le docteur ROBERT. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11396.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

THÉORIE DES MALADIES ÉBAUCHÉES

ET DE LA VACCINATION GÉNÉRALE.

Je comptais prendre la parole mardi dernier à l'Académie, à l'occasion du procès-verbal, pour résumer la théorie de la vaccination générale, que j'ai proposée il y a une vingtaine d'années, et que la *Gazette des hôpitaux* a si obligeamment rappelée dans son numéro du jeudi 23 juin. Mais l'ordre du jour était si chargé que j'ai été obligé de garder le silence. D'ailleurs l'Académie, encore sous le charme de la brillante oraison *pro Murena* prononcée par M. Bouley dans l'avant-dernière séance, n'aurait peut-être pas été disposée à accueillir un document qui tendait à prendre une part quelconque de la découverte qu'on lui a dit être la plus grande de ce siècle. Quoi qu'il en soit, c'est à la *Gazette des hôpitaux* que je crois devoir adresser ce document : il sera la justification du souvenir qu'elle a gracieusement accordé à mes premières idées sur les *maladies ébauchées* considérées comme point de départ des expériences qui se pratiquent aujourd'hui en vue d'une méthode générale de vaccination.

Ainsi que la *Gazette des hôpitaux* l'a rappelé, c'est surtout à l'occasion de la discussion sur la fièvre jaune que j'ai formulé, en 1863, mes principes et mes prévisions. Mais ces principes et ces prévisions, dont la première origine remonte à l'épidémie cholérique de 1832, n'ont pas cessé, comme on va le voir, de me préoccuper depuis cette époque.

Dès 1832, date de mes premières observations sur la *période prémonitoire du choléra* et sur les *formes ébauchées de cette maladie*, j'ai cherché à établir que toutes les maladies virulentes sont, comme le choléra, précédées d'une période d'incubation accusée pendant plusieurs jours par des accidents prodromiques inaperçus jusqu'alors. En effet, ce n'est pas le fait seulement d'une période d'incubation, mais les manifestations morbides par lesquelles cette période se traduit et dont j'ai établi et prouvé l'existence, qui constituent le premier échelon de la doctrine.

Pour prouver l'importance et la nouveauté de mes observations, il suffit de rappeler les dénégations et les oppositions violentes dont elles ont été l'objet à l'occasion de chacune des applications que j'en ai faites : au *choléra* d'abord, puis à la *fièvre puerpérale*, à la *morve*, à la *fièvre jaune*, à la *peste*, à la *pustule maligne*, au *typhus charbonneux*.

Mais ce fait, dans sa généralité comme dans chacune de ses applications, est aujourd'hui accepté. On n'en conteste plus que l'origine, et on la conteste, cette origine, en disant que le fait était connu de tout temps parce qu'il a toujours existé. Cela rappelle l'ancien contradicteur de la méthode sous-cutanée, Velpeau, qui, ne trouvant plus de prédécesseur à m'objecter, déclarait que l'auteur de la méthode, *c'était la nature*. (*Bull. de l'Académie.*)

En même temps que je signalais l'existence d'une période prodromique ou prémonitoire du choléra et des autres maladies virulentes, je faisais voir que, dans un grand nombre de cas, la maladie s'arrête à cette période ; que, sous l'influence d'une dose amoindrie du principe virulent ou d'une faible réaction de l'économie, la manifestation morbide est réduite en proportion de l'insuffisance de ces deux éléments de la causalité. Non-seulement je montrais ces atténuations de l'expression particulière de la maladie, mais une atténuation, au début des épidémies, des formes générales de leurs approches. De là, la théorie des formes ébauchées des épidémies de maladies virulentes, et de chacune de ces maladies en particulier. La démonstration de ces deux ordres de faits s'est naturellement reproduite à chaque épidémie depuis l'établissement de la doctrine, et toute incertitude à l'égard de l'identité de la maladie ébauchée avec la maladie réalisée a été levée par le fait de la reproduction de l'une par la transmission de l'autre. C'est ainsi que, avec des choléras ébauchés, des fièvres jaunes ébauchées, des morves ébauchées, des pestes ébauchées, on a vu la maladie se produire complètement et provoquer des épidémies dans des localités restées jusque-là indemnes.

Aux trois ordres de faits qui précèdent, période prémonitoire, formes ébauchées des maladies et formes ébauchées des épidémies, j'ai ajouté le suivant :

Jusqu'à la mise en lumière des observations qui précèdent, on ne connaissait la transmission des maladies épidémiques et leur génération que comme un résultat numérique de chaque transmission individuelle. En d'autres termes, la collectivité morbide ne représentait que la somme des contacts ou des inoculations, comme un nombre d'enfants vaccinés ne représente qu'un même nombre de vaccinations. N'est-ce pas ainsi que les contagionistes de profession envisagent la transmission et la généralisation des maladies contagieuses par les navires, par les effets, par les individus : les uns et les autres considérés comme dépositaires du prin-

cipe qu'ils transmettent, et qu'ils transmettent comme ils l'ont reçu? Mais l'observation et l'induction m'avaient mis sur la voie d'un autre fait.

Une fois arrivé à son développement intégral chez un ou plusieurs malades, l'élément virulent contagieux a des conséquences et des effets imprévus : je veux parler d'un travail de génération et de généralisation en vertu duquel toutes les maladies virulentes et contagieuses ont la propriété de centupler, de millionner, dans l'organisme, le principe morbide qui les produit. Que voyons-nous, en effet, à la suite de l'inoculation de la variole ou de la morve, c'est-à-dire à la suite de l'introduction dans l'économie d'une parcelle imperceptible du principe contagieux; que voyons-nous, dis-je, sous l'influence de cet ensemencement à dose homéopathique? Une fermentation de tous les liquides, et des altérations profondes de tous les systèmes de l'économie; et, comme témoignage de cette fermentation générale et de cette multiplication d'altérations, — dans la variole par exemple, — une éruption générale, la peau entièrement recouverte de pustules qui contiennent des milliers de fois la quantité de semence inoculée. On comprend donc ainsi le développement et la multiplication, par l'organisme, du principe morbide qui lui a été confié; c'est-à-dire, n'est-ce pas, cette fermentation et cette multiplication par culture qui joue un si grand rôle dans la théorie des germes?

Ce quatrième fait, ce quatrième échelon de la théorie des formes ébauchées des maladies, n'est donc pas plus contestable que les précédents. En voici un cinquième et dernier :

Il était généralement accepté qu'une première atteinte de variole, de fièvre jaune, de fièvre typhoïde, confère une sorte d'immunité à ceux qui l'ont contractée : tel est le point de départ de toutes les inoculations préventives. J'ai cherché à établir, dans la discussion sur la fièvre jaune, que cette immunité résulte aussi bien des formes ébauchées de la maladie que de ses formes les plus graves; et c'est ainsi que j'ai expliqué l'espèce d'immunité générale dont jouissent les naturels des pays où règnent la fièvre jaune et autres maladies zymotiques. J'ai vu dans ce fait de préservation, et je l'ai dit explicitement, comme une sorte de vaccination produite par les atteintes ébauchées, souvent méconnues, de la maladie indigène, et c'est par cette vaccination que j'ai expliqué le fait de l'acclimatation.

Tels sont les cinq ordres de faits que comprend la théorie des formes ébauchées des maladies virulentes, théorie qui m'a conduit, comme vous l'avez dit excellemment, à prévoir et à formuler dans des conclusions très-explicites les tentatives d'atténuation des virus, de vaccination générale, dont les dernières applications ont si fort émerveillé les admirateurs de l'expérimentation artificielle. Mais cette expérimentation, toute merveilleuse qu'on la considère, a-t-elle fait autre chose que de reproduire et de mettre en pratique les enseignements de l'observation inductive qui l'avaient dès longtemps précédée? Pour justifier ces assertions et édifier plus complètement vos lecteurs à l'endroit des rapprochements dont vous avez pris si obligeamment l'initiative, je vous demande la permission de terminer cette lettre en reproduisant mes conclusions textuelles de 1863, auxquelles vous avez fait allusion dans votre article.

1° *Inoculation de la fièvre jaune* (1). — « Comme conséquence des idées développées dans cette argumentation, je demande à l'Académie la permission de soulever une question qui n'a pas été abordée par M. Mélier; je veux parler de la possibilité d'inoculer la fièvre jaune comme moyen de soustraire les malades aux conséquences si graves de la maladie spontanée.

« On a vu qu'il est des cas nombreux de fièvre jaune ébauchée ou atténuée qui guérissent pour ainsi dire d'eux-mêmes; on a vu que ces cas paraissent surtout tenir à une sorte d'affaiblissement du principe virulent, par suite de transmissions individuelles successives; on a vu ensuite que, selon toute probabilité, ces atteintes légères de la maladie sont la cause de l'immunité dont jouissent ceux qui viennent habiter les pays où règne la fièvre jaune. La conséquence de ces deux ordres de faits mis en présence, n'est-elle pas qu'il serait possible à la médecine de réaliser artificiellement ce que la nature produit spontanément sous ses yeux? Le problème consiste donc à déterminer, à préciser les conditions qui, de la part du malade qui fournit la contagion, et de la part de celui qui la reçoit, amènent le principe contagieux à un degré de bénignité propre à ne réaliser que la fièvre jaune ébauchée, et à isoler le principe contagieux lui-même, comme on est parvenu à le faire par la vaccine pour le typhus des bêtes à cornes.

« 2° *Théorie générale de la vaccination.* — Je ne terminerai pas sans saisir cette occasion d'émettre quelques idées qui me préoccupent depuis longtemps à l'endroit de la théorie générale de la vaccination; elles sont en quelque façon la conséquence et la preuve de ce qui précède.

« Le fait général de la préservation du plus grand nombre des maladies infectieuses résultant d'une première atteinte m'a toujours paru contenir l'explication de ce bienfait mystérieux de l'immunité vaccinale. Pour moi, en effet, la vaccine, c'est l'inoculation du principe varioleux atténué, dilué et modifié par son passage à travers l'espèce bovine ou chevaline, et l'éruption vaccinale, c'est l'éruption variolique atténuée, localisée.

« 3° *Conclusions.* — Il est permis d'espérer que l'inoculation du principe de la fièvre jaune, atténuée par une troisième ou une quatrième transmission isolée, aura pour effet de créer une immunité de la maladie analogue à l'immunité vaccinale pour la petite vérole.

« 4° La théorie de l'immunité vaccinale, comprise dans sa généralité comme elle doit l'être, permet d'espérer que toutes les maladies virulentes et contagieuses, telles que la fièvre jaune, la peste, le typhus, le typhus charbonneux, la fièvre typhoïde épidémique, etc., seront un jour inoculables à titre de préservation vaccinale, lorsqu'on aura déterminé les *conditions* et les *règles* propres à déterminer le principe contagieux de la maladie à son plus faible degré de virulence et de contagiosité, et lorsque ce principe aura pu être isolé. »

Docteur Jules Guérin,
Membre de l'Académie de médecine.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Tumeur pré-auriculaire. — II. Imperforation de l'anus, bride cicatricielle. — III. Récidive de fistule à l'anus.

I. Je vais opérer, à la fin de cette leçon, un jeune garçon de vingt-cinq ans, palefrenier, qui porte, depuis cinq ans, au-

(1) Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, séance du 30 juin 1863. — Discussion Jules Guérin sur la fièvre jaune, pages 834 à 864.

devant de l'oreille gauche une petite tumeur qui était grosse comme un pois ordinaire et roulant sous la peau, lorsqu'il s'en aperçut pour la première fois. Comme antécédents personnels, nous ne trouvons rien d'autre que des croûtes dans les cheveux pendant son enfance et plus tard une fièvre typhoïde qui a très-bien guéri.

Il y a un an, cette tumeur, qui avait grossi peu à peu, assez lentement, et avait atteint le volume d'une noisette, a pris tout à coup un accroissement rapide au point d'être actuellement comme un abricot de moyenne grosseur. C'est en raison de la difformité de la face à laquelle elle donne lieu qu'il est venu à l'hôpital nous demander de l'en débarrasser. Lorsque l'on examine ce malade, il est facile de se rendre compte de l'existence d'une tumeur située au-devant du cartilage du conduit auditif interne, sur la région parotidienne, tumeur qui soulève un peu le lobule de l'oreille. Elle n'est pas adhérente à la peau, elle n'est pas non plus adhérente aux parties profondes, et, bien qu'elle amène quelque gêne dans les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire si l'on exerce quelque pression sur elle, elle ne semble cependant pas adhérer au col du condyle de la mâchoire. Elle n'est pas douloureuse. En résumé, elle me paraît s'être développée entre l'aponévrose parotidienne et la peau.

A la palpation, elle donne la sensation d'une tumeur mobile, lobulée, formée d'un lobule central, primitif, un peu plus dur, et de lobules secondaires périphériques. Ces différents lobules sont tous durs et élastiques; ils ne renferment aucun liquide, et ne sont douloureux ni à la pression ni spontanément. La peau qui les recouvre est saine, normale, sans aucune adhérence, et permettra ainsi une dissection facile de la tumeur.

Le diagnostic n'est pas très-difficile, cependant la plupart des concurrents du bureau central ont cru qu'elle s'était développée dans la parotide. Pour moi, il n'en est pas ainsi, et je la considère, en raison de sa situation et de sa mobilité très-grande, comme développée dans l'un des ganglions lymphatiques pré-auriculaires. En effet, une tumeur formée dans la parotide y reste ordinairement confinée et se développe lentement au dehors; ici, au contraire, la tumeur a toujours été roulante sous la peau, au début comme aujourd'hui encore, et de plus elle est tout à fait pré-auriculaire, son siège est très-bien délimité en dehors de la glande parotidienne. Ce n'est donc pas un chondrome parotidien.

Ce n'est pas non plus une simple hypertrophie ganglionnaire, mais bien une tumeur composée d'éléments divers : 1° analogues au caséum, jaunâtres, comme on en rencontre dans les ganglions du cou qui sont malades depuis longtemps, ayant l'aspect d'un marron cru, en un mot d'une matière phymatoïde, caséeuse; 2° un point central cartilagineux.

Il est certain que cette tumeur peut avoir détruit en arrière l'aponévrose parotidienne et, se propageant en profondeur, être allée se loger dans le tissu parotidien. Dans tous les cas, elle ne s'y est pas développée primitivement.

Le pronostic d'une semblable tumeur n'offre aucune gravité; il y a peu de chances de récidive. La tumeur est bénigne, et, n'étaient ses dimensions, n'était la difformité qu'elle entraîne, je regarderais comme inutile de l'opérer.

Quant au procédé opératoire, j'avais tout d'abord songé à employer le thermocautère à cause de la superficialité de la tumeur, mais cet instrument a le défaut d'entraîner après lui de larges cicatrices analogues à celles d'une brûlure, toujours fort disgracieuses à la face. Aussi lui préférai-je l'emploi du bistouri, qui donne lieu à une cicatrice à peine visible.

II. La seconde opération est celle d'une fistule à l'anus ou plutôt d'une bride fistulaire. Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans, qui naquit avec une imperforation anale. Huit jours après sa naissance, un médecin pratiqua une simple incision sur la région de l'anus qui permit l'issue des matières fécales. Mais, au bout d'un mois, l'ouverture artificielle se ferma, des accidents intestinaux graves survinrent, et, l'enfant ayant été conduit à l'hôpital des Enfants-malades dans le service de Giraldès, ce chirurgien perfora l'anus en disséquant l'ampoule rectale et la suturant ensuite avec la peau.

Tous accidents d'obstruction intestinale disparurent, mais l'enfant eut, par contre, une légère incontinence des matières fécales qui persista pendant plus de quinze ans; elle a seulement cessé depuis dix-huit mois.

Si l'on examine actuellement la région anale, on trouve un anus très-infundibuliforme comme il arrive toujours dans le cas de perforation chirurgicale; le doigt rencontre l'extrémité inférieure du rectum et sent très-bien que le sphincter serre suffisamment pour ne pas laisser échapper les matières solides, mais pas assez cependant pour que, en cas de diarrhée, il ne laisse pas les matières liquides s'écouler. Ce n'est pas chez lui un véritable sphincter anal; mais il est arrivé chez notre malade, ce que l'on remarque après toute amputation de l'extrémité inférieure du rectum, c'est-à-dire que les fibres circulaires de celui-ci se sont, avec le temps, sphinctérisées, selon l'expression de Chassaignac.

Quoi qu'il en soit, nous avons là un cas très-intéressant qui nous montre que la perforation chirurgicale de l'anus peut très-bien réussir.

Ceci dit, occupons-nous du motif qui a fait venir ce jeune garçon à l'hôpital. Il se plaint de démangeaisons anales, et, lorsque nous l'avons examiné, nous avons découvert l'existence d'une bride qui sépare l'anus en deux parties, bride étendue du coccyx à la partie antérieure du périnée, bride charnue, épaisse, du volume d'une plume à écrire, qui gêne l'acte de la défécation et coupe en deux les matières fécales. De plus, dans cette bride, on aperçoit deux petites fistulettes conduisant vers le coccyx, dans lesquelles le stylet pénètre assez facilement, qui donnent lieu à un suintement liquide, cause de l'eczéma anal dont se plaint notre malade.

L'opération que nous allons faire sera des plus simples, absolument inoffensive; elle consistera à saisir la bride et à la couper en avant et en arrière avec le thermocautère. L'ablation fera disparaître du même coup les deux fistulettes.

III. Enfin le troisième malade dont j'ai à vous parler est un homme de trente-cinq ans, qui a été opéré il y a quatre ans d'une fistule à l'anus, à l'hôpital Saint-Louis, et, si nous l'en croyons, par la galvanocaustie. Il est resté guéri deux ans, puis il a commencé à avoir des démangeaisons, quelques douleurs, des éraillures de la cicatrice, phénomènes intermittents qui se calmaient pour revenir quelque temps après plus sérieux.

Aujourd'hui les douleurs sont devenues très-vives, et, si l'on examine la région malade, on aperçoit sur la fesse

gauche, près du bord anal, une cicatrice de brûlure de la largeur d'une pièce de 2 francs, cicatrice tendue, luisante, due certainement à un procédé opératoire par ustion. Sur cette cicatrice on voit une crevasse et, sur celle-ci, trois ouvertures fistuleuses. Un stylet introduit par l'une d'elles pénètre dans une cavité assez vaste, mais ne va pas jusqu'au rectum. Cependant, si par le toucher rectal on presse contre les parois de cette cavité, on fait sortir du pus et quelques gaz comme si l'on vidait un abcès. En faisant la manœuvre contraire, c'est-à-dire en pressant de dehors en dedans, rien ne s'écoule par le rectum. Il n'y a donc aucune perforation, aucune communication entre le foyer purulent et l'intestin.

Nous avons donc une fistule borgne externe avec un abcès au centre de la cicatrice cutanée, abcès qui s'est borné à ulcérer la peau et à amincir seulement la cicatrice rectale sans la perforer. Ce qui tiendrait, je crois, au procédé opératoire qui a été employé, à une cicatrice trop large et insuffisamment résistante.

Je vais pratiquer avec le bistouri une large incision, qui intéressera aussi le rectum, et j'exciserai les bords de la plaie pour éviter toute récidive, de façon à remplacer l'ancienne cicatrice par une plaie nouvelle, que nous traiterons ensuite comme telle.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Duguet.

Polyurie simple.

(Observation recueillie par M. Duplaix, interne du service.)

La nommée B... (Marie), âgée de cinquante-six ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur Duguet, pour des accidents dont le début remonte à quatre ans. Avant cette époque, sa santé a toujours été bonne, et un examen attentif ne peut nous révéler le moindre antécédent diathésique. Elle n'est plus réglée depuis une dizaine d'années, les époques menstruelles ont toujours été régulières, et la malade n'accuse rien d'anomal du côté des organes génitaux internes. Je ne dois pas oublier l'aveu de nombreux chagrins domestiques depuis quelques années. Il y a quatre ans, de violents maux de reins apparurent presque subitement sans cause occasionnelle bien nette, et à ces douleurs, limitées dans la région lombaire, s'ajoutèrent des troubles de la vue et de la polyurie. D'abord très-vives et intermittentes, les douleurs lombaires allèrent en s'atténuant et finirent au bout de quelques mois par être excessivement rares; aujourd'hui la malade en a seulement gardé le souvenir. Quant aux troubles de la vue, caractérisés par un obscurcissement passager du champ visuel, ils sont à peine marqués en ce moment, mais il n'en est pas de même de la polyurie. Cet accident, en effet, a non-seulement persisté depuis plusieurs années, mais il a augmenté d'intensité à un tel point que c'est lui qui a contraint la malade à venir à l'hôpital. A chaque instant le besoin d'uriner se fait sentir et la nuit tout sommeil est impossible; il s'ensuit une altération de la santé générale qui augmente tous les jours et un état hypochondriaque qui ne peut que s'accentuer de plus en plus. Cette polyurie coïncide avec une polydipsie également très-considérable. La malade nous dit qu'elle a toujours soif et qu'il lui faut sept à dix litres de liquide pour satisfaire ce besoin. Ces deux phénomènes, polyurie et polydipsie, se sont montrés en même temps, se sont accrus et semblent tout à fait connexes; en effet, plus la soif est vive, plus la polyurie est considérable; celle-ci est en raison directe de la quantité de liquide ingéré.

En présence d'une malade qui accuse ces accidents, nous devions rechercher s'il ne s'agit pas d'un diabète sucré; nous l'interrogeons donc avec soin et nous obtenons les renseignements suivants : L'appétit est excellent, et à certains jours la malade a de la peine à le satisfaire. Cependant il ne semble pas que nous ayons ici une polyphagie bien nettement établie. Les deux mâchoires de notre malade sont totalement dépourvues de dents; il reste seulement par ci par là quelques chicots; la chute des dents paraît s'être faite sans causer de douleurs et presque à l'insu de la malade. Enfin, elle aurait eu l'an dernier une éruption sur la nature de laquelle nous n'avons pu être éclairés et depuis il se montre de temps en temps des furoncles ;aujourd'hui, du reste, nous trouvons un anthrax assez volumineux à la nuque.

Tels sont les phénomènes que nous observons; ils sont très-accentués en ce moment; mais la malade se plaint surtout de la polyurie et de la polydipsie. Elle a beaucoup maigri depuis quatre ans, et cependant elle conserve encore un certain embonpoint.

En examinant attentivement la peau, nous remarquons une sécheresse très-grande de ce tégument en même temps qu'un aspect lisse et luisant caractéristique; de temps à autre se montre un peu de prurit.

Les douleurs de reins n'existent plus aujourd'hui et les troubles légers de la vue font également défaut; du reste l'examen des deux yeux à l'ophthalmoscope n'a pas révélé de lésions profondes des milieux et des membranes de ces organes. Il y aurait eu anciennement de la diplopie passagère, mais elle manque absolument aujourd'hui. Les digestions sont excellentes et les autres organes, cœur, poumons, foie, rate, nous semblent tout à fait sains.

L'examen de l'urine a été très-intéressant, parce que, malgré nos prévisions, nous n'avons pas trouvé de sucre. L'albumine fait également défaut; la recherche de ces substances a été faite tous les jours avec le plus grand soin pendant cinq semaines, temps pendant lequel la malade est restée à l'hôpital, et jamais les réactifs n'ont décelé la plus petite trace de sucre ni d'albumine.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade a été soumise au traitement suivant :

Potion avec 0,005 d'extrait de thébaïque. Houblon. Vin de quinquina. Quatre portions d'aliments. Bains sulfureux.

La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures a été notée tous les jours ainsi que la quantité de liquide ingérée, et toujours nous avons trouvé la polyurie en raison directe de la polydipsie.

Jusqu'au 6 avril, c'est-à-dire pendant les cinq jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, la malade a bu huit litres de tisane et rendu huit litres d'urine. La densité de l'urine émise dans ces cinq jours a oscillé entre 1000 et 1002, et la quantité d'urée dans les vingt-quatre heures a varié entre 16 et 21 grammes. On continue le même régime.

Le 6 avril nous n'avons plus que sept litres d'urine, la malade n'a également bu que sept litres de liquide et la densité de l'urine est montée à 1,005, la quantité d'urée est de 26g,481 en vingt-quatre heures.

Les jours suivants, jusqu'au 15 avril, la malade boit moins; elle ingère tantôt six, tantôt sept litres de liquide, et la quantité d'urine rendue oscille aussi entre six et sept litres. La densité, prise également tous les jours, varie entre 1,002 et 1,005, et l'urée, dont la quantité varie davantage, oscille entre 16 et 23 grammes.

Il semble donc que, sous l'influence de l'opium, la polyurie et la polydipsie aient un peu diminué; du reste la malade mange moins qu'auparavant, mais elle conserve toujours cette grande sécheresse et cet aspect lisse de la peau très-marqué à la face. La dose d'opium est portée de 0g,05 à 0g,10, et nous constatons bientôt une amélioration notable.

A partir du 15 avril, la malade n'urine plus que quatre à cinq litres, jamais elle n'est allée depuis à six litres; elle boit aussi beaucoup moins, et quatre pots de tisane lui suffisent amplement; l'urine est un peu plus foncée; de blanche et claire, elle a jauni un peu; la densité est montée à 1,008, mais l'urée est toujours en quantité très-variable.

La malade reste ainsi jusqu'au 1er mai, tous les accidents qu'elle

accusait se sont très-atténués, mais ils n'ont pas complètement disparus. Quoique diminuée de moitié, la polyurie persiste ; il en est de même de la polydipsie, et il est à craindre que la cessation de l'opium qui paraît avoir provoqué cette amélioration ne détermine la réapparition des accidents avec leur intensité première. C'est dans cet état que la malade quitte l'hôpital, le 9 mai 1881.

Ce fait nous a paru intéressant comme cas de polyurie simple. Malgré l'abondance de l'urine et la quantité de liquide qu'absorbait toujours la malade, nous n'avons jamais trouvé de sucre, l'urée a toujours été dans la normale et la densité n'a jamais atteint 1,010. Il fallait chercher la cause de cette polyurie, et, le diabète sucré étant rejeté, nous étions en présence des deux hypothèses suivantes : la polyurie est due à une néphrite interstitielle, ou bien nous avons affaire à un diabète insipide, à une polyurie simple. Pour appuyer la première opinion, nous avons l'âge de la malade qui a cinquante-six ans et peut bien être atteinte d'une sclérose rénale, nous avons surtout les douleurs lombaires antérieures et les troubles passagers de la vue qui ont duré pendant quelque temps; mais, d'un autre côté, nous n'avons pas trouvé un signe important de la néphrite interstitielle, le bruit de galop à la pointe du cœur, symptôme qui devrait exister maintenant et aurait eu le temps de s'installer depuis quatre ans. Nous ne trouvons pas chez notre malade ces symptômes, ces accidents plus ou moins prononcés du côté de l'estomac, des yeux et de l'encéphale, qui sont des accidents ordinaires dans la sclérose rénale. Puis la polyurie est rarement aussi abondante que dans le cas présent, et de plus elle n'a aucun rapport avec la quantité de liquide absorbé par les malades. Si enfin nous ajoutons à ces faits qu'il existe une polydipsie intense et en raison directe de la polyurie, que jamais nous n'avons trouvé la moindre trace d'albumine, nous serons en droit de dire que l'hypothèse d'un diabète insipide est bien établie et que c'est à ce diagnostic qu'il faut se rattacher.

TRACHÉOTOMIE D'URGENCE

AVEC LE TROCART-TRACHÉOTOME

Par le dr Jacolot (de Lorient).

Je termine mon travail sur la trachéotomie d'urgence avec mon trocart-trachéotome (voir *Gazette des hôpitaux*, 9 et 16 juin 1881) en exprimant le regret de n'avoir pas eu plus tôt connaissance d'un instrument imaginé par M. le docteur Voelker (de Paris) et présenté par lui, sous le nom de trachéotome porte-canule, à la Société médico-pratique de Paris, dans le mois de février ou de mars 1879.

Dans la même séance, M. le docteur Girault montra aussi à la Société un trocart porte-canule imaginé par lui depuis plusieurs années. Je connais encore un porte-canule très-commode de M. le docteur Péan, fabriqué par M. Mathieu; mais cet instrument ne sert qu'à mettre la canule en place après que l'opération a été pratiquée par la méthode ordinaire. Il dispense le chirurgien de faire usage du dilatateur, mais ce n'est pas un trachéotome.

Bien certainement il doit y avoir d'autres trachéotomes et d'autres porte-canules trachéales. Je n'entreprendrai pas de les rechercher tous et de rendre à chacun la part qui lui revient dans l'invention des divers instruments destinés à la trachéotomie. J'exprime d'avance tous mes regrets à ceux que j'aurais omis de citer. Mais il est un instrument qui ressemble beaucoup au mien, c'est celui de M. le docteur Voelker. Je lui dois une mention toute spéciale.

J'ignorais complètement son existence quand j'ai fait connaître mon trocart-trachéotome. Aujourd'hui que j'en ai lu la description dans l'*Union médicale*, je me fais un devoir de reconnaître que, si nous nous sommes rencontrés, sans le savoir, sur le même terrain opératoire, c'est M. le docteur Voelker qui est arrivé le premier sur ce terrain.

Une courte comparaison entre les deux instruments permettra d'établir les analogies et les différences.

Comme l'instrument de M. Voelker, le mien est trachéotome et porte-canule. Il est conçu exactement dans les mêmes idées, puisqu'il a pour but de permettre à tout praticien de pratiquer seul et sans aides la trachéotomie des enfants et de l'adulte.

Mais mon instrument diffère très-sensiblement du sien par sa construction et par son fonctionnement.

1° Ma canule est la canule trachéale ordinaire fabriquée par M. Collin. Pour constituer mon trocart-trachéotome, il suffit d'indiquer le numéro de canule qu'on désire ; le fabricant y adapte une tige de trocart courbe terminée par un poinçon tranchant, tige dont les dimensions sont en rapport avec le calibre de la canule ordinaire indiquée.

La canule de M. le docteur Voelker, au contraire, est une canule spéciale bivalve. Je me trompe peut-être, mais il me semble qu'elle doit avoir un inconvénient : c'est de permettre à la muqueuse de la trachée de venir faire hernie à travers l'entre-bâillement des valves, et, par suite, d'exposer la muqueuse à être ulcérée par le passage de la canule interne.

Ma canule est parfaitement libre dans toute sa longueur; elle n'a pas besoin d'être fixée par un ressort, comme celle de M. Voelker. Deux doigts suffisent pour la maintenir immobile pendant l'opération, en l'appuyant contre le bourrelet B de la tige du trocart. (V. fig. de la *Gaz. des hôp.*, 1881, p. 525.)

2° La forme du poinçon tranchant de mon trachéotome n'est plus la même.

3° L'échappement de la tige de mon trocart se fait sans ressort, par la simple action de la pesanteur. La tige bascule aussitôt qu'on cesse d'appuyer sa poignée contre la paume de la main.

4° Aussitôt que mon poinçon tranchant a pénétré dans la trachée, l'opérateur en est averti par le sifflement qui se produit par le canal O, en communication avec l'air extérieur par la canule et les rainures R creusées de chaque côté du bourrelet B. Cette canalisation complète de mon instrument permet aussi à l'air extérieur d'arriver de suite dans la trachée.

5° Autres différences au point de vue opératoire : M. Voelker tient son instrument comme une plume à écrire. Je tiens le mien à pleine main.

Dans le procédé de M. Voelker, l'action des deux mains est nécessaire pour l'emploi de l'instrument.

Avec le mien, depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération, l'opérateur ne se sert que d'une seule main, la main droite, réservant la main gauche uniquement pour la fixation du larynx, qu'il n'abandonne que lorsque la canule est en place.

Il y a donc des différences entre nos deux instruments au point de vue de leur construction et de leur fonctionnement.

Dans la séance de la Société médico-pratique où fut présenté le trachéotome porte-canule de M. le docteur Voelker, M. le docteur Archambault exprima l'opinion suivante :

« L'opération de la trachéotomie, dit-il, ne demande pas des instruments trop ingénieux ; le sang-froid des opérateurs est la meilleure des conditions pour la pratiquer. » C'est parfaitement juste, mais c'est précisément cette qualité rare qui manque le plus souvent à la plus grande majorité des praticiens appelés à faire la trachéotomie d'urgence, au milieu de l'angoisse des familles et en face d'une nécessité urgente d'agir vite. C'est pour y suppléer que j'ai imaginé, comme M. le docteur Voelker et après lui, un instrument d'une grande simplicité et d'un emploi facile et rapide, qui permet de faire l'opération seul et d'une seule main.

Ce n'est pas aux chirurgiens habiles que je l'adresse : c'est au commun des martyrs de la profession, à ceux qui sont isolés et qui n'ont ni le temps ni la possibilité d'appeler un confrère à leur aide. C'est, je le répète, un instrument d'urgence pour une opération d'urgence.

REVUE DE LA PRESSE

Malformations multiples. — M. le docteur Verdalle (de Bordeaux) a eu dernièrement l'occasion de montrer à la Société de médecine et de chirurgie de cette ville un petit enfant d'un mois, du sexe masculin, porteur de malformations multiples intéressantes. Cet enfant, né à la Maternité de Pellegrin, présentait une ecstrophie de la vessie, une fistule recto-vésicale située au-dessous de celle-ci; de chaque côté, dans les aines, étaient les testicules; l'anus était imperforé et l'ampoule rectale paraissait faire saillie sous la peau du périnée. Le gros orteil du pied gauche était implanté directement sur le torse, tandis que le second orteil du même pied était bifide. Le corps de l'enfant était excessivement petit et portait encore, sur la région lombo-iliaque gauche, un spina-bifida bilobé, gros comme un œuf de poule.

La multiplicité des lésions tératologiques et surtout l'existence du spina-bifida et de la fistule recto-vésicale ont contre-indiqué toute opération, le pronostic étant des plus graves et la vie de l'enfant menacée à bref délai. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Syphilis rebelle, injections sous-cutanées de peptonate de mercure. — Un homme, d'une constitution robuste, âgé de trente-cinq ans, entrait il y a quelque temps à l'hôpital de la Conception de Marseille pour des accidents syphilitiques secondaires, caractérisés par une éruption papulo-squameuse occupant tout le corps, et principalement le front, la face antérieure de la poitrine et le dos. Ces accidents étaient accompagnés d'une pléiade ganglionnaire, fortement accusée.

L'accident primitif avait été un chancre induré du frein, et, deux mois plus tard, étaient apparus les phénomènes propres à la période secondaire; croûtes dans les cheveux, plaques muqueuses de la gorge, etc.

Le traitement anti-syphilitique institué dans toute sa rigueur (proto-iodure de mercure associé à la gentiane, chlorate de potasse, sirop de Gibert, bains sulfureux, etc.) resta sans résultat, et la maladie continua sa marche. L'œil gauche fut atteint d'une névro-rétinite. Au traitement ci-dessus mentionné, on ajouta 20 centigrammes de calomel en dix paquets.

Malgré cette médication, continuée pendant plusieurs semaines, aucune amélioration n'étant survenue, on eut recours aux injections hypodermiques de peptonate de mercure à la dose de 1 centimètre cube par injection, ce qui équivaut à 1 centigramme de sublimé corrosif. Ce nouveau traitement amena promptement d'heureux effets; au bout de quatre injections, les papules s'étaient affaissées; elles avaient pâli. Enfin, une dizaine de jours après la première injection, non-seulement la décoloration était complète, mais les phénomènes plus graves qui s'étaient montrés du côté de l'appareil de la vision avaient à peu près complètement disparu.

L'action du peptonate de mercure, dans ce cas, a été d'autant plus manifeste que, la cessation des injections sous-cutanées ayant amené une nouvelle poussée quinze jours plus tard, tout rentra de nouveau dans l'ordre sous l'influence du peptonate de mercure employé une seconde fois. (*Marseille médical.*)

Corps étrangers du larynx, œdème de la glotte consécutif. — Une femme de quarante-cinq ans entrait il y a quelque temps à l'hôpital Tenon, ayant tenté de se suicider en avalant un peigne qu'elle avait ensuite cherché à retirer au moyen d'une épingle à cheveux pliée en deux et introduite dans la gorge. Cette épingle se serait, dit-elle échappée de ses doigts et n'aurait pu être ressaisie. Il semble, ajoute la malade, qu'elle la sent au niveau de la région sous-hyoïdienne. La malade était, à son arrivée, dans un délire tel que l'on dut lui mettre la camisole de force. Le délire disparut seulement le lendemain.

La paroi postérieure du pharynx est recouverte de taches ecchymotiques, rouges et bleuâtres, de diverses dimensions, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. Il en existe aussi quelques-unes sur le voile du palais.

Les aliments et les boissons passent facilement sans autre phénomène qu'une gêne légère de la déglutition. Respiration nullement embarrassée, voix claire, toux nulle, pouls calme, état général satisfaisant; pas de douleur proprement dite, mais la pression, en avant du larynx, produit une sensation pénible. Les choses en étaient là le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, lorsque, dans l'après-midi, vers quatre heures, cette femme fut prise tout à coup d'une dyspnée allant croissant d'heure en heure. A sept heures du soir, tirage sus-sternal, voix claire, pas de toux, l'air ne pénètre plus dans les poumons, douleur violente à la partie antérieure du larynx, asphyxie imminente.

Le doigt porté dans le pharynx, aussi loin que possible, par M. Stackler, interne du service, ne sent rien; l'examen de l'arrière-gorge est très-difficile; la sonde œsophagienne introduite paraît buter contre un obstacle siégeant dans le pharynx, immédiatement en arrière du larynx; néanmoins elle parvient jusque dans l'estomac, mais en la retirant on éprouve la même sensation qu'en l'introduisant.

C'est alors que M. Ollive, interne de garde, plongeant à son tour son doigt dans l'arrière-gorge, sent un corps qui le pique et parvient à le saisir; mais au même moment la malade s'affaissait subitement et tous les moyens pour la ranimer restaient inutiles.

Le corps étranger était bien, comme l'avait indiqué la malade, une épingle à cheveux recourbée par son milieu en forme de crochet; la longueur de ce dernier était de 3 centimètres et demi à 4 centimètres.

A l'autopsie, on trouva la paroi postérieure du pharynx ainsi que la face postérieure de l'épiglotte tapissée des plaques ecchymotiques rouges ou bleuâtres dont nous avons parlé plus haut. Ces parties étaient d'un brun foncé. Au niveau de l'orifice supérieur du larynx il existait une rougeur uniforme de la muqueuse. Cette rougeur s'étendait à toute la paroi pharyngienne jusqu'en un point situé un peu au-dessus du cartilage cricoïde. On voyait à droite et à gauche de petites surfaces dénudées plus ou moins profondément. A droite, l'une d'elles, d'une teinte pâle presque jaunâtre, avait la forme d'une demi-circonférence. Cette forme représentait parfaitement la partie recourbée de l'épingle.

A l'intérieur de la cavité laryngienne, au-dessus de la corde vocale supérieure, les parois étaient aussi remplies de taches ecchymotiques. On ne constatait nulle part de perte de substance. Les replis aryténo-épiglottiques étaient gonflés, œdématiés; la lésion était plus marquée du côté droit que du côté gauche. (*Progrès médical.*)

Réunion des deux reins par une de leurs extrémités. — Un interne des hôpitaux de Lyon, M. Hartolès, a rencontré une anomalie rénale intéressante dans l'autopsie d'un malade ayant appartenu à la clinique médicale de M. le professeur Lépine.

Il s'agit, au premier abord, d'un rein unique situé au-devant de la colonne vertébrale qu'il embrasse dans sa concavité. Mais, en examinant avec soin la pièce anatomique, on peut se rendre aisément compte qu'il ne s'agit pas ici d'un rein unique, mais bien de l'union intime des deux reins par une de leurs extrémités. On trouve, en effet, dans la concavité de cet organe deux hiles parfaitement distincts, ayant chacun leurs vaisseaux afférents et efférents et leur conduit excréteur. De plus, vers la partie médiane, à l'endroit qui doit correspondre à la fusion des deux reins, on constate sur l'une des faces un léger sillon, une scissure qui accentue encore l'épaississement de la capsule à ce niveau.

Cependant l'indépendance n'est pas complète dans les deux moitiés de ce système rénal; car, vers la partie médiane, accusée par le sillon d'union, on voit arriver une artère d'assez gros calibre abordant directement le parenchyme entre les deux hiles et rendant ainsi plus complète la fusion des deux reins en un seul organe. (*Lyon médical.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

255. M. NAURY. Essai sur les fistules urinaires ombilicales par persistance de l'ouraque, et en particulier de leur traitement. — 256. M. HÉRON. De l'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire chez les tuberculeux. — 257. M. LE BARON, Lésions osseuses de l'homme préhistorique en France et en Algérie. — 258. M. Raphaël PÉREZ. De l'ictère dans la pneumonie. — 259. M. LABBÉ. De la contraction idio-musculaire ou myoïdienne en clinique. — 260. M. FOULQUIER. De la syphilis utérine secondaire. — 261. M. VIALLANES. Recherches sur les terminaisons nerveuses motrices dans les muscles striés des insectes. — 262. M. NODIER. Sur une ophthalmie causée par la lumière électrique. — 263. M. CHABRY. Contribution à l'étude du mouvement des côtes et du sternum.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un arrêté en date du 14 juin 1881 détermine ainsi qu'il suit les conditions des concours pour les emplois de chefs et de chefs-adjoints de clinique chirurgicale.

ARTICLE PREMIER. — A chacune des chaires de clinique chirurgicale de Paris sont attachés un chef de clinique et un chef-adjoint de clinique, qui sont à la disposition du professeur pour les soins à donner aux malades, ainsi que pour les besoins du service et de l'enseignement.

ART. 2. — La durée des fonctions des chefs de clinique et des chefs-adjoints de clinique est fixée à deux ans.

ART. 3. — Les chefs de clinique chirurgicale sont nommés par le Ministre de l'instruction publique, après un concours ouvert chaque année à la Faculté de médecine.

ART. 4. — Le nombre des places mises au concours est de deux tous les ans.

ART. 5. — Est admis à concourir pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale tout docteur en médecine qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique chirurgicale sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin des hôpitaux, de prosecteur et d'aide d'anatomie.

ART. 6. — Les chefs de clinique nouvellement nommés sont attachés aux professeurs dont le service devient vacant, et le plus ancien des professeurs a le droit de choisir celui des chefs de clinique qu'il préfère.

ART. 7. — Les chefs adjoints de clinique sont nommés par le ministre de l'instruction publique, à la suite du concours ouvert pour la nomination des chefs de clinique.

ART. 8. — Les jurys de concours sont composés :

1° De deux professeurs de clinique externe désignés par le sort;

2° De deux professeurs de pathologie externe, de clinique ophthalmologique ou de clinique obstétricale désignés par le sort;

3° Du professeur de médecine opératoire.

ART. 9. — Les épreuves du concours sont de deux ordres : les unes, éliminatoires, communes à tous les candidats ; les autres, définitives, auxquelles sont admis deux candidats seulement pour chaque place mise au concours.

Les épreuves éliminatoires comprennent :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie externe, pour laquelle il est accordé deux heures aux candidats;

2° Une épreuve pratique de médecine opératoire, pour laquelle chaque candidat a dix minutes de réflexion, et dix minutes pour exposer les procédés opératoires, motiver son choix et exécuter l'opération.

L'épreuve définitive consiste en une leçon clinique de vingt minutes sur deux malades examinés chacun pendant dix minutes.

ART. 10. — Les chefs de clinique chirurgicale reçoivent une indemnité annuelle de 1,200 francs.

Les fonctions de chef-adjoint de clinique sont gratuites.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Étienne, docteur en médecine, prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy, est délégué, en outre, provisoirement, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chrétien, appelé à d'autres fonctions.

— Une place d'interne en médecine sera vacante, le 1er octobre 1881, à l'hôpital de Rothschild. Les demandes doivent être adressées au directeur de l'établissement, à Paris, 76, rue de Picpus, tous les jours, de huit heures du matin à midi, jusqu'au 13 juillet inclusivement.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11404.

Dragées arsenico-ferriques

aux sels naturels de la Dominique,

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux uuis au fer montrent leur puissance. — Biett. — Bouchardat, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boite. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Peptone Catillon

à 19° Baumé, 4 p. 100 d'azote, représentant TROIS FOIS SON POIDS DE VIANDE ASSIMILABLE par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif: 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0,30 bi-carbonate de soude.

SIROP DE PEPTONE CATILLON, préféré pour l'administration par la bouche, plaît mieux au goût; — 1 cuillerée contient 30 gr. de viande 2 à 8 par jour dans un peu d'eau.

VIN DE PEPTONE CATILLON, utile complément de nutrition; — 1 verre à madère contient 30 gr. de viande.

Maladies d'estomac et d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents, etc.

Paris, 1, r. Fontaine-St-Georges et r. Chaptal, 2.

Bonbons Tostain

Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boite de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie Tostain, 191, rue du Temple, Paris.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule.

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

Dépôt Central : 23, r. de la Michodière, Paris.

Peptones pepsiques

à la viande de bœuf

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe, de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très-pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique*. Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

Conserve DE PEPTONE DE Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

Vin de Peptone de Chapoteaut.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très-agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose d'un ou deux verres.

Indications principales. — *Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.*

Gros : Chapoteaut, pharmacien, 8, rue Vivienne; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'Extrait de Foie de Morue possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien**, a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

h Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. Batard Morineau et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail : Phie, 65, boulev. de Strasbourg, Paris, et principales phies. — prix : 3 fr. 50 la bouteille.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boite : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini

(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

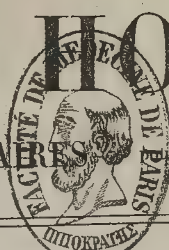
Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion qui s'est élevée incidemment sur la pellagre rappelle les fameuses discussions entre Broussais et ceux qu'il nommait les *ontologistes*.

Les ontologistes, c'étaient ceux qui décrivaient comme des maladies spécifiques ce que lui, Broussais, considérait comme de purs et simples syndromes.

En ce qui touche la pellagre, MM. Roussel, Lancereaux, Gueneau de Mussy, tiennent pour sa spécificité et la rattachent à une cause unique; M. Hardy n'y voit qu'un syndrome, produit également par des causes diverses, le parasite du maïs, l'alimentation insuffisante, l'alcoolisme, etc.

La question, se posant ainsi, n'est pas près d'être résolue.

Dans le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Maurice Raynaud, et qu'il a lu hier à l'Académie, M. Peter indique en ces termes la cause secrète de cette mort prématurée : « Un amer chagrin rongeait son cœur, empoisonnait son existence ; ce chagrin, c'était de n'avoir point encore à la Faculté la chaire que lui méritaient son grand savoir, ses multiples aptitudes et son incontestable talent. » En effet, chacun s'était étonné de ne pas voir attribuer à Maurice Raynaud la chaire d'histoire de la médecine quand elle s'était trouvée vacante. Mais on n'aurait pas supposé qu'il allait souffrir de cette injustice au point d'en mourir.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Dacryocystite. — II. Ostéosarcome du fémur. III. Hématome du genou. — IV. Luxation de l'épaule.

I. J'ai fait à une jeune fille, dans la salle, deux petites opérations : d'abord une injection d'eau tiède dans le canal lacrymal inférieur, ensuite une incision. Ce n'est pas qu'elle eût, malgré un gonflement notable, aucune tumeur ou fistule lacrymale. Mais elle avait eu autrefois un petit orifice fistuleux qui s'était cicatrisé en lui laissant la sensation du besoin de pression pour se débarrasser du muco-pus qui fait issue dans le grand angle de l'œil par le point lacrymal supérieur. Cette sécrétion est due à un état inflammatoire chronique de l'intérieur du sac lacrymal, à une dacryocystite.

Cette sécrétion muco-purulente devrait s'écouler spontanément par le canal nasal, mais son oblitération habituelle en pareil cas y fait obstacle. Cependant il était nécessaire que je m'en rendisse compte; c'est pourquoi j'ai fait une injection par le point lacrymal inférieur, mais l'eau est ressortie par le point supérieur sans passer par les fosses nasales. Cette oblitération nous a été prouvée : 1° par ce fait que la malade ne l'a pas sentie couler dans le nez; 2° parce que l'injection ne l'a pas obligée à des mouvements de déglutition qui eussent été inévitables, lorsque l'eau tiède serait retombée dans l'arrière-gorge; 3° enfin parce qu'aucune goutte n'est ressortie par les fosses nasales.

Cette jeune fille a donc une dacryocystite muco-purulente, sans fistule ni tumeur lacrymales, avec un larmoiement continuel qui ne peut s'écouler par les fosses nasales, larmoiement dont la sécrétion est rendue plus abondante encore par l'inflammation de la conjonctive.

Le véritable traitement curatif serait de désobstruer le canal nasal d'une façon permanente. Mais, lorsque cette oblitération est le résultat d'une inflammation chronique, il est rare que l'on puisse parvenir à autre chose qu'à une perméabilité provisoire.

Le traitement doit donc viser une autre indication, celle de supprimer la sécrétion purulente du sac et l'inflammation de la conjonctive.

II. J'ai à vous montrer aujourd'hui une curiosité pathologique assez rare, un ostéosarcome, qui s'est développé sur le fémur droit d'une femme de quarante-sept à quarante-huit ans et qui a nécessité que nous pratiquions l'amputation de la cuisse.

Cette tumeur donnait lieu à des douleurs d'une intensité excessive, elle occupait le condyle interne du fémur; elle s'était développée aux dépens de l'os et avait envahi le tissu spongieux. Le sarcome était disséminé par places, et une partie de la tumeur, considérable surtout entre les deux condyles, proéminait dans la cavité articulaire et entraînait à elle seule des douleurs très-vives dans le membre inférieur dès que la malade voulait marcher ou qu'elle essayait seulement de rester debout.

De nature gélatineuse, colloïde, elle s'était développée

aux dépens du périoste et du tissu osseux interstitiel. Ces affections récidivent fréquemment sur place et débutent alors par le canal médullaire des os; elles peuvent aussi récidiver au loin et sur n'importe quel point du squelette; en tous cas, elles ne peuvent pas guérir et condamnent l'individu à une mort fatale.

III. Au n° 19 de la salle des hommes, j'ai fait aussi une incision et une injection alcoolique à un individu chez lequel, à la suite d'une violente contusion du genou, il s'était formé rapidement une collection nettement fluctuante que nous avions cru d'abord produite par un épanchement de sang. Mais, quelques jours plus tard, des phénomènes inflammatoires aigus se sont développés, et, comme la petite plaie contuse communiquait avec l'épanchement, j'ai pensé alors avoir affaire à une inflammation suppurative. L'incision m'a donné un tout autre résultat, et, loin de donner issue à un écoulement purulent, j'ai constaté que la collection était formée par un hématome. Du reste l'incision, en raison de la plaie préexistante, n'avait aucun inconvénient, tandis que, s'il n'y avait eu aucune plaie, il eût été préférable de ne pas inciser et de faire de la compression sur la tumeur.

Maintenant aurons-nous de la suppuration; se formera-t-il, consécutivement à une synovite suppurée, une fistule? je ne le pense pas, et, du reste, pour l'éviter le plus possible, nous avons fait une injection alcoolique.

— Le malade a guéri assez rapidement, sans aucun des accidents que l'on aurait pu redouter, sans suppuration ni fistule consécutive.

IV. Nous avons maintenant à réduire une luxation de l'épaule gauche. Chez ce malade, cette lésion s'est déjà produite à plusieurs reprises.

Vous pouvez remarquer qu'il existe une dépression sous-acromiale, que le bras est pendant le long du corps. Le membre est dans l'abduction, et, si l'on veut par une abduction forcée lui faire toucher le tronc par le coude, l'on ne peut pas y parvenir.

De plus, si je porte ma main dans le creux de l'aisselle, je rencontre nettement une saillie arrondie sur laquelle je sens battre l'artère humérale, saillie que je ne retrouve pas lorsque j'exécute la même manœuvre sur le bras qui n'a subi aucun déplacement.

C'est donc une luxation antéro-interne, qui devrait déjà être réduite depuis trois jours, si le malade n'avait négligé de venir à l'hôpital aussitôt que l'accident s'est produit. Les seules difficultés que nous pouvons rencontrer tiendront à la déchirure de la capsule et à la contraction musculaire.

Nous emploierons tout d'abord le procédé dit de douceur, c'est-à-dire par une traction continue pendant quatre ou cinq minutes pratiquée par quatre aides, tandis que deux font la contre-extension, de façon à fatiguer les muscles.

— Les manœuvres n'ont pas réussi. M. Gosselin a eu recours alors, mais également sans succès, au procédé dit du talon qui consiste à faire coucher un élève à côté du malade, mais dans une direction opposée, telle que son talon vienne appuyer dans le creux axillaire sur la tête de l'humérus, et la repousse vers la cavité glénoïde, tandis que l'on pratique l'extension.

Enfin, le malade ayant été chloroformisé, toute résistance musculaire a cédé, et la réduction par le procédé ordinaire d'extension et de contre-extension a été obtenue immédiatement. Le bras a ensuite été placé dans une écharpe et maintenu appliqué contre le thorax, dans une flexion prononcée sur l'avant-bras.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISSÉS. — M. Parrot.

De la syphilis dentaire héréditaire chez les enfants (1).

II

Les mâchoires, et les parties molles qui les recouvrent, se développent aux dépens du premier arc viscéral embryonnaire. Il y a un follicule dentaire comme il y a un follicule pileux, avec sa papille, laquelle est comparable au bulbe dentaire.

Le premier rudiment de ce bulbe dentaire apparaît comme un point à la neuvième semaine de la conception, dans la profondeur du tissu embryonnaire. On aperçoit tout d'abord une sorte de vascularisation plus grande et un amas de noyaux qui vont constituer ce rudiment du bulbe dentaire.

Vers la deuxième semaine, à la base de cet amas et des vaisseaux, on voit se développer une zone grisâtre à forme lamellaire qui tend à s'élever, en forme de sac, de bas en haut, pour la mâchoire inférieure, et à descendre en bas pour la mâchoire supérieure, et constitue bientôt un cône creux qui vient envelopper le bulbe dentaire ou amas primitif de noyaux. Ce sac, c'est le follicule dentaire.

L'épithélium, qui recouvrait le maxillaire dès la septième semaine, s'enfonce dans le tissu embryonnaire et arrive jusqu'au niveau du bulbe dentaire, s'étale en capuchon et va à la rencontre du bulbe dentaire pour le coiffer.

Nous avons donc, à la dixième semaine, un bulbe dentaire et son capuchon épithélial recouvert par le sac ou follicule dentaire.

Dans un follicule dentaire complet, clos par sa membrane périphérique, il y a deux choses essentielles: le bulbe et l'organe adamantin ou capuchon qui doit former l'émail. Lorsque le follicule est parfaitement clos, le bulbe est constitué par une membrane conjonctive qui forme un véritable feutrage avec des vaisseaux, des cellules fusiformes et une matière amorphe.

Le bulbe est l'organe formateur de la dentine ou ivoire. Il est constitué, avant de parvenir à l'état adulte, d'abord par des noyaux embryonnaires et des vaisseaux; puis il devient consistant, des corpuscules étoilés s'y développent, il passe à l'état de tissu conjonctif, puis encore à sa surface il se forme une matière gélatiniforme avec des cellules cylindroïdes très-rapprochées formant une couche continue et disposées perpendiculairement. Ensuite, entre le soixante-dixième et le quatre-vingt-cinquième jour, on voit la dentine commencer à se développer à la surface du bulbe.

Celui-ci n'a pas une forme identique pour toutes les dents; c'est ainsi que, s'il s'agit d'une dent molaire, le bulbe présentera plusieurs petits mamelons correspondant au nombre de ses cuspides; si c'est une dent canine, il n'y aura qu'un seul mamelon en rapport avec une cuspide unique; enfin, si c'est une incisive, il affectera la forme lamellaire.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 juin 1881.

A un certain moment de l'évolution dentaire, c'est-à-dire généralement du soixante-dixième au quatre-vingt-cinquième jour de la conception, il se forme une substance grise d'abord, blanche un peu plus tard, qui commence à se développer sur les parties les plus saillantes du bulbe et leur constitue une sorte de chapeau élémentaire, conique, de dentine. Quand tous ces petits dépôts, isolés dans le principe, sont terminés, ils se réunissent pour ne plus former qu'un tout, très-visible à l'époque de la naissance.

Cette dentine se développe par couches successives de dedans en dehors; et, primitivement molles, ces couches se durcissent, se calcifient peu à peu. A ce sujet, plusieurs opinions ont cours. Pour Kölliker, il se fait en masse une sécrétion de cellules cylindriques, de matières calcaires. Pour Charles Tomes, ce serait un phénomène de conversion; peu à peu les cellules cylindriques se transformeraient en matière dure.

Le chapeau de dentine complètement formé se durcit donc peu à peu; le bulbe, parvenu alors à son extrême développement, tend à disparaître, à s'atrophier, et, quand la dent a fait son éruption, il ne reste plus qu'une partie molle centrale emprisonnée dans la cavité dentaire et étranglée au niveau de la racine: c'est la pulpe dentaire, qui, elle, ne s'atrophiera tout à fait que dans l'extrême vieillesse.

La première lamelle de dentine apparaît donc du soixante-dixième au quatre-vingt-cinquième jour de la conception.

Quant à l'organe adamantin, la lame épithéliale qui est venue coiffer le rudiment du bulbe se transforme peu à peu; d'abord elle est molle, gélatiniforme, sans vaisseaux, puis bientôt apparaissent des corpuscules conjonctifs et une matière amorphe. Elle se coiffe bientôt de cellules prismatiques à direction perpendiculaire qui donnent naissance à l'émail, comme les cellules cylindroïdes ont donné naissance à la dentine, et, sous forme de couches successives, l'émail coiffe ainsi la dentine directement au lieu du bulbe et sans envoyer aucun prolongement.

C'est ainsi que les deux organes, adamantin et bulbeux, fonctionnent en même temps pour constituer la dent et la protéger. Ils caractérisent la première dentition. Il en est de même pour la seconde dentition, si ce n'est que c'est le diverticule de la lame de Kölliker qui forme l'organe adamantin de la seconde dentition, dont le développement est le même.

Pour bien comprendre les lésions syphilitiques des dents, il est nécessaire aussi de bien savoir les époques d'apparition des follicules dentaires. Elles ont lieu dans l'ordre suivant :

Première dentition.

Incisives centrales inférieures, soixante-cinq jours après la conception.

Incisives centrales supérieures, soixante-dix jours après la conception.

Incisives latérales inférieures, quatre-vingt jours après la conception.

Incisives latérales supérieures, quatre-vingt-cinq jours après la conception.

Prémolaires et canines, du quatre-vingt-cinquième au centième jour après la conception.

Deuxième dentition.

Première molaire, du quatre-vingt-cinquième au centième jour après la conception.

Incisives centrales, du huitième au neuvième mois de la vie intra-utérine.

Incisives latérales, du deuxième au quatrième mois après la naissance.

Premières prémolaires, au quinzième mois après la naissance.

Deuxièmes prémolaires, au vingtième mois après la naissance.

Canines, au moment de la naissance.

Deuxièmes molaires, dans la seconde année.

Troisièmes molaires, dans la douzième année.

Nous ne saurions trop insister sur l'étude des dents, car notre but est de retrouver sur l'individu, quels que soient son âge ou son sexe, les traces d'une syphilis héréditaire éteinte.

Si, sur la peau, les traces sont sujettes à des modifications telles que, dans certains cas, elles semblent avoir disparu presque complètement et finissent quelquefois par passer inaperçues; si, sur les os, beaucoup également peuvent s'effacer, quelques-unes seulement restent indélébiles; il n'en est pas de même des dents sur lesquelles, au moment de la formation du bulbe et de l'organe adamantin, la syphilis imprime son action, de telle façon que la dent plissée ne peut plus se déplisser même avec le temps.

Les caractères et les dates de son début et de sa fin s'y trouvent gravés si fortement que l'on peut dire que la dent garde son millésime; elle le garde encore à travers les siècles, et nous en retrouvons les traces jusque sur les dents que l'on a recueillies dans les cavernes préhistoriques et dans les dolmens.

C'est ainsi que la mâchoire inférieure que je vais vous faire passer, mâchoire d'un jeune Franc de l'époque mérovingienne trouvée dans le cimetière de Brény (Aisne), porte sur presque toutes ses dents des marques incontestables d'une syphilis héréditaire.

Nous avons donc là la preuve de l'antiquité de la syphilis.

L'historique de la syphilis dentaire n'a jamais été complètement fait, bien que les lésions qu'elle constitue aient été vues de tous temps. Nous en trouvons seulement un bon aperçu dans une thèse de M. Gaston Rattier, intitulée : *Contribution à l'étude de l'érosion dentaire.*

Ambroise Paré semble parler aussi de ces érosions; mais c'est surtout un dentiste du commencement du siècle dernier, Fauchard, qui l'a bien étudiée sous le titre de : *érosions dentaires,* titre qu'elle a conservé depuis et que M. Magitot lui donne également. Puis viennent Bunon en 1743, Mahon en l'an IV de la première République, Duval et Fournier en 1815, qui l'appellent de son véritable nom, atrophie dentaire, nom que je lui conserverai; Oudet, dans le Dictionnaire en 30 volumes, lui consacre un bon article.

Enfin, dans ces derniers temps, ce sont, en 1868, un chirurgien anglais, Hutchinson, qui fait entrer la question dans une nouvelle voie en étudiant les lésions syphilitiques héréditaires sur des enfants déjà d'un certain âge, puis Charles Tomes, Broca, MM. Magitot, Cattagnié et Rattier qui étudient ces mêmes altérations dentaires.

Plus récemment encore, les auteurs allemands, en étudiant certaines affections, ont trouvé des relations entre la cataracte zonulaire et les lésions érosives des dents, et ont envisagé une affection générale d'où découleraient ces deux lésions.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT.

Chancre induré de la paupière inférieure suivi d'accidents secondaires graves précoces.

Par M. le docteur Richon, médecin-major de première classe.

Le chancre induré palpébral est une rareté pathologique. Les statistiques de Bassereau, Fournier et Clerc, rapportées par Rollet (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Chancre syphilitique*) n'en signalent que deux cas sur 1,236 chancres indurés observés chez l'homme; sur 301 femmes atteintes de chancres syphilitiques (statistiques Martin, Carrier et Bureaux, même article), aucune n'a présenté cette localisation. C'est en raison de cette rareté que l'observation qui suit nous a paru intéressante et que nous avons cru devoir la publier.

G..., vingt-deux ans, soldat d'infanterie, doué d'une bonne constitution, n'a jamais eu ni blépharites ni accidents syphilitiques. Le 14 février dernier, il remarque un peu de rougeur à l'angle interne de l'œil droit sur le bord libre de la paupière inférieure; bientôt se forma une saillie papuleuse à surface exulcérée, en même temps que l'inflammation s'étendait à la conjonctive environnante. Les premiers soins consistèrent en applications émollientes avec quelques cautérisations au nitrate d'argent; puis, l'ulcération ne guérissant pas, et sa base devenant le siège d'une induration notable, le malade fut envoyé à l'hôpital de Belfort, le 26 février.

A son entrée dans nos salles, nous voyons sur le point lacrymal inférieur une ulcération grisâtre, superficielle, un peu saillante, reposant sur une base rouge, luisante, boursouflée et indurée, qui occupe toute la moitié interne de la paupière; la conjonctive, d'une coloration rouge sombre sur la paupière, forme sur toute la moitié inférieure du globe un chémosis rouge, charnu; ces parties sont le siège d'une sécrétion muco-purulente concrète, peu abondante; la cornée est intacte; il n'y a ni photophobie, ni douleur, ni larmoiement.

Cette affection, nettement localisée à l'angle de la paupière dont elle occupait toute l'épaisseur, n'était évidemment ni une conjonctivite inflammatoire ni une blépharite scrofuleuse. L'insignifiance de l'ulcération relativement à l'étendue de l'engorgement de sa base, le chémosis limité à la moitié inférieure de la conjonctive avec intégrité absolue de la cornée, enfin l'insensibilité de l'œil à la lumière, constituaient un groupe de signes ne rappelant aucune des maladies communes de la région; nous ne songeâmes pas d'abord à une lésion syphilitique, et la détermination du diagnostic dut être ajournée. Nous fîmes provisoirement des fomentations émollientes, quelques scarifications du bourrelet conjonctival, et, à partir du 10 mars, des applications de pommade au précipité jaune.

Le 15, l'apparition au-dessus et au-dessous de l'angle du maxillaire de deux petits ganglions durs, roulants et indolents, nous mit sur la voie du diagnostic réel en nous faisant penser à un chancre induré. Le malade nous dit alors que, le 7 janvier, cinq semaines environ avant d'être malade, il avait vu une femme qu'il ne connaissait pas, et se souvient très-nettement d'avoir été embrassé par elle sur l'œil à plusieurs reprises. Le diagnostic fut bientôt confirmé par l'apparition précoce des accidents secondaires.

Le 23 février, le malade se plaignit d'une céphalée extrêmement violente occupant tout le sommet de la tête, puis, le surlendemain, de douleurs dans les tibias à exacerbations nocturnes et de courbature généralisée avec perte du sommeil et de l'appétit. L'ulcération était déjà cicatrisée, mais une induration cartilagineuse volumineuse avait progressivement envahi toute la paupière et la maintenait renversée en dehors. Nous prescrivîmes, à partir du 24, l'iodure de potassium à dose rapidement croissante pour atténuer au plus vite les douleurs; la céphalée se calma le 28, les douleurs tibiales le 31, la courbature persista jusqu'au 8 avril; l'iodure de potassium avait été supprimé cinq jours auparavant, et le proto-iodure de mercure administré dès le 29 mars à dose croissante de 5 à 10 centigrammes.

Le début des accidents secondaires est marqué, le 2 avril, par l'apparition d'une roséole papuleuse, confluente sur le tronc et discrète sur les membres; le 4, nous voyons quelques boutons d'impétigo sur le cuir chevelu, de petites ulcérations à la lèvre supérieure et un point circonscrit très-douloureux de périostite au tibia droit, un peu au dessous et en dedans de la tubérosité antérieure.

L'influence du traitement se manifeste dès le 8 avril; la courbature se dissipe progressivement, le sommeil revient, l'induration palpébrale se résorbe peu à peu, le chémosis s'efface et l'œil s'ouvre plus facilement; enfin la roséole pâlit sensiblement. Le 12, la périostite n'est plus douloureuse, et tous les accidents, malgré leur allure menaçante au début, paraissent devoir céder avec rapidité. Les cheveux commencent à tomber.

Le 22, le traitement mercuriel est interrompu en raison de l'apparition d'une stomatite. A cette époque, l'induration n'occupe plus que l'angle interne de la paupière, la peau est encore rouge cuivré, le chémosis est effacé, les deux ganglions ont presque disparu ainsi que la roséole et l'impétigo. Toutefois il reste le long du tibia un peu de douleur, sensible surtout le soir après la marche de la journée, et une anémie spécifique assez accentuée donnant lieu vers le 1er mai à des symptômes d'héméralopie. Nous instituons alors un régime réparateur associé au vin de quinquina, à l'huile de foie de morue et au sirop d'iodure de fer.

Le 15 mai, tous les accidents ont disparu, à part quelques ulcérations qui reviennent de temps à autre sur les lèvres, les amygdales et le larynx; des cautérisations légères et des insufflations de calomel ont raison de ces dernières manifestations, et le malade sort le 29 dans un état satisfaisant. Le siège de la lésion est encore marqué par une faible rougeur du bord palpébral et par une petite cicatrice allongée comprenant le point lacrymal inférieur oblitéré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une note de M. le docteur Lamau relative à un procédé d'insufflations mécaniques qui lui a donné les meilleurs résultats dans plusieurs cas d'asphyxie et qui pourrait rendre de réels services dans les secours aux noyés et asphyxiés adultes, ainsi que dans les cas de syncope, que celle-ci survienne au cours d'une opération chirurgicale avec l'emploi du chloroforme, ou par toute autre cause.

Sur l'invitation de M. le président, **M. Peter** communique le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Maurice Raynaud; cette lecture est accueillie par de nombreux applaudissements.

DISCUSSION SUR LA PELLAGRE.

M. Théophile Roussel, à l'occasion de la communication faite par M. Hardy à la dernière séance, rappelle ses travaux personnels qu'il résume ainsi :

« La séméiologie de la pellagre comprend deux séries chronologiques de phénomènes qui caractérisent deux états pathologiques successifs : 1° une maladie primitive dont la marche et les progrès sont déterminés par la répétition des intoxications qui la produisent; 2° un état cachectique consécutif, résultat complexe des intoxications et des conditions déprimantes au milieu desquelles la maladie toxique s'est développée. L'observation d'alcoolisme produite par M. le professeur Hardy a certainement de remarquables analogies avec ce dernier état. Il n'a rien de commun avec la pellagre primitive, toxique, des pays à maïs. C'est encore un cas de pseudo-pellagre.

M. Hardy pense qu'il n'y a pas lieu de discuter dès maintenant

l'étiologie et le diagnostic de la pellagre. Il voudrait simplement dire quelques mots sur la question de la délimitation des espèces nosologiques. Deux sources peuvent contribuer à cette délimitation : 1° l'anatomie pathologique; 2° l'étude clinique; celle-ci fournit un groupe symptomatique qui permet de donner un nom à l'affection qui le présente. Dans la pellagre, la source anatomo-pathologique fait complètement défaut, l'examen des lésions ne présente en effet rien de spécial; rougeur ou ulcérations de l'estomac ou de l'intestin, rougeur et ramollissement des centres nerveux, etc. Mais, lorsque l'examen clinique permet de réunir un ensemble de symptômes comprenant les caractères principaux de la pellagre, phénomènes nerveux, troubles gastriques et intestinaux, affection cutanée spéciale, que l'on n'observe dans aucune autre maladie, lorsque cet ensemble symptomatique se trouve réuni, on a bien le droit de dire que le malade est atteint de pellagre.

M. Roussel pense que la pellagre est toujours causée par l'usage du maïs altéré ; mais d'autres observateurs pensent autrement, et, dans l'état actuel de la science, rien n'établit que la pellagre soit une maladie véritablement spécifique ne reconnaissant qu'une seule et même cause. Parmi les causes figure l'alimentation par le maïs altéré; mais, à côté, peuvent trouver place également toutes les causes capables d'engendrer la misère physiologique, et particulièrement l'alcoolisme.

M. Hardy proteste donc, au nom de la clinique, contre les théories trop absolues de M. Théophile Roussel.

M. LANCEREAUX partage entièrement l'opinion de M. Théophile Roussel. Il y a, suivant lui, au-dessus de l'anatomie pathologique et de la clinique la cause spécifique, qui ne permet pas de rattacher la pellagre à la série des causes banales, telles que l'alcoolisme et la misère. Il a vu à Milan des pellagreux à l'état aigu, et plusieurs présentaient les apparences de l'alcoolisme; mais on n'a pas pu dire que ces pellagreux de la Lombardie fussent des alcooliques. Dans le cas particulier du malade de M. Hardy, il y a des lésions évidentes d'alcoolisme, et l'altération spéciale de la peau, incapable par elle-même de caractériser la pellagre, n'était pas autre chose que le résultat de troubles trophiques dépendant de la cause alcoolique.

M. NOEL GUENEAU DE MUSSY pense, comme M. Lancereaux, que la nature de la cause est bien plus importante que la forme des manifestations phénoménales pour caractériser nosologiquement une espèce morbide. M. Gueneau de Mussy a été frappé, en écoutant l'observation de M. Hardy, de l'analogie que présente les dépôts pigmentaires avec ceux que l'on a signalés dans la maladie d'Addisson et qui sont les effets d'un trouble pathologique ayant son origine dans une irritation du système nerveux abdominal et particulièrement du plexus solaire, comme la pigmentation des femmes enceintes, etc.

M. THÉOPHILE ROUSSEL fait observer qu'aucun des phénomènes indiqués par M. Hardy chez son malade n'est caractéristique de la pellagre, ni la diarrhée, ni l'état cachectique, ni les pigmentations cutanées. On trouve, en effet, des pellagres sans érythème chez les malades qui n'ont pas été exposés à la lumière du soleil. Les alcooliques peuvent présenter des lésions ou des symptômes analogues à ceux que l'on rencontre dans la pellagre ; mais ce sont là de fausses pellagres.

M. HARDY admet que la pellagre est une maladie qui dépend de plusieurs causes, parmi lesquelles vient en première ligne l'usage du maïs altéré; mais encore une fois, à côté de cette cause, il peut en exister d'autres, telles que l'alcoolisme, et, si ses contradicteurs veulent bien accepter une pellagre alcoolique, il se déclare satisfait. Ce sera passer le mot pour la chose.

RAPPORT

M. LANCEREAUX lit la suite de son rapport officiel sur les épidémies qui ont régné pendant l'année 1880.

L'Académie se forme en comité secret.

OBSÈQUES DE M. CHANTREUIL

Au milieu d'une foule sympathique de collègues et d'amis qui assistaient lundi dernier à l'enterrement du docteur Chantreuil, M. le docteur Pinard a retracé, d'une voix émue, la brillante mais trop courte carrière de son collègue.

Nous reproduisons son discours *in extenso :*

MESSIEURS,

Au nom de la Société des agrégés de la Faculté de médecine de Paris, je viens essayer de vous exprimer en quelques mots l'étendue de la perte que nous venons de faire, en perdant notre collègue, Gustave Chantreuil.

Pour cela, je n'ai qu'à vous retracer sa vie ; vous sentirez alors ce que doit être notre douleur, et vous comprendrez que je n'aie plus besoin de faire son éloge. Vous dire ce qu'il a été, c'est la plus grande louange que je puisse adresser à sa mémoire.

Interne des hôpitaux en 1865, Chantreuil passa ses quatre années d'internat presque exclusivement dans des services d'accouchements, et cependant les autres branches de la science médicale n'étaient point délaissées par lui, puisque nous le voyons sortir des hôpitaux avec le titre de lauréat.

Docteur et lauréat de la Faculté de médecine en 1869, il fut nommé au concours chef de clinique en 1870.

Il resta en fonction trois années, pendant lesquelles il recueillit et accumula les matériaux qui lui servirent plus tard à édifier ces mémoires originaux, parmi lesquels l'un d'eux fut couronné par l'Académie de médecine. Il fut nommé professeur agrégé au concours de 1875.

Déjà, pendant son internat, Chantreuil avait publié dans les journaux de médecine et en particulier dans les *Archives de médecine* et la *Gazette des hôpitaux* de nombreuses observations extrêmement intéressantes et qui toutes révélaient un observateur sagace et un clinicien distingué. Mais, en 1869, il s'affirma définitivement en publiant sa thèse inaugurale qui eut un si grand et si légitime retentissement. En effet, dans cette monographie, il exposa magistralement les déformations du bassin produites par la cyphose. Sa description est devenue classique, et, grâce à lui, un nouveau chapitre concernant cette variété de bassins, qui jusqu'alors n'avait été étudiée par aucun accoucheur français, dut être ajouté à l'histoire des viciations du bassin.

En 1872, il publie une étude fort remarquable sur le cancer de l'utérus envisagé au point de vue de son influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement; puis, la même année, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur l'expression utérine appliquée à la délivrance, méthode qui ne s'est point vulgarisée, mais qui peut, dans des cas particuliers, rendre de grands services.

En 1873, le mémoire qu'il avait adressé à l'Académie de médecine pour le prix Capuron fut couronné. Ce travail, intitulé : *Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée*, renferme un grand nombre d'observations prises avec toute la rigueur scientifique possible et désirable, qui démontrent que la fièvre de lait n'existe pas; fait déjà affirmé, mais non aussi scientifiquement démontré.

En 1874, il traduisit et annota la Clinique obstétricale et gynécologique de sir James Simpson, œuvre de longue haleine, puisque le volume contient plus de 800 pages.

Certes, je ne puis ni ne dois en faire l'analyse ici, mais du moins je puis affirmer que la préface et les notes ajoutées par Chantreuil sont à la hauteur du texte du grand accoucheur anglais.

Sa thèse de concours de 1875 peut être considérée, à bon droit, comme ce qui a été écrit de plus complet sur les dispositions du cordon qui entravent la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.

Enfin, en 1874, celui qui avait été son maître et qui avait pu,

par conséquent, l'apprécier plus que personne, le choisissait comme collaborateur pour cette œuvre colossale et si impatiemment attendue, et que malheureusement, hélas! il n'aura pas eu le bonheur de voir achevée: j'ai nommé le *Traité complet d'accouchements* de Tarnier et Chantreuil.

Ce choix, je puis le dire, a plus de valeur à lui seul que le plus long éloge.

L'on pourrait croire, d'après ce résumé, fort incomplet cependant, que Chantreuil, ayant consacré tant d'activité aux travaux de la plume, aurait été forcé de délaisser l'enseignement oral. Il n'en est rien.

Dès 1871, il fait à l'École pratique, n'y étant pas obligé, des conférences pratiques d'accouchement.

De 1871 à 1874, il fait à cette même école des cours théoriques, non obligatoires.

En 1878, il professe à la Faculté pour les élèves sages-femmes.

En 1879, il supplie le professeur Pajot.

En 1880-81, il est chargé à nouveau du cours professoral. Hélas! il ne devait pas recueillir les justes applaudissements de la leçon terminale! La mort est venue le frapper sur la brèche, puisque, le samedi 25 juin, il parlait pour la dernière fois, dans le grand amphithéâtre! J'ajouterai que les leçons cliniques qu'il avait professées alors qu'il suppléait le professeur Depaul à sa clinique d'accouchements, leçons qui ont été recueillies par son ami le docteur Lordereau et qui viennent d'être publiées, il y a quelques mois à peine, témoignent tout aussi bien de son érudition que du soin scrupuleux avec lequel il préparait les questions qu'il devait exposer aux élèves. Je dis érudition, je répète le mot, car non-seulement Chantreuil possédait une aptitude particulière pour les langues étrangères, qu'il connaissait parfaitement, mais encore il allait à l'étranger voir et étudier. C'est ainsi qu'en 1878 il fit un premier voyage en Allemagne, où il resta de longs mois; il y retourna l'année dernière. L'année précédente, il avait été en Angleterre. Il faisait en cela acte de patriotisme, puisqu'il allait puiser à l'étranger ce qu'il y a de bon et qu'il en faisait bénéficier ses compatriotes moins privilégiés que lui.

Voilà ce qu'a fait le collègue qui vient de nous être si brusquement et si brutalement enlevé! Et il avait à peine quarante ans!

C'est seulement en se rappelant cette vie si active et si courte, ce labeur si incessant et si productif, c'est en songeant à ce qu'il pouvait et devait nous donner encore, que l'on peut mesurer la grandeur de la perte que nous venons de faire!

Mais je n'ai parlé que de l'homme scientifique; parlerai-je maintenant de l'homme dans ses relations? Nous pouvons nous interroger, la réponse sera unanime. Il avait su se faire apprécier de tous par la droiture de ses sentiments, par l'aménité de son caractère, par l'affabilité de ses manières. Et je crois être l'interprète de tous en disant que nul parmi nous n'était plus aimé et plus considéré.

Et c'est alors qu'il était arrivé, par son travail acharné, à cette situation enviable à tous les points de vue, qu'il allait entrer dans une voie féconde en résultats de toutes sortes, que la mort vient le frapper! Oh! nous comprenons le désespoir immense de sa famille, mais nous voulions montrer combien nous aussi, qui faisions partie de sa famille scientifique, avions été cruellement frappés par cette mort qui ne nous laisse comme consolation que ce magnifique exemple d'une vie si admirablement remplie.

RÉORGANISATION DU SERVICE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES HÔPITAUX ET CHEZ LES SAGES-FEMMES AGRÉÉES.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris vient de consacrer deux séances à la question de la réorganisation du service des accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes dites *agréées*, parce qu'elles sont désignées par l'administration pour recevoir les femmes enceintes qui se présentent dans les hôpitanx et n'y trouvent pas de place.

Il a décidé qu'il y avait lieu de créer un troisième ordre de services hospitaliers qui, se spécialisant comme les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, prendraient le titre d'*accoucheurs des hôpitaux*. Il a aussi voté la réorganisation du service chez les sages-femmes agréées.

Voici du reste le projet de règlement qui vient d'être adopté:

DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT DANS LES HÔPITAUX.

Organisation générale.

Article premier. — Les services d'accouchement dans les hôpitaux sont divisés en deux catégories:

La première se compose de services spéciaux d'accouchement existant déjà et qui seront séparés des autres services.

La seconde catégorie comprend les services d'accouchement qui restent annexés aux autres services.

Des services spéciaux d'accouchement.

Art. 2. — Chaque service spécial d'accouchement se compose d'une ou plusieurs salles de femmes enceintes ou en couches.

Les accouchées tombant malades dans le service spécial seront transportées dans un pavillon d'isolement ou dans un servic ordinaire de médecine et confiées à un des médecins de l'hôpital.

Art. 3. — Le personnel médical de chaque service se compose: 1° du chef de service; 2° de deux sages-femmes; 3° d'un interne en médecine; 4° de deux externes.

Art. 4. — Les chefs de service seront chargés de la surveillance et des opérations tant chez les sages-femmes que dans les hôpitaux désignés.

Des services d'accouchement annexés.

Art. 5. — Une sage-femme est adjointe au personnel médical des services d'accouchement annexés.

Des sages-femmes.

Art. 6. — Les sages-femmes des services spéciaux et des services annexés doivent être munies du diplôme de sage-femme de première classe.

Elles seront choisies de préférence parmi les anciennes élèves lauréates de la Maternité et parmi celles qui auront suivi les cours pendant deux années.

Elles sont subordonnées au chef du service et agissent sous sa direction.

Consultations.

Art. 7. — Dans chaque hôpital pourvu d'un service spécial d'accouchement, une consultation gratuite et destinée aux femmes enceintes est faite régulièrement par le chef de service.

Admissions.

Art. 8. — L'examen et l'admission des femmes enceintes sont faits par les chefs des services d'accouchement, et, à leur défaut, par les sages-femmes.

Les femmes dont l'état est simple, et qui ne présentent ni complication, ni probabilité d'opération obstétricale, sont, autant que possible, envoyées chez les sages-femmes de la circonscription hospitalière.

Si une opération obstétricale grave est prévue, la femme est placée dans un service spécial d'accouchement.

DU SERVICE DES ACCOUCHEMENTS CHEZ LES SAGES-FEMMES AGRÉÉES.

Des sages-femmes agréées.

Art. 9. — A chaque hôpital seront rattachées des sages-femmes, choisies par l'administration, en nombre variable, selon les besoins du service.

Ces sages-femmes seront placées sous la direction administrative du directeur de l'hôpital.

Elles recevront comme pensionnaires les femmes envoyées par l'hôpital dont elles dépendent.

ART. 10. — Les sages-femmes agréées doivent être munies du diplôme de sage-femme de première classe.

Elles ne pourront avoir plus de trois femmes à la fois venant de l'hôpital.

Elles devront prévenir immédiatement le chef de service chaque fois que cela sera nécessité par l'état de la mère ou de l'enfant.

Elles ne pourront envoyer l'accouchée à l'hôpital ou la laisser sortir de chez elles qu'après l'avis écrit du chef de service.

Elles seront tenues de remplir un registre de statistique.

Leur rémunération est portée de 50 à 60 francs payables par journées, et la durée du séjour de l'accouchée chez elles est fixée à dix jours au lieu de neuf.

Chaque journée supplémentaire jugée indispensable par le chef de service sera payée à raison de 6 francs.

Du service médical chez les sages-femmes agréées.

ART. 11. — Le service médical chez les sages-femmes agréées comprend les visites à faire à chaque accouchée après l'accouchement et au moment de la sortie.

Il comprend en outre la pratique des opérations qui pourront se présenter au moment de l'accouchement.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES.

ART. 12. — Chaque chef de service spécial sera, en outre de son propre service, chargé des opérations obstétricales dans un certain nombre d'hôpitaux, de façon que chaque hôpital ait son accoucheur désigné.

Quand une opération obstétricale devient nécessaire dans un hôpital ou chez une sage-femme, le directeur de l'hôpital agit comme dans les autres cas d'opérations d'urgence et fait appeler le chef de service désigné.

Chaque hôpital doit être muni d'un arsenal obstétrical.

DES CHEFS DES SERVICES SPÉCIAUX D'ACCOUCHEMENT.

ART. 13. — Un concours spécial sera institué pour la création d'*accoucheurs* des hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 juillet 1881, M. le docteur Féris (Basile-Palmyre), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin-professeur.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis Mandl, décédé le 5 juillet dans sa soixante-huitième année. Les obsèques de notre confrère auront lieu demain jeudi 7 juillet, à midi très-précis. On se réunira à la maison mortuaire, 32, rue Tronchet.

— M. le docteur Meunier (de Pau) vient d'être nommé médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, en remplacement de M. le docteur Pidoux, dont nous avons annoncé récemment la retraite.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11412.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit- » tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*.

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Pharmacie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart, Paris, et toutes les pharmacies.

Etablissement orthopédique

DE LYON.

dirigé par le docteur PRAVAZ, 46, route des Étroits.

Consacré au traitement des *déviations de la colonne vertébrale, maladies osseuses et articulaires, torticolis, pieds-bots, paralysies infantiles*.

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Établissement thermal Vichy

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards. enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Bière brune du Faucon

Tonique et reconstituante.

VAN VOLLENHOVEN ET Cie, AMSTERDAM.

Recommandée par les médecins dans les convalescences, faiblesses de constitution, anémie, chlorose, dyspepsie, aux mères pendant l'allaitement, etc.

DÉPOT A PARIS, 16, RUE DES JUIFS.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

ECZEMA, ULCÈRES DE LA JAMBE.

GUÉRISON RADICALE ET RAPIDE PAR LES

Bandages élastiques

DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. AUBRY, 6, boulevard Saint-Michel; MM. COLLIN et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine; MM. GALANTE et FILS, 2, rue de l'École-de-Médecine; M. MATHIEU, 113, boulevard Saint-Germain; Pharmacie ROBERTS et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage. Henry A. Martin

Se défier des contrefaçons.

Goudron Freyssinge

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE. — La seule pouvant reproduire l'eau de goudron du Codex.

Le flacon : 2 francs, 97, rue de Rennes, et toutes les pharmacies. C. Freyssinge

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

N° 79. — SAMEDI 9 JUILLET 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 9 JUILLET 1881. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le vaginisme supérieur.

Dans une Revue clinique intitulée : *Les constricteurs du vagin ; — le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit,* nous avons décrit, le 29 août 1874, dans la *Gazette des hôpitaux*, une affection qui, jusqu'alors, était restée inaperçue et qui pourtant, étant méconnue au moment de la parturition, avait pu avoir, sous nos yeux, des conséquences mortelles entre les mains d'un des premiers accoucheurs de Paris.

Chez les femmes qui ne sont pas enceintes, dans les conditions ordinaires, le vaginisme supérieur n'offre plus les mêmes dangers ; mais il n'est pas sans inconvénient pour celles qui en sont atteintes ; il peut conduire le médecin à des erreurs de diagnostic, s'il n'en connaît pas bien la possibilité.

Comme toute espèce de contracture ou de contraction spasmodique, il peut varier dans son intensité, dans sa durée plus ou moins permanente.

Il vient souvent s'associer au vaginisme inférieur, constitué par une contracture du constricteur vulvaire ; mais alors on n'en tient pas compte.

Il n'offre vraiment d'intérêt que quand il est bien délimité, occupant exclusivement les faisceaux les plus élevés de cette sangle musculaire qui étreint la moitié inférieure du vagin. Ces faisceaux, souvent très-puissants, semblent alors s'être isolés pour former un muscle spécial, comme on peut le voir à l'autopsie.

Sous cette forme, qui n'est point rare, le vaginisme supérieur mérite toute l'attention du praticien. Si l'on n'était pas averti, on pourrait parfois le confondre avec un reliquat d'ancienne péritonite ou une double bride cicatricielle ; mais sa variabilité même, la possibilité de le voir disparaître, dans certains cas, sous une pression douce, longtemps soutenue, qui finit par vaincre la résistance des faisceaux musculaires, sa situation même et la symétrie qu'il affecte des deux côtés, rendent la distinction assez facile pour un doigt un peu exercé.

Nous avons dit qu'à ses degrés divers, il n'était pas rare. On peut même le voir, dans son développement complet, alterner avec le vaginisme inférieur.

Notre cher maître, M. Bernutz, nous a dit en avoir observé, l'an passé, un exemple des plus frappants.

Chez une dame, très-nerveuse, qu'un vaginisme inférieur douloureux avait mis pendant quelque temps dans l'impossibilité absolue d'avoir aucun rapport sexuel avec son mari, la contracture vulvaire avait cessé complètement, mais les rapports restaient pénibles et l'introduction du membre viril très-incomplète.

En pratiquant le toucher, M. Bernutz trouva le vagin comme divisé en bissac par une contraction spasmodique bilatérale de faisceaux musculaires, à une profondeur de quelques centimètres. Aucune contracture au-dessous de ce point, ni au-dessus.

C'était bien là le vaginisme supérieur, tel que nous l'avions signalé. M. Bernutz le reconnut aussitôt, et il dirigea le traitement en conséquence.

Cette observation, due à un maître aussi distingué, vient heureusement compléter l'histoire de cette forme de vaginisme, en en prouvant les alternances possibles avec la forme précédemment connue.

Les bruits de galop du cœur.

Les bruits de souffle anémiques de la région précordiale, dont nous avons eu à parler dans la précédente Revue clinique, ont été, comme nous l'avons vu, expliqués par des théories entre lesquelles on hésite encore.

Il en est à peu près de même pour les dédoublements des bruits cardiaques, pour les bruits de galop du cœur, qui, par suite d'une observation sans précédent à nous connu, dont M. le professeur Peter nous a rendu témoin, dans son service à la Pitié, salle Monneret, n° 28, deviennent pour nous de la dernière actualité.

La diversité des circonstances dans lesquelles ces bruits se produisent peut rendre délicate leur interprétation.

En effet, on les a tout d'abord signalés dans des cas de lésions organiques des valvules, telles que rétrécissement de l'orifice mitral, et on les expliquait généralement alors par un défaut d'isochronisme dans le claquement des valvules homologues des deux cœurs.

M. Potain a annoncé plus tard que chez le cinquième des individus, normalement, on peut percevoir soit à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration un dédoublement du premier bruit, soit à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration un dédoublement du second bruit. L'explication donnée était encore semblable. On comprenait en effet comment les mouvements respiratoires

pouvaient faire varier la pression et, par conséquent, la rapidité de l'abord du sang ou la résistance à la contraction du muscle cardiaque, soit dans le cœur droit, soit dans le cœur gauche. Le retard que l'un des deux cœurs mettait ainsi soit à se remplir soit à se vider pouvait naturellement se traduire par un retard dans le jeu de ses valvules, d'où le double bruit.

Vinrent ensuite les observations relatives au bruit de galop dans la néphrite interstitielle. Ici, l'obstacle ne siégeait plus dans le cœur lui-même ; et la théorie mécanique ne parut plus aussi satisfaisante. Les artères du rein ne sont point, en effet, assez volumineuses pour que le ralentissement du sang qui les traverse puisse directement influer sur la pression intra-cardiaque de manière à retarder d'une façon notable les contractions du ventricule gauche.

On s'est donc mis en frais de nouvelles théories, que nous ne passerons pas en revue. On en peut trouver l'énumération assez complète et la critique dans la thèse de M. le docteur Th. Guyot, intitulée : *Sur les troubles cardiaques dans la néphrite interstitielle et la cause de l'hypertrophie du cœur dans cette maladie.* (Thèse de Paris, 1880.) Cette thèse a été inspirée par M. le docteur Debove.

M. Debove repousse également toutes les interprétations d'une relation clinique, d'ailleurs incontestable, qui tendent à faire de l'affection du cœur une simple conséquence de l'affection rénale.

Il ne veut pas admettre que le rein sclérosé agisse sur le cœur par l'intermédiaire du système nerveux, pas plus que par la réplétion de l'appareil circulatoire, pas plus que par suite d'une altération dans la composition du sang.

Ce serait donc dans le cœur lui-même qu'il faudrait rechercher l'origine première, soit des bruits de galop, soit de l'hypertrophie que l'on peut observer en pareil cas.

Une sclérose du muscle cardiaque, une myocardite interstitielle, tout à fait comparable à la sclérose du rein, à la néphrite interstitielle, se développerait, parallèlement, sous l'influence de mêmes causes générales retentissant sur tout l'organisme, et qui pourraient se traduire aussi par des affections cirrhotiques d'autres organes, du foie, de la rate, de l'estomac.

La déplétion plus difficile d'un cœur sclérosé, le jeu imparfait de ses valvules auriculo-ventriculaires, par suite de l'altération des muscles papillaires, expliqueraient les dédoublements de l'un des bruits et l'hypertrophie de l'organe.

Par certains côtés, cette théorie se rapproche de celle de M. Peter ; mais elle s'en écarte par des différences essentielles.

M. Peter, avant M. Debove, admettait un certain degré de généralisation de l'affection scléreuse. Il pensait même que les petits vaisseaux, les artérioles, les capillaires, les veines vers leur origine, étaient malades, comme le rein. Il écarte donc, comme M. Debove, toute supposition d'une action directe du rein malade sur les contractions, sur le volume ou les bruits du cœur.

Mais ce n'est point à l'affaiblissement des muscles papillaires de cet organe, à l'insuffisance relative qui en serait la suite, aux efforts soutenus, nécessaires pour compenser cette insuffisance, qu'il attribue les troubles en question.

Suivant lui, le bruit de galop dépend toujours d'une augmentation de la pression intra-artérielle, et, par suite, de la pression intracardiaque dans le cœur qui bat en retard.

Ce serait là une formule générale qui s'appliquerait également à toute espèce de dédoublement du premier ou du second bruit, sans qu'il y eût de distinction fondamentale à faire à ce point de vue entre tel ou tel type.

Aucun de ces types ne serait propre à la néphrite interstitielle, suivant M. Peter, qui s'écarte en cela des descriptions de M. Potain. Que le claquement surajouté se fasse entendre durant le grand silence ou le petit silence, qu'il soit pré-systolique ou post-systolique, sa valeur clinique serait la même ; il traduirait dans tous les cas un retard causé par l'effort plus grand qu'un des ventricules aurait dû faire pour vaincre l'excès de résistance, dû à un excès de pression dans la colonne liquide à mettre en mouvement.

Cette augmentation de la tension intravasculaire pourrait se rattacher à l'état anomal des vaisseaux : comme chez les brightiques et chez d'autres malades offrant la même disposition à l'envahissement par le tissu fibreux.

Mais elle pourrait tout aussi bien se rattacher à toute autre cause et produire les mêmes résultats.

Chez le malade qui nous fournit l'occasion de cette Revue clinique, la cause, toute transitoire, serait dans l'absorption d'une grande quantité de liquide, accroissant momentanément la masse du sang, par suite d'une polydipsie accidentelle.

On n'avait point encore noté le bruit de galop dans ces conditions ; et la théorie de M. Peter se trouve singulièrement appuyée par cette démonstration clinique.

Il s'agit, du reste, d'un homme que M. Peter connaissait de longue date et qu'il avait soigné précédemment en ville, ce qui rend cette observation encore plus probante.

Cet homme, actuellement âgé de quarante-quatre ans, avait été atteint pour la première fois, vers l'âge de seize ans, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Cette première manifestation de la diathèse rhumatismale ne laissa rien du côté du cœur. Devenu courtier de commerce, gagnant suffisamment pour être dans l'aisance, cet homme jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsque, en 1873, il perdit subitement sa femme, d'une éclampsie puerpérale. Ce malheur lui causa un chagrin très-violent et une sorte de maladie nerveuse à l'occasion de laquelle il alla consulter M. Peter et qui ne dura pas très-longtemps.

Cette année, vers la fin de mai, il fut repris d'un rhumatisme aigu, qui, occupant d'abord les articulations tibio-tarsiennes, se généralisa bientôt.

Le 4 juin, cet homme se fit transporter dans le service de M. Peter. Il souffrait alors de tous les membres, et durant une quinzaine de jours les vives douleurs qu'il éprouvait dans la plupart des articulations l'immobilisèrent dans son lit. La température se maintenait dans les limites ordinaires de la fièvre rhumatismale. Au bout de quelques jours on constata une légère complication cardiaque ; un bruit de souffle, peu marqué, au second temps, à la pointe, indiquait un certain degré d'insuffisance de la valvule mitrale.

Sur ces entrefaites, dans la nuit du 18 juin, il se fit brusquement un changement complet dans la situation de ce malade. Les articulations cessèrent d'être douloureuses, les mouvements devinrent libres à tel point qu'il lui fut possible de se lever et de prendre le vase de nuit ; mais en même temps il commençait à ressentir une fièvre très-vive, un très-grand malaise, ne se trouvant bien dans aucune position, sentant ses idées lui échapper.

A la visite du matin, on le trouve presque délirant, présentant une température de 41 degrés et demi ; toutes les manifestations articulaires du rhumatisme avaient disparu. Il

était évident que l'on avait affaire à une complication de rhumatisme cérébral.

En conséquence, M. Peter, suivant le mode de traitement préconisé l'année dernière par le regretté Maurice Raynaud, ordonna des bains froids.

Cette médication eut un succès des plus rapides. Déjà après un premier bain de vingt minutes de durée, la température n'était plus que de 38°,3; quatre heures et demie plus tard, après un second bain, elle était tombée au-dessous de 37 degrés. Un peu de douleur avait reparu dans les poignets.

Le lendemain, la température était remontée à 39 degrés 2 dixièmes ; mais le malade se trouvait bien ; il avait repris le plein usage de ses facultés cérébrales, et il demandait un nouveau bain froid, qui lui fut donné dans la journée.

Le 21 et les jours suivants, l'apyrexie était complète, toute douleur avait disparu.

Au point de vue thérapeutique, c'est un succès de plus à l'actif du traitement par les bains froids dans le rhumatisme cérébral.

Notons en passant que M. Peter attribue l'efficacité de cette médication, non à la suppression directe de l'hyperthermie, comme Maurice Raynaud l'avait supposé, mais à une sorte de révulsion, à un ensemble d'actions réflexes que l'action du froid sur la peau mettrait en jeu.

Cette explication est rendue probable par une autre série de faits sur lesquels nous aurons peut-être à revenir, et qui montrent comment l'hyperthermie fébrile la plus menaçante peut disparaître sous l'influence d'un simple lavage de l'estomac.

Mais voici le côté le plus intéressant de cette observation. A la suite des bains froids, les sueurs profuses que cet homme avait présentées dans le cours de son rhumatisme furent complètement supprimées. En même temps apparaissait une polydipsie insatiable, et une polyurie proportionnelle, sans la moindre trace d'albumine dans les urines excrétées.

Dès que M. Peter observa cette polydipsie, il annonça qu'on ne tarderait pas à entendre un bruit de galop dans la région du cœur. En effet, on put bientôt percevoir à l'auscultation un bruit de galop très-net, ayant son maximum à gauche dans le second espace intercostal, et paraissant causé par le dédoublement du second bruit, tout au commencement du grand silence.

Ce n'est pas le bruit de galop classique de la néphrite interstitielle, puisque celui-ci comprend d'abord un claquement surajouté, pré-systolique, puis les claquements normaux ; tandis que, chez notre malade, les claquements normaux précèdent le claquement surajouté.

Mais peu importe, aux yeux de M. Peter. Même dans la maladie de Bright, il a vu souvent, nous a-t-il dit, le bruit de galop résulter d'un dédoublement, tout à fait semblable, du second bruit.

Il a donc pu prévoir et annoncer la prochaine constatation de ce rhythme à trois temps, sans s'inquiéter de savoir sur lequel des deux bruits porterait le dédoublement dû à l'augmentation de la masse liquide dans l'appareil circulatoire.

Croup guéri par des injections de pilocarpine chez un enfant d'un mois.

Chez les tout petits enfants, le croup est bien difficile à combattre.

Chez eux la trachéotomie ne réussit jamais; l'emploi des topiques, des modificateurs locaux, est peu commode, car il n'est pas question d'agir sur le pharynx comme chez les sujets plus âgés, qui présentent, au début, de l'angine couenneuse. Il faut pouvoir faire pénétrer jusque sur les cordes vocales les substances que l'on emploie, et, bien qu'il y ait pour y parvenir certains tours de main que nous développerons plus tard, la chose est toujours très-délicate et de pénible exécution.

Parmi les nombreux remèdes que l'on a préconisés contre cette terrible affection, les injections de pilocarpine présentent du moins cet avantage d'être faciles à pratiquer.

M. Damaschino vient d'y avoir recours, en désespoir de cause, dans un cas de croup confirmé chez un enfant d'un mois; et aujourd'hui, après huit jours de traitement, l'enfant peut être considéré comme guéri. On lui pratiquait chaque jour deux injections hypodermiques, chacune de dix gouttes de solution. Les premiers effets étaient toujours une sudation, une salivation, une expectoration abondantes.

Comme les enfants de cet âge ne savent pas cracher, les fausses membranes que les efforts de toux pouvaient détacher étaient avalées à mesure. Mais le diagnostic n'était pas douteux.

Un fait isolé n'a pas grande valeur dans les questions de thérapeutique, car il faut toujours tenir compte des coïncidences possibles et des guérisons spontanées.

Cependant, comme il s'agit là d'un remède sans grand danger, à essayer dans des conditions où l'on serait souvent réduit à s'abstenir, il peut être bon de signaler les résultats encourageants, quelque peu probants qu'ils puissent être.

REVUE DE LA PRESSE

Un nouveau cas de guérison de névralgie sciatique par l'élongation du nerf. — Nous rapportons ici un nouveau cas d'étirement du nerf sciatique qui vient s'ajouter à ceux que nous avons déjà publiés, il y a quelque temps, dans notre Revue de la presse (1). Le malade, cette fois, est un homme de quarante-un ans, d'une bonne constitution, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel, sans syphilis ni alcoolisme. La névralgie sciatique, dont il est atteint depuis seize ans, a résisté à tous les moyens de traitement et donne lieu actuellement à des douleurs très-vives dans la cuisse, le genou et le pied.

Les crises, peu nombreuses dès le début, et d'une durée alors de quelques jours seulement, ont été tellement en augmentant de fréquence et d'intensité que la maladie ne présente plus maintenant que de très-rares et très-courtes rémissions. Les douleurs se prolongent jusqu'à cinq et six semaines de suite sans relâche aucune, et sont tellement vives que le malade en a perdu pour ainsi dire le boire et le manger et qu'il ne peut plus dormir. Les injections elles-mêmes de sulfate de morphine n'amènent aucun soulagement, aucun sommeil.

Quand je vis le malade pour la première fois, dit l'auteur de l'observation, M. le docteur Norman Mackintosch, je lui proposai l'opération de l'élongation du nerf. Il y consentit immédiatement, et je l'opérai le jour suivant avec les précautions antiseptiques et sous l'influence de l'anesthésie par l'éther. Sur le trajet du nerf sciatique, je fis une incision de 14 centimètres environ de longueur à partir du bord inférieur du muscle grand fessier. Après avoir divisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, séparé les muscles et disséqué avec soin le nerf sciatique, en l'isolant des organes cir-

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 2 avril 1881, p. 308.

convoisins, j'attirai celui-ci au dehors et j'en pratiquai l'élongation par une forte traction. Aucun accident ne survint, et la peau se réunit par première intention.

Depuis l'opération, les douleurs ont entièrement disparu, et quatre mois se sont écoulés sans que le malade ait éprouvé aucune manifestation douloureuse, bien qu'il soit occupé tous les jours aux travaux de la terre. (*Progrès médical.*)

— Si, à la suite de cette observation, nous voulons mettre sous les yeux de nos lecteurs le plus grand nombre de faits touchant la question de la distension ou élongation des nerfs, nous dirons que, dans les 73 cas réunis par le docteur A. Gen, où cette opération a été pratiquée, on trouve les résultats suivants :

1° Névralgie traumatique, 6 cas : 4 guérisons, 1 amélioration (guérison complétée ultérieurement par la névrotomie), 1 insuccès ;

2° Névralgie non traumatique, 14 cas : 10 guérisons, 3 améliorations, 1 mort par hémorrhagie ;

3° Spasmes cloniques et contracture, 6 cas : 4 guérisons, 2 insuccès dont une guérison ultérieure par la névrotomie ;

4° Épilepsie partielle et périphérique, 1 cas : 1 guérison ;

5° Tétanos (1), 16 cas : 7 guérisons, 7 cas avec diminution des crises, mais mort, 3 cas sans aucun soulagement et qui se sont terminés par la mort ;

6° Lèpre anesthésique (2), 30 cas : 30 améliorations marquées.

Le docteur Povley a réuni de son côté 37 cas dont 2 lui sont personnels. Sur ce nombre, 16 fois on a pratiqué l'extension du nerf sciatique, 5 fois celle du nerf crural, 5 fois du nerf médian, 4 fois du nerf tibial, 4 fois du plexus brachial, 1 fois du nerf sus-orbitaire, 1 fois du nerf facial et 1 fois du nerf dentaire inférieur.

Les résultats les plus heureux ont été obtenus dans la névralgie sciatique et en général dans tous les cas de névralgie d'origine traumatique ; l'opération détermine presque instantanément la cessation des douleurs.

Enfin, dans 12 cas de tétanos recueillis par Povley et dont une partie doit faire double emploi avec les relevés de Gen, on a eu 4 guérisons, 7 morts et 1 résultat inconnu. (*Paris médical.*)

Nous ajouterons à ces différents faits un cas de rupture du nerf cubital du côté gauche par suite de son étirement. Ce nerf était, du reste, d'un aspect anomal, gros, moniliforme, et son adhérence aux tissus environnants était telle que, pour l'isoler, on dut passer le doigt au-dessus et tout autour. Après cet accident, les deux bouts du tronc nerveux furent disséqués et isolés aussi loin que possible et reliés l'un à l'autre par une ligature ordinaire. La plaie soumise au pansement antiseptique fut réunie par première intention. Il s'agissait dans ce cas d'un homme de quarante ans, atteint de lèpre anesthésique. L'opération fut faite successivement sur les deux bras par M. le docteur Gerald Bomford, médecin au Bengale. Sur le cubital droit elle put être pratiquée sans aucun accident. Cette observation est surtout remarquable en ce sens que la rupture du nerf cubital gauche n'altéra en rien le résultat définitif, c'est-à-dire la récupération de la force et de la sensibilité de la main.

Nous devons aussi enregistrer un insuccès dans un cas de névralgie sciatique gauche chez une malade dont les douleurs étaient tellement vives qu'elle réclamait l'opération avec insistance. L'élongation du nerf sciatique, pratiquée par le docteur A. Berridge, ne produisit aucun soulagement. (*Progrès médical.*)

Accidents causés par la morsure de l'araignée noire. — M. le docteur G. Dax (de Sommières) rapporte six observations d'individus qui furent piqués par le *Latrodectus tredecim guttatus*, de Rossi, grosse espèce assez rare dans la Provence et le Languedoc. Tous les malades présentèrent à un degré plus ou moins accentué les symptômes suivants : tout d'abord du malaise, de la céphalalgie, de la faiblesse, puis de la dyspnée, de la rachialgie, des crampes, des fourmillements et du refroidissement des extrémités.

Dans un seul cas, les accidents devinrent un moment inquiétants.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 5 mars et du 21 mai 1881.
(2) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 9 avril 1881.

Tous les malades ont guéri au bout de vingt-quatre heures par l'emploi de l'éther et des stimulants diffusibles. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Cas d'œsophagotomie. — Une jeune fille de douze ans, jouant avec une pièce de monnaie, l'avala par mégarde. Le corps étranger s'arrêta à la partie supéieure de l'œsophage, au niveau du cartilage thyroïde, dans une position telle qu'il empêchait même le passage d'une goutte d'eau.

Dans l'impossibilité d'extraire au moyen de pinces *ad hoc* la pièce enchâssée dans l'œsophage et en présence du danger de la refouler dans la cavité de l'estomac, le docteur Mariano Perez Blanco se décida à pratiquer l'œsophagotomie. L'opération fut pratiquée sur le côté gauche du cou, d'abord par une incision étendue du niveau de l'espace thyro-hyoïdien jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la fourchette du sternum, incision comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres du peaucier, tandis qu'un aide repoussait en dedans les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, et en dehors le sterno-cléido-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux sous-jacent. Ensuite, l'œsophage étant mis ainsi à découvert, M. Perez Blanco fit, au moyen d'un bistouri boutonné, entre les deux artères thyroïdiennes, une incision de 4 centimètres de longueur par laquelle il put extraire un corps étranger dont le diamètre avait exactement les mêmes dimensions.

L'opération put être terminée sans qu'il fût nécessaire de lier un seul vaisseau. On procéda ensuite au pansement, qui consista dans l'application d'un plumasseau de charpie cératée, soutenu par quelques tours de bande circulaires. Les bords de la plaie pouvaient, de la sorte, se rapprocher d'eux-mêmes par la position, tout en laissant un libre passage à la suppuration et aux mucosités.

Trente-cinq jours après l'opération, la malade sortait, n'éprouvant aucune difficulté dans la déglutition. La plaie était parfaitement cicatrisée, sans fistule consécutive et d'une manière relativement très-rapide, d'autant plus que le docteur Blanco n'avait pas cru devoir primitivement fermer la plaie de l'œsophage par des points de suture, comme le conseille M. le professeur Duplay en pareil cas. (*El Siglo médico* et *Paris médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Abcès froids. — M. Trélat, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, dit qu'il a été frappé de plusieurs propositions énoncées dans la discussion dont elle a été l'objet. C'est là, dit-il, une grave question : ce que nous appelons communément les abcès froids ne sont pas des abcès, mais bien des tumeurs primitivement solides, de nature tuberculeuse, sujettes à des évolutions diverses, dont le caractère fondamental est d'être enveloppées par une membrane fibreuse, épaisse, dure et résistante. Il y a longtemps déjà que David (de Rouen) et, après lui, Bouvier avaient insisté sur ce fait que l'on voit des abcès guérir spontanément ; c'est là une assertion parfaitement vraie ; il est bien certain que ce que l'on appelle aujourd'hui des gommes tuberculeuses peuvent guérir sous l'influence d'un traitement général ; soit que la tumeur entre en régression, soit qu'elle se ramollisse, la guérison est possible. Tantôt il y a une guérison spontanée, tantôt tous les produits solides disparaissent, et il reste une poche ou un abcès ; parfois le liquide contenu dans cette poche ne contient que quelques hématies altérées, de petites granulations et des cristaux de cholestérine ; c'est alors un kyste spécial, ayant pour genèse, pour passé une tumeur tuberculeuse. Je traitais, il y a deux ans, à la Charité, une femme qui portait une tumeur sur le dos du pied ; cette tumeur datait de trois ans ; elle présentait l'aspect d'un abcès chronique. Une ponction donna issue à une sérosité louche, contenant quelques stries puru-

lentes. Je ne savais au juste à quelle variété de tumeur j'avais affaire. Aujourd'hui le diagnostic en serait clair et facile; il s'agissait évidemment d'un abcès tuberculeux. En un mot, la totalité des faits de ce genre qui ont été présentés trouvent leur explication toute naturelle dans la connaissance que nous avons maintenant de ces tumeurs, de leur évolution et des diverses phases qu'elles peuvent présenter ainsi que de leurs divers modes de terminaison.

Traitement de l'éléphantiasis par la compression élastique. — M. THÉOPHILE ANGER, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Marc Sée, rapporte le fait suivant : Une jeune fille de dix-huit ans eut, à huit ans, un érysipèle du pied et de la jambe gauches, à la suite duquel cette jambe et surtout celle du côté droit devinrent le siège d'un éléphantiasis considérable, portant à la fois sur les jambes et les cuisses. M. Anger la traita par la compression à l'aide d'une couche épaisse d'ouate par-dessus laquelle il appliqua une bande en caoutchouc allant des orteils à la racine des deux membres inférieurs. Sous l'influence de ce traitement le volume des deux jambes diminua dans les proportions suivantes : la jambe droite, qui mesurait à la partie inférieure 49 centimètres et demi, n'en mesure plus aujourd'hui que 30 et demi. A gauche, la jambe ne mesure plus aujourd'hui que 27 centimètres et demi. Ce fait vient à l'appui des conclusions formulées par M. Marc Sée.

M. DESPRÈS. Voilà dix ans qu'on nous présente fréquemment des cas de guérison d'éléphantiasis par la bande élastique. Ces guérisons ne durent pas; aussitôt que l'on cesse la compression, l'éléphantiasis reprend ses premières dimensions; jamais un véritable éléphantiasis avec obstruction des vaisseaux lymphatiques n'a été guéri par la compression élastique.

M. ANGER maintient que, dans le cas qu'il vient de rapporter, il s'agissait d'un véritable éléphantiasis dont la guérison a été obtenue par ce moyen.

M. VERNEUIL a guéri d'un éléphantiasis des membres inférieurs, par la compression élastique, un jeune homme dont la guérison s'est parfaitement maintenue depuis deux ans.

M. MARC SÉE ne croit pas qu'il soit nécessaire, comme le pense M. Anger, d'appliquer de l'ouate entre la peau et la bande de caoutchouc. Celle-ci peut être appliquée directement.

M. LEFORT, qui emploie souvent ce mode de traitement, l'application sur la peau même de la bande de caoutchouc, ne lui a jamais trouvé d'inconvénients.

M. DESPRÈS ne connaît pas d'éléphantiasis qui puisse céder à la compression. Dans les cas qui viennent d'être cités il s'agissait probablement de ces œdèmes durs, rebelles, consécutifs, par exemple, à des adénites inguinales. Mais il n'y a pas un seul exemple de guérison d'éléphantiasis vrai, avec épaississement du tissu cellulaire.

Forceps Tarnier. — M. POLAILLON fait un rapport sur une communication de M. Wadège (de Liège) dans laquelle cet accoucheur revient sur le jugement qu'il avait antérieurement porté relativement au forceps Tarnier et déclare que cet instrument rend bien les services annoncés par son auteur.

De la congestion pulmonaire et de l'algidité dans les cas d'étranglement interne. — M. VERNEUIL rappelle la communication qu'il a faite sur ce sujet (voir *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 485). Au fait qui faisait l'objet de cette communication viennent s'ajouter les deux suivants :

Pendant, dit M. Verneuil, que j'étais d'examen à l'Hôtel-Dieu, M. Bazile, le chef de clinique de M. Richet, me montra un homme de soixante-quinze ans, atteint de deux hernies dont l'une était étranglée depuis quarante-huit heures. Ce malade était pâle et froid; la langue, les extrémités étaient froides; il avait de la dyspnée et de l'anurie; la température était à 36 degrés. Je conseillai des injections sous-cutanées d'éther, la paracentèse vésicale avec une petite aiguille Dieulafoy, puis de nouvelles tentatives de réduction. Je regardais le pronostic comme extrêmement grave. En effet, le malade mourut le soir même, sans d'autres phénomènes que ceux que je viens d'indiquer. A l'autopsie, on trouva un étranglement très-peu serré ; il n'y avait pas traces de péritonite ; l'intestin était sain, sans ulcérations, ni perforation. Mais il y avait une congestion pulmonaire intense et très-étendue; la vessie ne contenait que quelques gouttes d'urine très-chargée d'albumine.

Une femme de quarante-six ans, très-sourde, atteinte d'une petite hernie crurale, entra dans mon service avec des phénomènes d'étranglement datant à peine de quarante-huit heures. Mes internes essayèrent la réduction avec l'aide du chloroforme, elle eut aussitôt un état syncopal des plus inquiétants. Cependant elle revint à elle et la hernie fut réduite très-facilement. On lui donna des stimulants ; elle fut soulagée après la réduction, ne vomit plus et eut une selle abondante. Cependant, vingt-cinq minutes après la réduction, sa température tombait à 35 degrés. Elle succomba dans la nuit sans qu'on s'en aperçût. A l'autopsie, étranglement très-peu serré, pas traces de péritonite, pas une goutte d'urine dans la vessie. Les reins étaient sains, les poumons étaient le siège d'une congestion considérable surtout à la base.

Il y a, dans ces faits, une relation évidente entre l'algidité et la congestion pulmonaire. Chez deux de ces malades, les reins étaient malades; chez la troisième, il n'y avait rien du côté des reins et l'algidité ainsi que la congestion n'en étaient pas moins considérables. En raison de sa surdité, on est en droit de se poser la question de savoir s'il n'y avait pas de diabète; malheureusement l'absence complète d'urine dans la vessie n'a pas permis de s'en assurer.

M. BERGER rappelle avoir, dans un mémoire qu'il a communiqué à la Société, insisté sur l'anurie et l'algidité comme complications des étranglements internes. Il est bien certain que, dans les cas cités par M. Verneuil, la congestion pulmonaire intervient dans le mécanisme de la mort; toutefois, dans des cas analogues, les malades sont morts sans congestion pulmonaire. Dans les cas où cette complication a été constatée à l'autopsie, il serait intéressant d'avoir des renseignements sur l'état antérieur de la poitrine de ces sujets, attendu que la prédisposition doit ici entrer en ligne de compte.

M. FORGET a été appelé récemment auprès d'un homme de quatre-vingt-cinq ans, qui était atteint d'une hernie ancienne étranglée. Ce malade, qui fut jugé inopérable, succomba, dans l'espace d'une heure et demie, avec des signes évidents de congestion pulmonaire. Il n'y avait rien du côté de la hernie; il n'y avait pas non plus d'algidité. Ce malade était depuis longtemps atteint de catarrhe bronchique. Il y avait donc, chez lui, une prédisposition.

M. VERNEUIL. Chez des malades qui succombent rapidement, sans cause bien nettement appréciable, il faut toujours songer à l'état des reins et des poumons. Il y a aussi un grand intérêt à étudier la thermométrie, l'hypothermie devant être considérée comme une contradiction formelle à l'application du chloroforme et aux grands bains que l'on prescrit souvent en pareil cas. A l'avenir le chirurgien devra donc s'informer avec soin de la thermométrie et de l'état des poumons chez les malades qu'il doit opérer d'un étranglement herniaire.

M. DESPRÈS prend toujours la température des malades avant de pratiquer la kélotomie. Cette température est toujours inférieure à 37°. Quand elle tombe à 35°, il est inutile d'opérer, le malade étant certainement atteint d'une péritonite septique, souvent par exosmose gazeuse de l'intestin dans le péritoine. Il faut tenir compte aussi de l'élément nerveux. Or ces deux éléments, la péritonite souvent méconnaissable, d'une part, et, d'autre part, l'ébranlement nerveux, suffisent pour expliquer la mort, sans qu'il soit nécessaire de rechercher d'autres causes. M. Desprès a vu un bien grand nombre de malades, il n'en a jamais vu comme ceux dont vient de parler M. Verneuil. Il est vrai qu'il n'a pas cherché dans le même sens.

M. TRÉLAT. La conclusion générale de M. Verneuil est très-sage en matière d'opération de kélotomie. Il y a évidemment le plus grand intérêt à s'assurer préalablement de l'état du poumon.

Toutefois, rien se s'oppose à ce qu'un vieillard, atteint d'étranglement herniaire, se trouve en même temps affecté de congestion pulmonaire; il peut n'y avoir là qu'une fâcheuse coïncidence.

M. Trélat est étonné que M. Desprès n'ait pas vu de malades semblables à ceux de M. Verneuil. Avant la guerre, il a vu mourir un malade exactement dans les mêmes conditions. Il ignorait alors la cause de la mort; or ce fait appartenait évidemment à la catégorie de ceux dont a parlé M. Verneuil. M. Trélat accepte toutes les conclusions de son collègue.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il est une question sur laquelle ne s'est pas prononcé M. Verneuil; quand il y a un notable abaissement de température en même temps que de la congestion pulmonaire, M. Verneuil n'opérera-t-il pas? Il y a là une question embarrassante pour les chirurgiens qui se trouveront avoir affaire à des cas de ce genre. M. Lucas croit qu'il faut opérer quand même.

M. LEFORT est disposé à admettre qu'il s'agit, dans ces faits, d'un retentissement sur le grand sympathique. Depuis assez longtemps déjà il considère ces malades atteints de hernie étranglée, avec algidité, comme ces individus qui viennent de subir un grand traumatisme et dont il faut relever les forces avant de les opérer.

M. LABBÉ. La question posée par M. Lucas à M. Verneuil est très-importante au point de vue pratique; il y a des médecins qui cherchent toutes les raisons de ne pas opérer les hernies étranglées, et c'est leur fournir des arguments que de trouver des contre-indications là où il n'y en a peut-être pas. En fait d'opération de hernie étranglée, il ne faut pas craindre de tenter la seule chance qui reste aux malades. En 1866, on m'amena à la Salpêtrière une femme âgée de cent quatre ans, qui était atteinte d'une hernie étranglée; elle était froide, et je me disposais à la laisser mourir tranquille, quand M. Carville, alors mon interne, insista pour que je fisse l'opération. Je la pratiquai; la malade a parfaitement guéri et n'est morte qu'à cent six ans. Il faut donc qu'un malade soit bien évidemment voué à une mort certaine pour que nous lui refusions le bénéfice de l'opération, sa seule chance de salut.

M. DESPRÈS va plus loin que M. Labbé; en matière de hernie étranglée, il faut, selon lui, toujours opérer.

M. VERNEUIL. Il n'y a pas d'entente possible entre M. Desprès et moi, puisqu'il veut absolument qu'il y ait de la péritonite et des perforations intestinales là où je déclare formellement qu'il n'y en a pas, puisqu'il avoue lui-même n'avoir jamais recherché ce que j'ai recherché, n'avoir pas regardé ce que j'ai regardé, et s'en rapporter à l'influence du système nerveux. Le public appréciera entre celui qui cherche et trouve ce qu'il cherche et celui qui s'endort sur l'oreiller du doute et de la confiance en soi-même. Nous ne pourrons jamais nous entendre avec M. Desprès.

Ne serait-ce qu'au point de vue des contre-indications du chloroforme et des bains dans certains cas, ma communication me semble avoir quelque utilité pratique.

J'admets qu'il faut peut-être une prédisposition pour que la congestion pulmonaire se produise dans les cas dont j'ai parlé.

A MM. Lucas et Labbé, je répondrai que je ne fais pas de la congestion pulmonaire et de l'algidité des contre-indications à l'opération de la kélotomie. Nous n'avons pas le droit d'ôter aux malades la seule chance qui leur reste. Mais si vous reconnaissez l'existence de la congestion pulmonaire, avant l'opération, vous pouvez la combattre et rendre dès lors l'opération bien plus favorable. La levée de l'étranglement n'en reste pas moins toujours l'indication fondamentale de la cure de cet étranglement. L'algidité et la congestion pulmonaires constituent des indications secondaires.

Myxo-sarcome de la jambe. — M. MARC SÉE. Une jeune fille de dix-huit ans m'est amenée portant au mollet une tumeur fluctuante. Une ponction reste sans résultat. J'enlevai cette tumeur que le microscope montra être un myxo-sarcome. Deux ans après il y eut une récidive. Je fis une nouvelle opération dans laquelle je dus réséquer 15 centimètres du nerf sciatique poplité interne. Malgré cette résection, cette malade marche aujourd'hui très-bien.

Résection du genou. — M. LEFORT présente un malade auquel il a réséqué le genou il y a trois ans. A la suite de cette opération, il resta malade vingt mois, si bien que M. Lefort regrettait de n'avoir pas fait l'amputation de la cuisse. Cependant ce malade est aujourd'hui très-bien guéri et a conservé son membre. Il ne faut donc pas se décourager dans ces cas.

Tumeur du sein. — M. DESPRÈS présente une malade qu'il a opérée il y a neuf ans d'un squirrhe du sein. Il y a aujourd'hui une légère récidive. M. Desprès l'opérera de nouveau. Croirait-on que, malgré le bénéfice que cette malade a tiré de l'opération par le bistouri, son entourage insiste auprès d'elle pour qu'elle se mette entre les mains des charlatans qui encombrent la quatrième page des journaux et promettent la guérison des cancers sans opération?

M. GILLETTE a opéré une malade d'une tumeur du sein en plein diabète; elle n'en a pas moins bien guéri.

PRÉSENTATION

Élongation des nerfs. — M. GILLETTE présente un instrument qui a été construit sur ses indications par M. Mariand et qui lui sert à mesurer la traction qu'il exerce dans l'élongation des nerfs.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

264. M. MERCIER. Des complications des fractures de la clavicule, et en particulier de la blessure du poumon. — 265. M. VALLIENNE. Étude sur les transpositions viscérales. — 266. M. DEBIÈVRE. Du décollement rétinien et de son traitement. — 266. M. PRÉAUX. Contribution à l'étude de la polyurie chronique essentielle. — 268. M. GALISSART DE MARIGNAC. Contribution à l'étude clinique de la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. — 269. M. GUERTIN. D'une névrose convulsive et rhythmique déjà nommée: forme de chorée dite électrique. — 270. M. GIUGLIEMETTI. Sur les lymphadénomes du médiastin. — 271. M. REY-BARREAU. Contribution à l'étude de la névrite traumatique. — 272. M LASSON. De l'herpès circiné et de son traitement par la poudre d'araroba. — 273. M. PLET. Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur le corps thyroïde. — 274. M. ARIS. Considérations sur la folie épileptique et particulièrement sur l'aura.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 juillet 1881, M. Pasteur (Louis) membre de l'Institut, a été promu à la dignité de grand'croix dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 6 juillet 1881 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier : MM. Foiret (Gustave-Jean), médecin principal de la marine; Crevaux (Jules-Nicolas), médecin de première classe de la marine;

Au grade de chevalier : MM. Bonnafy (Gabriel), médecin-professeur de la marine; Bellamy (François-Auguste), Reynaud (Philippe-Henri), médecins de première classe de la marine; Tautain (Louis-Frédéric-Émile), aide-médecin auxiliaire de la marine; Coutance (Eugène-Marie), pharmacien de première classe de la marine.

— Par décret en date du 7 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier : M. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre du comité consultatif d'hygiène publique;

Au grade de chevalier : M. Chamberland (Charles-Édouard), docteur ès sciences (a secondé M. Pasteur dans ses recherches sur les

maladies contagieuses); Chatin (Joannès), professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, directeur du laboratoire de micrographie du Havre; Roux (Pierre-Paul-Émile), aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris (a secondé M. Pasteur dans ses recherches sur les maladies contagieuses).

— M. le professeur Wurtz, membre de l'Institut, a été élu, hier jeudi, sénateur inamovible par 146 voix sur 157 suffrages exprimés.

— Par arrêté en date du 4 juillet 1881, des concours s'ouvriront à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, savoir :

Le 12 janvier 1882, pour un emploi de suppléant de la chaire de chimie, pharmacie, histoire naturelle et matière médicale;

Le 9 février 1882, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement;

Le 9 mars 1882, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

— Par arrêté en date du 5 de ce mois, un second emploi de médecin-adjoint vient d'être créé à l'asile d'aliénés de la Ville-Évrard et confié à M. le docteur Philippe Rey.

— Le registre d'inscription pour les candidats aux différents concours de clinicat de la Faculté de médecine de Paris a été fermé le 30 juin au soir. Se sont fait inscrire : Clinique médicale : MM. les docteurs Ballet, Clozel de Boyer, Decaisne, Dreyfous, Jean, Josias, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Robin, Stakler et Talamon. — Clinique chirurgicale : MM. les docteurs Duret, Henriet, Lataste, Picqué, Redart et Schwartz. — Clinique ophthalmologique : MM. Bacchi, Bellouard et Picqué.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour la seconde épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau, — épreuve orale, — sont : 1° angine de poitrine ; 2° paralysie radiale ; 3° oreillons.

— La composition écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le jeudi 3 novembre 1881, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note « *passablement satisfait* », seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août prochain, dernier délai.

— La médecine militaire vient de faire une nouvelle perte. M. le docteur Rapp, médecin major de première classe, ancien médecin-adjoint du Conseil de santé des armées, est mort ces jours derniers à Neufchâteau.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance lundi 11 juillet 1881, à trois heures précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Rapport de M. Hanot, sur la paralysie générale, au point de vue des assurances sur la vie ; II. Communication de M. Gillet de Grandmont, sur la vision des couleurs, au point de vue médico-légal ; III. De la valeur de certaines éruptions cutanées en médecine légale, par M. le docteur Barthélemy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique ophthalmologique, par le docteur Ch. Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur libre de clinique ophthalmologique. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

De l'allaitement artificiel, par le docteur L. d'Ardenne, ouvrage récompensé par l'Académie de médecine, 1881. 1 vol. in-18 de 319 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11423.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISSÉS. — M. Parrot.

De la syphilis dentaire héréditaire chez les enfants (1).

III

Aujourd'hui je veux m'occuper de la description de l'odontopathie syphilitique, au point de vue clinique, véritable odontopathie atrophique parfaitement justifiée par l'anatomie pathologique.

Quand on étudie une dent malade, deux choses sont à remarquer : l'altération primitive et l'altération secondaire.

Les atrophies dentaires présentent un très-grand nombre de variétés que l'on a groupées de la façon suivante, en choisissant les plus typiques pour chaque groupe.

Ces variétés sont au nombre de cinq : 1° atrophie cuspidienne ; 2° atrophie cupulaire ; 3° atrophie sulciforme ou en sillon ; 4° atrophie en hache ; 5° atrophie d'Hutchinson.

1° L'atrophie cuspidienne porte sur la partie la plus saillante de la dent, sur la partie triturante de la couronne. Ainsi, pour les incisives, elle porte sur leur bord tranchant ; pour les canines, sur leur pointe unique ; pour les molaires, sur toutes leurs cuspides.

L'ordre de fréquence de l'altération cuspidienne est le suivant, dans la syphilis héréditaire : constante sur la première molaire de la seconde dentition ; très-fréquente pour les prémolaires de la première et de la seconde dentition, assez commune pour les incisives de la seconde dentition, un peu moindre pour les canines de la première dentition, plus rare enfin pour celles de la seconde dentition.

L'altération est typique sur les premières molaires de la seconde dentition qui ne présentent jamais d'autres altérations. La partie malade, libre, semble être tout à fait en retrait sur le reste de la dent, sur la partie saine où elle semble comme enchâssée. C'est à tel point que ces deux parties de la dent diffèrent par leur volume, par leur coloration, par leur consistance, enfin par tous les caractères que la vue et le toucher sont susceptibles d'apprécier. La coloration de la partie malade n'est plus d'un blanc laiteux, comme toute dent saine, mais bien d'un jaune ocreux. La cuspide est plus acérée, plus pointue, elle paraît friable ; son aspect, lisse d'ordinaire, a fait place à un état rugueux. Quant à la partie saine de la dent, elle conserve ses caractères normaux sauf en ce qui concerne l'émail. Celui-ci est en effet plus abondant et forme comme un véritable bourrelet.

Telles sont les altérations cuspidiennes de la première molaire sous l'influence de la syphilis héréditaire. Celles des prémolaires de la seconde dentition sont identiques, si ce n'est qu'elles sont un peu moins accentuées. Dans les prémolaires de la première dentition les lésions sont encore plus atténuées, le retrait de la partie malade est moins accusé, enfin il y a simplement des rugosités de l'émail qui paraît comme érodé, et les cuspides sont moins accentuées. Pour les canines le mal est le même à la première comme à la seconde dentition, et l'altération aussi accentuée que sur la première molaire ; le bourrelet d'émail est exubérant. Mais sur les incisives les lésions sont moins marquées que sur les autres dents ; le bourrelet de l'émail est saillant au-dessus de l'étranglement de la dent et le bord libre tranchant est plus mince qu'à l'état normal.

2° La seconde variété, ou atrophie cupuliforme, peut se présenter seule ou associée aux autres variétés. Elle est à peu près le propre des incisives seulement, et se présente surtout avec tous ses caractères sur les incisives médianes supérieures.

Dans ces conditions la dent est haute, large, en forme de palette ; l'altération consiste en de petites cupules creusées tant sur la face antérieure que sur la face postérieure de la dent. Ces cupules, rarement uniques, le plus souvent au nombre de deux ou de trois, et quelquefois de quatre, cinq, six, sept et même de huit, ont un diamètre qui varie entre un quart de millimètre et 1 millimètre et demi. Elles sont rangées suivant une ligne horizontale. Elles sont d'une coloration sale, jaunâtre ou noirâtre, qui tient à ce que, dans le fond, la couche d'émail est très-amincie ou a disparu complètement. La dentine se trouve alors à nu. Cela existe surtout dans la première dentition.

Ces cupules peuvent être associées à l'altération cuspidienne ; dans ce cas la base sur laquelle repose la cuspide est formée par une zone de petites cupules qui laissent apercevoir la dentine dans le fond. Tomes appelle cette

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 juillet 1881.

altération une érosion en gâteau de miel, dénomination mauvaise, car il ne s'agit pas d'une érosion qui n'est qu'une altération secondaire, mais bien d'une atrophie primitive.

3° La variété sulciforme ou en sillon est très-fréquente. Exceptionnelle sur les molaires, elle se rencontre surtout sur les incisives. Elle n'est pour ainsi dire qu'un dérivé de la forme précédente. Les sillons qui la caractérisent sont ordinairement au nombre de deux ou trois; ils sont toujours horizontaux, parallèles, pour chaque dent, au bord du maxillaire; leur hauteur varie entre un quart de millimètre et 1 millimètre. Lorsqu'il existe plusieurs sillons, ceux-ci sont séparés les uns des autres par un bourrelet d'émail. Ces sillons sont généralement le résultat de la réunion de plusieurs cupules.

Sur les dents incisives le sillon peut exister aux deux faces et forme alors comme une sorte d'étranglement de la dent. D'autres fois le sillon n'existe qu'en avant, et, en arrière, il est remplacé par de simples petites cupules non réunies entre elles. Cependant les sillons sont généralement plus accentués en arrière qu'en avant. Les sillons sont rarement verticaux; dans ce cas ils se rencontrent surtout sur la face postérieure de la dent.

Sur les dents molaires l'altération est identique des deux côtés, antérieur et postérieur.

4° L'atrophie en hache est plus rare; elle est exceptionnelle sur les incisives inférieures; elle appartient surtout aux incisives médianes. On ne la rencontre jamais que pour les dents de la première dentition.

Son nom « en hache », ou mieux encore « en francisque », est parfaitement justifié.

Cette altération n'est pas du même ordre que les précédentes. Elle n'est pas congénitale, elle ne se produit pas dans l'alvéole. Elle est consécutive à l'éruption de la dent qui sort intacte comme forme, mais dépourvue d'émail au collet, de telle sorte qu'en ce point elle est facilement accessible aux sucs de la bouche qui ne tardent pas à l'altérer à ce niveau. La destruction se fait alors de proche en proche, en gagnant vers la couronne, et forme un étranglement au niveau de sa sertissure.

Quand les incisives latérales supérieures sont atteintes à leur tour, elles ne le sont que dans les points qui sont en contact avec les incisives médianes.

5° La variété Hutchinsonienne, du nom de l'auteur anglais qui l'a parfaitement décrite, est une variété réellement typique. Elle est caractérisée par une véritable eschare du bord libre de la dent, détruit de façon à laisser seulement deux petites cuspides latérales. Elle peut se rencontrer sur les canines et sur les incisives. Elle est surtout fréquente sur les incisives médianes supérieures.

Hutchinson a parlé aussi d'une atrophie générale des dents. Le fait est vrai, et, quand celles-ci sont atrophiées, leur évolution est très-tardive, et il semble que, lorsque la seconde dentition se fait, elles ne peuvent être chassées par celles qui viennent derrière elles. Ces dents sont alors petites, cylindroïdes ; elles ne sont pas aplaties comme les incisives normales, elles sont usées parallèlement au bord du maxillaire, comme si on les avait soumises à une meule de grès.

Telles sont les altérations primitives qui caractérisent l'atrophie dentaire syphilitique.

Quant aux conséquences de cette atrophie, ou altérations consécutives, l'une des plus importantes est le changement de coloration de la dent, qui est d'un blanc laiteux, nacré, dans l'état normal.

En effet, sur les dents malades, même les mieux soignées, au niveau des sillons ou des cupules, on aperçoit une teinte jaunâtre, pouvant atteindre jusqu'à la coloration noire. Cette modification est due aux irrégularités mêmes de la dent, que la brosse ne peut atteindre.

Si vous avez affaire à de jeunes sujets travaillant dans le cuivre, la dent devient verdâtre sous l'influence des poussières métalliques; de même, pour les saturnins, elle sera d'un gris ardoisé.

Le tartre se dépose très-facilement sur ces dents et les conserve plus longtemps en les protégeant contre les sucs altérants de la bouche.

La carie peut être aussi une altération consécutive qui creuse la dent dans la région primitivement altérée. Très-peu de dents lui résistent. Les molaires et les prémolaires sont les plus fréquemment atteintes.

Le maxillaire lui-même peut être altéré. La dent, arrêtée dans son développement au sein de l'alvéole, détermine des barres du maxillaire qui s'atrophie à son tour comme chez le vieillard. C'est ainsi qu'il est de jeunes sujets sur lesquels on ne constatera la présence que des incisives, quelquefois des canines, tandis que les autres dents, sauf les premières molaires, n'ont jamais paru.

Le diagnostic de l'odontopathie ou atrophie dentaire syphilitique est des plus faciles. La maladie ne saurait être confondue avec aucune autre modification des dents. La forme en scie du bord libre des incisives, que l'on rencontre quelquefois sur les dents de la seconde dentition, ne ressemble en rien aux sillons verticaux ou horizontaux ni aux cupules que nous venons de décrire.

Il en est de même des incisives coupées en biseau de façon à former une sorte de sinus entre les deux médianes, par exemple.

HOPITAL LAENNEC. — M. NICAISE.

Des épanchements sanguins intra-articulaires.

Nous avons au n° 18 de la salle Malgaigne un jeune homme de dix-neuf ans, qui est entré, il y a quatorze jours, pour un coup de pied de cheval reçu la veille sur la face antérieure du genou gauche. La violence a été suffisante pour le renverser, lui faire éprouver de vives douleurs et déterminer un gonflement assez rapide.

A son arrivée, nous avons constaté une tuméfaction régulière du genou, soulevant la rotule et le cul-de-sac synovial supérieur, sans trace de contusion violente. Le traumatisme a porté surtout au niveau de la boule graisseuse rétro-rotulienne. La sensation produite par l'épanchement dans l'articulation n'est pas aussi nette que dans l'hydarthrose, et le choc de la rotule sur les condyles donne lieu à une sensation pâteuse. D'autre part, cependant, on ne sent pas de crépitation franche indiquant l'existence de caillots dans l'articulation.

C'est donc un traumatisme qui a donné lieu à un épanchement rapide constitué tout d'abord par du sang, puis par un mélange de sang et de sérosité, comme toujours en pareil cas, ainsi que le prouve toute ponction faite quelques jours après l'accident.

Le pronostic est simple, la lésion bénigne, surtout chez

un garçon jeune, bien portant, ni scrofuleux ni rhumatisant, et le genou étant peu volumineux, la lésion peu considérable, le traitement par l'immobilisation du membre, et quelques résolutifs sur le genou, puis quelques jours plus tard par la compression ouatée, suffira pour amener une guérison assez rapide.

C'est ce que nous avons fait ici, plaçant et maintenant solidement le membre inférieur dans une gouttière, appliquant pendant neuf ou dix jours des compresses d'eau blanche sur le genou; le gonflement de l'articulation a diminué, la sensation du flot liquide plus nette nous a montré que la sérosité l'emportait sur le sang épanché, le choc rotulien est devenu plus net aussi; c'est alors que nous avons appliqué notre bandage compressif ouaté depuis l'extrémité inférieure de la jambe jusqu'au-dessus du genou. Notre malade restera dans cet appareil pendant quinze jours environ, temps ordinairement suffisant lorsque l'épanchement n'est pas très-considérable.

Les nombreux épanchements sanguins intra-articulaires que j'ai eu l'occasion d'observer et les deux autopsies qu'il m'a été donné de faire me permettent de vous parler en toute certitude de ces accidents.

Dans les contusions et les entorses du genou, les renseignements sont généralement peu précis, et plutôt conjecturaux sur l'origine du sang épanché. Cependant des expériences faites sur les animaux nous ont appris que ce sang peut venir des replis de la synoviale dans les points où, de pariétale qu'elle était, elle va s'insérer à la surface des os. Il peut aussi provenir de la boule graisseuse rétro-rotulienne et du ligament graisseux qui la surmonte et qui est accompagné de quelques gros vaisseaux, lesquels sont déchirés et donnent lieu à l'épanchement sanguin.

En effet, l'an dernier, nous avons eu un individu qui était tombé d'un premier étage sur l'un des genoux; or, dans la flexion à angle droit de cette articulation, la boule graisseuse s'est trouvée en contact avec le sol et a reçu tout le choc résultant de la chute, de là attrition de la boule et de son ligament et hémorrhagie intra-articulaire consécutive.

Dans l'entorse du genou, l'origine du sang est un peu différente, la lésion n'étant pas de même nature. En effet, dans ce cas, il y a arrachement des ligaments et surtout des ligaments croisés, qui donne lieu à un certain épanchement. De plus, cette déchirure des insertions ligamenteuses entraîne souvent aussi l'arrachement partiel de la lame compacte qui recouvre le tissu spongieux des épiphyses, tissu très-vasculaire qui saigne avec la plus grande facilité et assez abondamment pour produire un véritable épanchement intra-articulaire. Telles sont les origines du sang dans les entorses et les contusions de l'articulation du genou.

Chez notre malade, nous avions affaire à une contusion du genou avec attrition et épanchement sanguin.

Mais que devient le sang épanché? Il y a quatre ou cinq ans, je fis l'autopsie d'un homme qui, quatorze mois auparavant, avait eu également une contusion du genou, lequel avait conservé une certaine raideur, malgré l'emploi d'appareils inamovibles, des applications de teinture d'iode et des pointes de feu. Cet homme était entré pour une pneumonie à laquelle il avait succombé.

A l'autopsie, nous n'avons trouvé aucune fongosité articulaire, mais le cul-de-sac supérieur de la synoviale renfermait des caillots fibrineux provenant de l'épanchement sanguin intra-articulaire, dont la partie séreuse seule s'était résorbée. La persistance de ces caillots et la raideur de l'articulation avaient fait croire à l'existence d'une tumeur blanche.

Une seconde autopsie est celle d'un homme qui, en cours de traitement d'une luxation de l'épaule parfaitement réduite, avait succombé à une affection intercurrente et chez lequel on avait trouvé dans la synoviale articulaire quatre ou cinq caillots fibrineux un peu plus gros que des grains d'orge.

Ces deux faits nous prouvent surtout avec quelle lenteur la résorption du sang se fait, en certains cas, dans les cavités articulaires.

J'ajouterai que, lorsque l'on ponctionne avec le trocart aspirateur ces épanchements sanguins consécutifs à un traumatisme du genou, on donne bien issue à un liquide teinté en rouge, très-fluide, séro-sanguinolent, et non pas à du sang que sa viscosité empêche de sortir par la canule du trocart. C'est pourquoi Jarjavay recommandait en pareil cas une ponction large de 1 centimètre à 1 centimètre et demi faite avec la lancette de préférence au trocart, afin de faire sortir par une pression méthodique tout le contenu de la synoviale, sang, liquide et caillots cruoriques. Non-seulement j'approuve complètement cette manière de faire, mais encore, si la présence de caillots est nettement constatée, je conseillerai de faire l'arthrotomie, c'est-à-dire une incision de 2 ou 3 centimètres de largeur, et de vider l'articulation, afin d'appliquer le pansement de Lister. Il serait grave, au contraire, de laisser séjourner dans l'articulation des caillots qui, plus tard, se transforment en caillots fibrineux blancs qui peuvent arriver à former de véritables corps étrangers.

Quoi qu'il en soit, nous devons savoir que le pronostic est généralement bénin et que la guérison ne survient jamais avant trois ou quatre semaines.

Quant au traitement, je n'ai qu'à répéter ce que j'ai dit; épanchement peu considérable, immobilisation de l'articulation, pansements résolutifs et, huit ou dix jours après, compression ouatée; épanchement considérable, douleur vive, tuméfaction notable, inflammation; alors ponction articulaire, si le liquide est purement séreux, mais avec toutes les précautions antiseptiques, sinon l'on a chance de déterminer promptement une arthrite purulente. Quant à la date à laquelle il faut la pratiquer, la règle générale est de ne jamais la faire au début de l'épanchement sanguin, mais au bout de un ou deux jours, faute de quoi le liquide se reproduit et parfois même l'opération peut déterminer une hémorrhagie.

Enfin, si l'on suppose qu'il y ait des caillots dans l'articulation, ne plus faire alors la ponction aspiratrice simple, mais l'incision ou l'arthrotomie avec un instrument tranchant afin de donner issue au sang visqueux, poisseux, et aux caillots que peut contenir la cavité articulaire. L'arthrotomie, grâce aux antiseptiques bien employés et entourée de toutes les précautions nécessaires, est devenue aujourd'hui à peu près sans danger.

J'ai un second malade couché au n° 10 de la même salle Malgaigne, entré en même temps que le précédent, qui présente des faits à peu près analogues. C'est un garçon qui a reçu des coups de pied multiples, d'homme cette fois, sur le genou également et à la partie inférieure de la cuisse. Le genou était un peu volumineux, l'intérieur de l'articulation contenait un peu de liquide, mais le gonflement tenait surtout à de l'œdème; la tuméfaction était surtout prononcée à l'extrémité inférieure de la cuisse au niveau du vaste externe, tuméfaction molle, fluctuante dans le sens vertical,

sous-aponévrotique, due à un épanchement sanguin par l'attrition des fibres musculaires, et non pas à une hernie musculaire à travers une déchirure aponévrotique.

En effet, comme l'a démontré M. Farabeuf dans l'une des séances de la Société de chirurgie, le signe pathognomonique de la hernie musculaire est sa disparition par la rentrée des fibres dans la contraction du muscle.

Ici, nous avons une simple attrition avec épanchement sanguin, que nous avons traitée comme chez notre premier malade, en raison de la contusion du genou, c'est-à-dire par l'immobilisation et l'eau blanche. Hier, j'ai fait une ponction au niveau de la fluctuation; elle a démontré l'inefficacité en pareil cas du trocart n° 2 de l'appareil Potain, en donnant issue seulement à quelques gouttes d'un sang noir, visqueux. Aussi, si comme je le pense, cet épanchement sanguin persiste quelque temps encore, je ferai une incision large pour l'évacuation complète de la poche, je ferai un lavage phéniqué, j'appliquerai le pansement de Lister, et nous obtiendrons la guérison parfaite dans l'espace de dix ou douze jours.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juin 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Calorimétrie. — M. D'ARSONVAL continue les expériences dont il a donné les premiers résultats dans la précédente séance. Parmi les nouveaux résultats obtenus, il signale les suivants : un animal frotté d'huile perd une quantité de chaleur double ou triple de celle qu'il dégage à l'état normal. Une irritation cutanée quelconque, obtenue par l'eau glacée, une douche d'éther, modifie complètement la production de chaleur en plus ou en moins, et cela par un mécanisme nerveux réflexe et non par une soustraction directe de calorique.

Emploi des verres de flint-glass. — M. JAVAL rappelle avoir dit autrefois que le chromatisme de l'œil peut être une cause de gêne pour la vision. Chez quelques malades, il a eu l'occasion de diminuer ce chromatisme par l'emploi de verres jaunes; chez d'autres, qui étaient myopes en même temps, par le moyen de verres de flint-glass. Dans les deux cas, les résultats observés ont été satisfaisants.

Effets physiologiques du maté. — M. D'ARSONVAL, en son nom et au nom de M. Couty, fait une communication sur ce sujet : Qu'on injecte le maté dans le sang ou qu'on le fasse absorber par les voies digestives, les résultats sont les mêmes; ils ne diffèrent que par le moment de leur apparition. Voici quels sont ces résultats : 1° diminution constante des gaz du sang, dont le chiffre s'abaisse jusqu'à plus de moitié de sa valeur normale; 2° fixité de ces gaz, qui ne se dégagent que très-difficilement par le vide et la chaleur dans la pompe à mercure.

Du pouls veineux. — M. FRANCK fait en ce moment des expériences sur la circulation veineuse; il indique seulement aujourd'hui quelques points relatifs à l'influence de la circulation artérielle sur la circulation veineuse et au pouls veineux jugulaire.

Indépendamment du fait bien connu de la *vis a tergo*, la circulation artérielle exerce son influence sur la circulation veineuse par d'autres moyens qui ne sont pas sans importance : par exemple, chaque expansion artérielle du cerveau provoque l'expulsion d'une quantité de sang veineux égale à la quantité du sang artériel qui afflue au cerveau. Cette influence n'est pas limitée au cerveau ; on la retrouve dans l'œil, dans le testicule et dans certaines régions artério-veineuses; on peut voir que l'action sur les veines voisines des expansions et retraits des gros troncs artériels eux-mêmes est tout à fait semblable. Tous ces cas d'action médiale (gonflement artériel des organes) et d'action immédiate (expansion et retrait des artères unies aux veines) de la circulation artérielle sur la circulation veineuse doivent être rapprochés les uns des autres par l'identité du mécanisme en vertu duquel les artères agissent sur les veines : c'est par la pression latérale variable des tissus ou des artères elles-mêmes que se trouve influencée la circulation des veines voisines.

M. Franck fait connaître également quelques-uns des résultats qu'il a obtenus dans ses recherches sur le pouls veineux jugulaire. Il a cherché quelle pouvait être la cause de l'affaissement subit des jugulaires qui se produit rhythmiquement à chaque systole du cœur. Quelques physiologistes, avec Mosso (de Rome), se basant sur ce fait que chaque systole du cœur coïncide avec une véritable aspiration de la cage thoracique, admettent que cette aspiration s'exerce aussi sur les jugulaires et détermine leur affaissement. Il n'en est rien, car, en supprimant cette aspiration par l'ouverture de la poitrine chez un animal, l'affaissement de la jugulaire ne s'en produit pas moins. Pour M. Franck, la dépression brusque des jugulaires ne fait que coïncider avec la systole ventriculaire ; elle résulte de la rapide pénétration du sang veineux dans le thorax permise par le relâchement soudain des parois de l'oreillette droite.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1881. — Présidence de M. Blachez.

COMMUNICATIONS

Syphilis utérine. — M. MARTINEAU présente la thèse d'un de ses élèves sur la syphilis utérine secondaire. On rencontre sur le col de l'utérus, comme sur la muqueuse vaginale, des syphilides papuleuses, érosives ou ulcéreuses. Les ulcérations syphilitiques du col ont été bien vues par MM. Ricord, Gosselin et Bernutz ; mais c'est à M. Fournier que revient surtout le mérite d'avoir montré l'existence sur le col de syphilides papuleuses et de syphilides érosives. Ces affections spécifiques de l'utérus sont très-faciles à diagnostiquer. Elles jouent un grand rôle au point de vue de la contagion, d'autant plus qu'elles peuvent exister sans que les femmes s'en doutent, ces manifestations syphilitiques n'étant nullement douloureuses.

Injections sous-cutanées de peptone mercurique et ammonique. — M. MARTINEAU rappelle l'historique de ce mode de traitement, proposé d'abord par Scaranzio (de Pavie) qui injectait de la glycérine tenant en suspension du calomel à la vapeur; cette méthode fut ensuite en honneur en Angleterre, mais on substitua le sublimé en dissolution au calomel ; enfin, chez nous, Liégeois la préconisa de préférence à l'administration des mercuriaux par les voies digestives ; il employait l'iodure double de mercure et de sodium, associé plus tard à la morphine, pour combattre la douleur vive provoquée par les injections. A la suite des travaux qui firent connaître le mode d'assimilation du mercure à l'état d'albuminate, on ajouta au sel mercurique du blanc d'œuf, espérant faciliter ainsi son absorption. Malgré tous ces efforts, les injections faites avec ces diverses solutions déterminaient presque constamment des douleurs violentes et parfois des indurations persistantes ou des abcès. Bamberger remplaça l'albumine par la peptone, et, depuis lors, la méthode des injections sous-cutanées de mercure, qui avait été presque entièrement abandonnée, a été de nouveau remise à l'étude. Désirant instituer une série d'expériences avec le peptonate de mercure ou mieux la peptone mercurique, M. Martineau pria M. Delpech de préparer une solution soigneusement titrée et susceptible d'une bonne conservation. Cette solution renferme : bichlorure de mercure, 10 grammes ; peptone sèche de Catillon, 15 grammes ; chlorure d'ammonium pur,

15 grammes, pour une quantité variable d'eau et de glycérine suivant le titre que l'on désire obtenir. M. Martineau l'a employée chez un grand nombre de malades et a pratiqué jusqu'à ce jour treize cents injections; au début, il faisait tous les trois jours une injection de 1 centimètre cube renfermant 2 milligrammes de sublimé, tandis que, comparativement, une autre série de malades était soumise à des injections d'un demi-centimètre cube seulement, renfermant la même dose de sublimé et espacées de la même manière. N'ayant observé aucun accident local, il pratiqua les mêmes injections tous les deux jours, puis tous les jours; enfin il porta la dose de sublimé contenue dans chaque injection à 4, puis à 5 milligrammes; la solution dont il se sert aujourd'hui est assez concentrée, puisqu'elle renferme 8 milligrammes de bichlorure de mercure par centimètre cube. Il ne s'est produit, à la suite de ce traitement, aucun accident local, ni induration, ni abcès; il ne s'est jamais montré de salivation. Il faut avoir soin de faire l'injection bien exactement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et la région qu'il faut choisir de préférence est le dos. car en ce point le tissu cellulaire sous-dermique est lâche et abondant. La douleur a été nulle dans la très-grande majorité des cas; chez deux ou trois malades, elle a consisté en une brûlure peu intense qui a persisté pendant plesieurs heures, et chez cinq ou six autres elle s'est bornée à une légère cuisson qui n'a jamais duré plus d'une heure; tous ces phénomènes douloureux se sont montrés après les deux ou trois premières injections, mais n'ont pas reparu à partir de la quatrième. Même à la dose de 4 milligrammes par jour, il ne s'est produit ni stomatite ni accidents gastro-intestinaux; la même tolérance a été jusqu'ici observée à la dose de 5 milligrammes. La solution de peptone mercurique ammonique, employée en injections sous-cutanées, paraît avoir sur l'évolution des accidents syphilitiques une action plus prompte et plus marquée que le sublimé administré par les voies digestives; elle est appelée surtout à donner de beaux succès dans les cas de syphilis grave avec accidents menaçants, alors qu'il est nécessaire d'agir vite et d'une façon énergique. Ce procédé thérapeutique est d'ailleurs très-facile à employer et ne détermine ni douleurs ni accidents d'aucune sorte. M. Martineau se propose de continuer ses expériences et d'élever encore la dose de sublimé; il tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

M. BESNIER. Il est un fait d'observation très-remarquable dans les expériences de M. Martineau: c'est que, sous l'influence d'injections sous-cutanées de 5 milligrammes de mercure, il ne se produit pas de salivation; il y a là quelque chose d'incompréhensible. On ne saurait invoquer, pour expliquer ce fait, l'absence d'excitation directe des glandes salivaires. On sait, en effet, que la salivation peut seproduire quel que soit le point d'application sur la peau de la préparation mercurielle. C'est donc un fait très-remarquable qu'on puisse faire des injections de mercure sous la peau sans produire de salivation.

Si, comme semblent le démontrer les faits de M. Martineau, ce mode d'administration du mercure donne de meilleurs résultats que les autres méthodes de traitement, il serait de notre devoir de l'appliquer dans la pratique de la ville aussi bien que dans la pratique hospitalière; or comment concilier avec les exigences de la profession l'obligation de faire pendant deux mois, au même individu, une injection sous-cutanée tous les jours ou tout au moins tous les deux jours? Il y a là une difficulté pratique dont il faut tenir compte.

Si cette méthode de l'introduction des médicaments dans l'économie par la voie sous-cutanée se généralisait, on ne saurait trop insister sur les précautions à prendre pour pratiquer ces injections. On sait qu'il y a eu des cas de mort instantanée à la suite d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Ces cas de mort foudroyante sont dus à ce que l'aiguille a pénétré dans un vaisseau sanguin. Il n'y a qu'un seul moyen de se mettre à l'abri de cet accident, c'est d'introduire très-profondément l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané de façon que sa pointe ait dépassé la face profonde du derme; il faut, en outre, l'introduire isolément; de cette façon, si l'on pénètre dans un vaisseau sanguin, on en est averti par la sortie d'une gouttelette de sang par la canule, et l'on pratique alors l'injection ailleurs. Si cette pratique des injections mercurielles se généralisait, il faudrait insister sur ces deux précautions, d'introduire profondément l'aiguille et de l'introduire isolément.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a expérimenté la méthode préconisée par M. Martineau. Il est d'accord avec M. Besnier sur la nécessité de faire les injections profondément. C'est, suivant lui, une méthode douloureuse; les malades souffrent pendant deux ou trois jours de douleurs plus ou moins vives. La préparation des peptonates de mercure est difficile; ces peptonates diffèrent suivant la provenance de la peptone. La solution que préfère M. Beaumetz contient 4 centigrammes de peptone pour 1 centigramme de sublimé. Contrairement à ce que dit M. Martineau, la salivation se produit après deux ou trois injections. Il ne faut pas faire ces injections tous les jours; une ou deux par semaine suffisent.

Dans quelle mesure est applicable la méthode des injections mercurielles sous-cutanées? Elle est applicable dans la pratique hospitalière; elle s'impose dans les hôpitaux militaires où la plupart des prescriptions mercurielles passent ailleurs que dans l'estomac des malades. Il en est de même pour certains hôpitaux spéciaux, Saint-Lazare et Lourcine. Quant à la pratique de la ville, cette méthode n'est pas tellement supérieure aux autres qu'on doive absolument y recourir, sauf dans des cas de syphilis grave où il faut agir vite, car le principal avantage de cette méthode est est la rapidité.

M. Luton a proposé d'injecter sous la peau du mercure à l'état métallique; il injecte une goutte de mercure avec de la glycérine. C'est là une mauvaise méthode.

M. MARTINEAU a pratiqué aujourd'hui treize cents injections. Contrairement à M. Dujardin-Beaumetz, il fait une injection tous les jours; la dose injectée est de 6 milligrammes de sublimé; il se propose de la porter à 7 et 8 milligrammes. Sur les 1,300 injections, il n'a pas eu un seul cas de salivation, et cependant le mercure est bien absorbé; ce qui le prouve, c'est, d'une part, la rapidité de l'action thérapeutique, et, d'autre part, la présence du mercure dans les urines.

M. Martineau répond à M. Besnier que les malades ne peuvent pas faire ces injections eux-mêmes; il faut les faire profondément et avec une aiguille très-acérée qui divise les tissus sans les dilacérer. Dans ces conditions, on n'a jamais de thrombus ni de douleurs. Cette pratique est certainement applicable en ville, mais il faut que ce soit le médecin lui-même qui fasse ces injections.

C'est dans la région du dos, entre les omoplates et la région lombaire, que M. Martineau pratique ses injections.

M. BESNIER regarde cette méthode comme ayant une importance de premier ordre. A Saint-Louis, particulièrement, chez des malades rebelles à tout traitement, elle est appelée à rendre de grands services, plus spécialement dans ces cas de syphilis secondaire anomale qui résistent à tout traitement et dans lesquels il y a grand avantage à agir vite.

M. BLACHEZ soigne en ce moment un jeune homme atteint d'une syphilis extraordinairement grave. Il contracta cette syphilis il y a vingt-deux mois; il eut un chancre induré; à ce moment il négligea tout traitement. Trois mois après, il avait des accidents secondaires de la plus haute gravité; le nez, les paupières, furent à moitié détruits. Il portait sur le corps une vingtaine de syphilides dont quelques-unes étaient grosses comme une pièce de cinq francs en argent. Ces syphilides étaient recouvertes d'une croûte de plus de 1 centimètre d'épaisseur sous laquelle se trouvaient des ulcérations profondes. Ce malade ne pouvait supporter le traitement mercuriel. Les plus petites doses de mercure produisaient une salivation extrêmement abondante. Cependant il put tolérer quelques doses de la liqueur de van Swieten, à la suite desquelles il eut une légère amélioration. M. Blachez se propose de soumettre ce malade au traitement préconisé par M. Martineau.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

Douzième liste.

MM. le professeur Lasègue	100 fr.
le docteur Rota	100
le docteur Jules Falret (deuxième versement)	200
le docteur Desmaisons (de Bordeaux)	50
TOTAL	450 fr.
Listes précédentes	14.241
Total général jusqu'à ce jour	14.691 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 juillet 1881, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Coulier, pharmacien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

Au grade d'officier : MM. Martrès, médecin-major de première classe au 21e régiment d'artillerie; Malaval, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Cambrai; Grimaldi d'Esdra, médecin-major de première classe au 22e régiment d'artillerie.

Au grade de chevalier : MM. Pinchard, médecin-major de première classe au 6e régiment d'artillerie ; Claudot, médecin-major de première classe à l'hôpital de la Charité, à Lyon ; Madamet, médecin-major de première classe à l'hôpital de Bayonne ; Salomon, médecin-major de deuxième classe au 18e régiment de chasseurs : Drouineau, chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle ; Gillet, médeciu en chef de l'hospice civil de Melun ; Léon, médeein de l'hôpital du fort de Barreaux (Isère) ; Perron, pharmacien-major de deuxième classe à Cherchell.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé vendredi soir, 8 juillet 1881, par la nomination de MM. Kirmisson et Schwarz.

— Le jury du concours pour la nomination aux emplois vacants de chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris se compose de MM. Bouchard, Jaccoud, Lasègue, Peter et Potain.

— La bibliothèque de la Sorbonne sera fermée du lundi 11 juillet 1881 au dimanche 21 août, pour les vacances annuelles.

— Une commission vient d'être instituée par le ministre de l'intérieur à l'effet de reviser les bases sur lesquelles a lieu le partage des sujets de dissection provenant des hôpitaux de Paris entre l'amphithéâtre de Clamart et celui de la Faculté de médecine de Paris.

Sont nommés membres de cette commission : 1° pour la Faculté, MM. les professeurs Vulpian, Gavarret et Gosselin, et M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques; 2° pour l'Assistance publique, MM. les docteurs Moutard-Martin et Féréol, médecins des hôpitaux, Nicaise, chirurgien des hôpitaux, membre du Conseil de surveillance, Tillaux, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre de Clamart, et M. d'Échérac, inspecteur et membre du Conseil de surveillance.

M. Groux, chef du service de santé des hôpitaux, remplira les fonctions de secrétaire.

— M. Cambon, secrétaire général de la Préfecture de police, et M. Ch. Girard, chef du laboratoire de chimie à la Préfecture de police, sont chargés d'une mission à Cologne, Berlin et Hambourg, à l'effet d'y étudier les laboratoires d'hygiène.

— *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1882, le prix Aubanel, de la valeur de 3,000 francs, au meilleur travail manuscrit ou imprimé sur un sujet de médecine mentale.

Les travaux imprimés ne devront pas être publiés depuis plus de deux ans.

Les manuscrits et les livres seront adressés au secrétaire général, M. le docteur Motet, 161, rue de Charonne, avant le 31 décembre 1881.

Ils devront être écrits en langue française. Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours.

— L'Académie royale de médecine de Belgique met au concours la question suivante : « Élucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. » — La valeur du prix sera de huit mille francs. La clôture du concours aura lieu le 31 décembre 1883.

Des encouragements de 300 à 1,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

De plus, une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

— Le président de la Société d'anthropologie a annoncé dans la séance de jeudi que Mme Paul Broca, la veuve de notre regretté maître, offrait à la Société la somme nécessaire pour la fondation d'un prix de 1,500 francs qui serait décerné tous les deux ans à l'auteur du meilleur travail sur l'anatomie humaine, l'anatomie comparée et la physiologie.

— M. Des Rosiers, membre fondateur de l'École d'anthropologie et de la Société française pour l'avancement des sciences, vient de léguer, en mourant, à chacune de ces deux Sociétés une somme de 5,000 francs.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 juillet, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° constitution médicale du mois de juin, policlinique ; 2° l'assistance à domicile à Buenos-Aires, par M. Passant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études médicales faites à la maison municipale de santé (maison Dubois) par le docteur Lecorché, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., et Ch. Talamon, ex-interne des hôpitaux. 1 volume in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du somnambulisme en général, nature, analogies, signification, nosologie et étiologie avec observation du somnambulisme hystérique, par le docteur E. Chambard, directeur du laboratoire de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, ancien interne des hôpitaux et de la Salpêtrière, etc. 1 volume in-8° de 160 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde, par le docteur G. Rappin. 1 volume in-8° de 80 pages, avec une belle planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

L'élève et le maître, par le professeur Rubon. 1vol. in-8°, avec planches. — Prix: 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Essai sur les températures locales dans les affections chirurgicales, par le docteur Parizot. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'ozène vrai, par le docteur Alfred Martin. 1 volume in-8° de 42 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Hygiène scolaire, le bâtiment et la gymnastique, par le docteur Droixhe et Blandot, architecte. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'ovariotomie, statistique et manuel opératoire, par le docteur G. Eustache. In-8°, avec 17 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc., etc. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les bandages et appareils à fractures, manuel de déligation chirurgicale, contenant la description de certain nombre de bandages nouveaux, par le docteur J.-F. Guillemin. Deuxième édition, revue et augmentée. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11433.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0 263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0 029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0 100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0 200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0 060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium.......		
Matières organiques........		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques, les résultats ont toujours été remarquables ; il en fut de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation... Nous préférons la forme de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas. A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Médailles d'OR. — Prime de **16,600** *fr. à Laroche.*

Quina-Laroche (*Élixir vineux.*).

APÉRITIF, TONIQUE, FÉBRIFUGE.

(*Extrait* COMPLET *des* TROIS *quinquinas.*)

Epuiser, par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la TOTALITE des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de la supériorité de l'*Élixir vineux* dit **Quina-Laroche** contre les *fièvres, gastralgies, anémies*, etc.

Le même produit FERRUGINEUX ou IODE.

Paris, 22, 20 et 19, rue Drouot.

J. Laroche

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses. Paris, Pharmacie centrale et principales phies

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'Extrait de Foie de Morue possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien,** a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite ; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

L. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail : Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule :	Créosote pure. . .	0.05	par capsule.
	Huile de foie de morue blanche. . .	0 20	

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à l'Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorur de fer pur.

Inaltérables dosées à 0,05 *de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à* 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT ; Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

EAU MINÉRALE

Orezza, FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes de l'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

N° 81. — JEUDI 14 ET SAMEDI 16 JUILLET 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 14 ET SAMEDI 16 JUILLET 1881. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au nom de la commission de vaccine, M. Hervieux a fait cette année un long rapport, très-travaillé, qu'il présente comme un historique de la vaccination animale. Bien que la conclusion en soit qu'il convient d'adopter le vaccin de génisse dans les services officiels, il proteste contre l'idée qu'on puisse y voir un plaidoyer pour ce genre de vaccination. Il n'a voulu faire que de l'histoire, et il espère être impartial.

Mais un historien impartial a-t-il le droit de négliger les faits qui peuvent révéler un mouvement puissant d'opinion sur la question même dont il parle ?

Traiter aujourd'hui de la vaccine sans dire un seul mot des grandes assises qui se sont tenues dans le cours de l'année 1870, et que la guerre contre les Prussiens est venue brusquement interrompre après plus d'un mois de durée, c'est rester, involontairement ou volontairement, bien incomplet.

En effet, ce ne fut point là un de ces petits incidents qui se produisent sans écho et dont on ne retrouve plus la trace. Ce fut le grand évènement du jour.

De toutes les parties de la France, plus d'un millier de médecins, se passionnant sur les questions que la *Conférence médicale pour la variole et la vaccine* avait posées, vinrent développer devant elle ou lui transmirent par lettre les observations par eux recueillies qui pouvaient servir à les résoudre. Devant une telle abondance de documents (dont l'analyse, brève et tronquée par suite des évènements de cette année néfaste, remplit déjà un gros volume, qui a paru chez Delahaye), non-seulement les journaux de médecine français, mais ceux de l'étranger, s'étonnèrent. En Angleterre, on exprima l'espoir de voir désormais étudier de cette manière, en consultant le corps médical, toutes les grandes questions qui l'intéressent. Il avait si bien répondu à l'appel qu'on lui avait fait !

Or c'est cette réponse dont aujourd'hui M. Hervieux ne tient pas compte, soit qu'il l'ignore, soit qu'il la dédaigne. Et cependant les circonstances au milieu desquelles elle s'est formulée lui donnaient encore plus de poids.

La variole faisait alors de grands ravages; et, depuis quelque temps déjà, le vaccin de génisse, préconisé par la commission de vaccine, l'emportait complètement en fait; le vaccin jennérien devenait presque introuvable. M. Depaul, cet orateur si chaleureux, si sympathique, si justement estimé par tous, dont l'influence personnelle est toujours immense et à bon droit, en se déclarant partisan de la vaccination animale, avait nécessairement formé l'opinion de l'Académie ; malgré l'opposition de M. Jules Guérin, ses conclusions avaient été votées. Rien ne manquait donc plus au triomphe de la thèse reprise aujourd'hui par M. Hervieux. Dans les hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance, les génisses de M. Lanoix et celles qui appartenaient à l'Assistance publique allaient servir aux vaccinations et revaccinations officielles.

Ce fut justement dans les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance que se manifesta d'abord l'opposition contre la nouvelle méthode.

A la Société médicale des hôpitaux, M. Besnier, dans son rapport sur le premier trimestre de l'année 1870, relatait des faits inquiétants (1).

Sur dix vaccinations pratiquées en janvier avec le vaccin de génisse, dans le service de M. Guyot, à l'hôpital Saint-Antoine, sur des enfants non encore vaccinés, une seule avait réussi ; 54 revaccinations auraient toutes échoué.

En février, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bernutz, M. Lanoix avait vacciné ou revacciné 33 personnes : pas une des inoculations n'avait produit de résultat.

En mars, dans le même hôpital, nouvelle série de vaccinations avec le vaccin de génisse : également insuccès complet.

D'une autre part, à l'hôpital Beaujon (2), un jeune homme, revacciné le 15 février avec du vaccin de génisse, et chez lequel l'éruption vaccinale s'était développée avec une grande intensité, avait été pris cependant, quinze jours plus tard, le 1er mars, d'une variole extrêmement confluente. Plusieurs faits semblables s'étaient produits.

Les médecins du bureau de bienfaisance du septième arrondissement avaient, à l'unanimité, fait la déclaration suivante : « Les médecins du bureau de bienfaisance du septième arrondissement, après avoir examiné, suivi et comparé les résultats obtenus dans le service de vaccination par le vaccin de génisse établi à la mairie de cet arrondissement, émettent l'opinion, sur les résultats plus qu'insuffisants, même chez les nouveau-nés, obtenus par ce procédé,

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 16 mai 1870.
(2) Voir la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 23 avril 1881.

qu'il faut y renoncer, et demandent qu'il soit mis à leur disposition du vaccin jennérien, à la condition que le vaccinifère soit examiné par l'un d'eux. »

En même temps, de toutes parts, les médecins de province se plaignaient de l'inefficacité du vaccin de génisse qui leur était envoyé par l'Académie de médecine.

L'opinion générale devenant de plus en plus défavorable au vaccin de génisse, malgré l'intensité croissante de l'épidémie, le nombre des revaccinations décroîssait chaque jour, et c'était un danger.

Ce fut alors que, dans une lettre adressée à M. le docteur Le Sourd (1), Marchal (de Calvi) donna l'idée d'une sorte de congrès spécial, où tous les praticiens de la France seraient convoqués pour examiner exclusivement, mais sous toutes ses faces, la double question de la variole et de la vaccine.

Cette idée, répondant si bien aux préoccupations publiques, ne pouvait manquer de réussir.

La conférence médicale de Paris s'ouvrit quinze jours plus tard, dans le gymnase Paz, où se pressait une foule compacte de médecins.

Nous ne pouvons résumer aujourd'hui tous ses actes, dont le compte-rendu occupe une si large place dans les numéros de tout un trimestre de la *Gazette des hôpitaux*.

Elle éclaira bien des points obscurs dans l'histoire, soit de la variole, soit de la vaccine.

Elle rendit aux populations de très-grands services en fortifiant la confiance ébranlée dans les vertus prophylactiques de la vaccine. Il fut démontré que les faits, assez nombreux, d'apparition de la variole après l'éruption vaccinale s'expliquaient par une durée, plus longue qu'on ne le supposait, de l'incubation de la variole. La variole, existant déjà durant la période d'incubation, ne pouvait plus être entravée par une vaccination tardive. Mais on ne pouvait pas plus rendre le vaccin de génisse que le vaccin d'enfant responsable de coïncidences qui devaient fatalement se produire quelquefois en temps de violente épidémie.

C'est ainsi qu'un grand nombre d'accusations injustes contre le vaccin de génisse furent complètement écartées par la conférence médicale. Mais elle rendit manifestes les préférences des praticiens pour l'ancien vaccin de Jenner, qu'ils regardaient, d'après les résultats dont ils avaient été témoins, comme infiniment préférable, soit au point de vue du transport et de la conservation, soit au point de vue de l'inoculation elle-même et de sa réussite. Plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, entre autres un membre de l'Académie, M. Delpech, plusieurs internes, firent, dans ce sens, des communications qui parurent probantes. M. Quinquaud, entre autres, qui se trouvait alors interne à la Pitié, ayant eu dix-huit insuccès sur un ensemble de vingt-huit premières vaccinations faites sur de très-jeunes enfants avec du vaccin de génisse, avait essayé l'expérience suivante : Treize enfants furent inoculés par lui avec du vaccin jennérien au bras droit, avec du vaccin de génisse au bras gauche. Chez tous les treize, il se développa des pustules sur le bras droit; chez deux seulement, sur le bras gauche. D'autres expériences comparatives. en très-grand nombre, furent résumées par M. Quinquaud dans cette conclusion : « Le vaccin de génisse réussit exceptionnellement, le vaccin jennérien toujours, c'est la règle. »

Les faits rapportés par M. Bouchut étaient peut-être encore plus concluants, et ce savant maître n'hésitait pas à rendre responsable de l'épidémie de variole si meurtrière que l'on traversait la dégénérescence du vaccin officiel, d'abord produite par une mauvaise culture, puis accélérée par l'introduction du vaccin de génisse.

Ces statistiques recueillies dans les hôpitaux avaient une réelle valeur, car les insuccès n'échappaient pas à l'observation, comme dans ces services spéciaux de vaccination, où il est si rare que les insuccès se représentent.

Il est vrai que les partisans déterminés du vaccin de génisse expliquaient bien des insuccès en accusant d'autres vaccinateurs de savoir mal la pratiquer. « L'inoculation, telle que la fait M. Depaul avec une aiguille, disait M. Lanoix, est une inoculation mal faite. La piqûre est trop profonde; elle peut causer des accidents de traumatisme; elle est faite en dehors de toutes les règles de physiologie les plus élémentaires, etc. »

D'autres possesseurs de génisse ne ménageaient pas plus M. Lanoix lui-même qu'il ne ménageait M. Depaul.

Mais alors, pensait l'assistance, s'il est si difficile de bien inoculer le vaccin de génisse, c'est un inconvénient de plus. Le praticien préférera toujours un agent dont il soit facile de se servir, comme le vaccin jennérien, qui réussit entre les mains du premier venu.

Quelque grande, du reste, que puisse être l'infériorité du vaccin de génisse, il n'en a pas moins paru certain que, faute d'autre, ce vaccin pouvait rendre de grands services quand une vache vaccinifère était dans une localité où la variole sévissait.

M. Hervieux dit qu'aujourd'hui, grâce à certaines précautions, le vaccin de génisse est devenu transportable; autrefois il ne l'était pas. Quoi qu'il en soit de ce détail, la question, ainsi que l'a dit avec raison M. Jules Guérin, ne pourrait plus être résolue dans un sens favorable au vaccin de génisse sans une nouvelle enquête.

M. Hervieux, tout en rapportant les statistiques de M. Vârlomont et de quelques autres d'après lesquelles la vaccination animale, réussissant à peu près toujours, préserverait dans tous les cas et à jamais de la variole, a déclaré les tenir pour suspectes en ce qui touche cette immunité perpétuelle et universelle. C'est beaucoup de modération. Mais il ne faut pas oublier que ces statistiques, recueillies dans les services de vaccine où les sujets sont perdus de vue, ne prouvent pas plus en ce qui touche la proportion des réussites. Il faut observer dans les hôpitaux ou dans la clientèle de ville pour se faire légitimement une idée quelconque sur ce point.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

De la paralysie saturnine.

Nous avons, au n° 5 de la salle Saint-Luc, une forme assez insolite de paralysie saturnine. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, entré dans notre service il y a quatre jours, et qui jouissait, jusqu'à l'an dernier, d'une assez bonne santé, sauf quelques bronchites et quelques accidents d'emphysème, suite de son ancien métier de garçon meunier.

Cet homme, ayant quitté son pays, est entré, il y a onze mois environ, dans une fabrique de céruse à Clichy, près Paris, et quelques mois plus tard, en novembre dernier, il était pris de coliques de plomb pour lesquelles il a été

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du mardi 10 mai 1870.

soumis avec succès au traitement ordinaire. En même temps il s'apercevait que sa main gauche tendait à se paralyser, mais quelques applications d'électricité lui ont permis de reprendre ses occupations.

Grâce à sa rentrée dans l'usine à laquelle il appartenait, il a été pris de nouveau de douleurs abdominales accompagnées de constipation, de rachialgie, de nausées et de vomissements.

A son arrivée, nous avons constaté l'état suivant : liséré gingival, ventre affaissé et douloureux à la pression au niveau de l'ombilic, diminution de volume du foie, 0^m,11 au lieu de 0^m,12 transversalement et 0^m,08 au lieu de 0^m,09 verticalement; cœur sain, bruits normaux sauf un peu d'exagération du second bruit, sonorité des poumons un peu augmentée par l'emphysème déjà signalé. De plus, affaiblissement musculaire des membres supérieur et inférieur du côté gauche, tel qu'il a quelque peine à marcher sans fatigue, et que, ne pouvant relever suffisamment la pointe du pied, celui-ci traîne à terre et que la jambe se meut en fauchant. Le membre supérieur gauche, également affaibli, n'arrive plus qu'à une force de pression de 15 à 20 kilos au plus, tandis que du côté droit cette force est de 55 kilos.

Cet affaiblissement prédomine surtout dans certains groupes musculaires; c'est ainsi que la main tombe et que, si le malade essaie de relever les doigts, quelques-uns, tels que le médius et l'annulaire, ne peuvent l'être qu'incomplètement. L'extenseur commun n'agit donc que médiocrement et la plus grande partie de l'extension est laissée aux muscles interosseux. Il en est de même pour le membre inférieur, où certains groupes musculaires sont plus influencés que les autres par cet affaiblissement.

Outre cette paralysie, il existe encore une diminution de la sensibilité du côté gauche, qui a subi des modifications parallèles, de telle sorte que l'on constate un certain degré d'anesthésie et d'analgésie.

Par contre, les organes des sens sont à peu près intacts, la vue est tout à fait normale, l'acuité auditive est la seule peut-être un peu moindre à gauche, et le tic-tac d'une montre, que notre malade perçoit distinctement à droite à une distance de 4 centimètres, n'est plus entendu à gauche au-delà de 2 centimètres. Cette différence tient-elle, ou non, au saturnisme, ou est-elle de date plus ancienne? c'est ce que nous ne pouvons dire.

Nous avons donc, chez cet homme, paralysie à la fois du sentiment et du mouvement du côté gauche, sans qu'il y ait aucune trace d'asymétrie de la face; il existe seulement de ce côté un peu d'affaiblissement des muscles palpébraux du côté gauche, tel que le malade cligne beaucoup moins facilement l'œil gauche que l'œil droit. Le fait est d'autant plus appréciable, qu'autrefois braconnier, cet homme était habitué à cligner constamment l'œil gauche, à la chasse.

Cette hémiplégie saturnine est un fait un peu exceptionnel; la paralysie, dans le cas d'intoxication par le plomb, est ordinairement réservée à un petit nombre de muscles, quels qu'ils soient, car tous peuvent être atteints séparément. En général, lorsque un groupe musculaire est pris, c'est celui des muscles extenseurs, du membre supérieur, et ce n'est que plus tard que le membre inférieur est atteint à son tour. Ici nous avons ce groupement, mais avec une intensité à peu près égale aux deux membres du même côté, et, de plus, les fléchisseurs sont pris également; de plus encore, la contractilité électrique est conservée.

Enfin nous ajouterons que généralement la paralysie de la sensibilité se rencontre au niveau des parties dans lesquelles le mouvement est perdu. Cela n'existe pas ici, où la diminution de la sensibilité se rencontre le long des muscles paralysés. Il est des cas de saturnisme où l'anesthésie occupe toute une moitié du corps, mais cela est assez rare, et l'on n'en compte guère plus de six ou sept faits connus jusqu'à ce jour.

L'anatomie pathologique a fait connaître l'altération soit des muscles, soit des nerfs, de leur racine ou de la portion de la moelle correspondant à ces racines. Mais quel en est le point de départ? le nerf, la racine ou la moelle? une myélite saturnine primitive?

A priori, cela paraît simple, et l'on est porté à diagnostiquer une altération primitive de la moelle; mais, si l'on examine les faits de plus près, il est d'autant plus difficile de se prononcer que les autopsies ont fourni des renseignements très-différents les uns des autres. Ainsi, dans certains cas, l'altération des filets nerveux était beaucoup plus grande dans les muscles atteints qu'à l'origine des nerfs, cette altération allant en diminuant au fur et à mesure qu'on se rapprochait de leurs racines, où l'on ne trouvait plus rien. Dans d'autres cas, on constatait une dégénérescence des cellules nerveuses des cornes antérieures, tandis que les nerfs et leurs ramifications étaient restés sains.

D'autre part on a quelques observations de sujets chez lesquels les muscles étaient altérés, et les nerfs n'avaient rien, tandis que chez d'autres les nerfs moteurs étaient profondément altérés, sans que les muscles présentassent aucune dégénérescence.

Mais un fait à remarquer, c'est que les muscles de la face postérieure de l'avant-bras sont, pour le membre supérieur, le groupe le plus ordinairement atteint, c'est-à-dire un groupe musculaire dans lequel la circulation du sang est beaucoup moins riche que les muscles de la face antérieure, ces derniers en effet sont desservis par les deux artères radiale et cubitale, tandis que les muscles postérieurs sont alimentés par l'artère interosseuse seulement. Aussi les muscles fléchisseurs jouissent-ils d'une énergie plus grande que leurs antagonistes, les extenseurs. Or, si la circulation est atteinte d'une façon générale, les muscles de la région postérieure souffriront davantage d'une insuffisance de sang. Au membre inférieur le même phénomène se produit, mais dans les muscles supérieurs qui s'asphyxient plus rapidement que les muscles postérieurs de la jambe.

Il en est de même dans une autre maladie, l'asphyxie symétrique des extrémités, où la paralysie commence surtout par les extenseurs.

L'intoxication saturnine modifie l'état du sang; c'est ainsi que, chez notre malade, le nombre des globules rouges est diminué de moitié (3,760,000 seulement); leur puissance colorante est également amoindrie (65 au lieu de 125); le sang est donc profondément anémié. Quand l'économie est ainsi imprégnée par le saturnisme, la moelle même est sous cette influence, les muscles sont moins nourris, les nerfs sont dans une sorte d'état morbide, et la distribution des accidents paralytiques est en rapport avec la circulation artérielle.

L'hémiplégie de notre malade ressemble assez comme distribution avec l'hémiplégie hystérique; comme celle-ci, elle est très-irrégulièrement localisée; elle débute brusquement, et peut disparaître subitement; l'électricité diminue

la paralysie, la fait cesser et peut aussi produire des phénomènes de transfert.

L'intoxication saturnine de cet homme n'est pas encore considérable; l'anesthésie à laquelle elle a donné lieu n'est pas très-grave; elle est seulement fâcheuse; elle ne saurait être confondue avec l'anesthésie hystérique, malgré les ressemblances que nous venons d'indiquer, en ce sens que cette dernière est toujours précédée d'un certain cortège d'accidents, et notamment de convulsions. Il y a aussi une anesthésie cutanée que l'on peut appeler une anesthésie de contact, et qui est bien plus le résultat de l'action directe des poussières plombiques sur les parties du corps qui sont découvertes que d'une intoxication générale.

La médication à laquelle nous aurons recours chez notre malade consistera dans la faradisation, les purgatifs et l'iodure de potassium.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Marjolin comme membre associé libre.

Sur l'invitation de M. le président, M. Marjolin prend place parmi ses collègues.

RAPPORT

M. Hervieux donne lecture du rapport officiel sur le service de la vaccine pendant l'année 1880. Après un historique très-développé de la vaccination animale dans les diverses parties du monde, le rapporteur s'attache à la défendre contre les objections qu'on lui avait opposées, et il en recommande l'adoption officielle.

DISCUSSION

M. Jules Guérin. Le rapport que l'Académie vient d'entendre, au nom de la commission de vaccine, est un vrai plaidoyer en faveur de la vaccine animale. Pris à l'improviste, et ne le connaissant que par ce que j'ai pu en saisir à travers les conversations, je suis obligé de me renfermer dans des considérations sommaires, mais que je crois indispensable de présenter immédiatement.

Dès le début de sa communication, M. Hervieux a rappelé l'importante et vive discussion dont la vaccine animale a été l'objet il y a quelques années; mais il n'a rappelé cette discussion que pour dire que la vaccine animale a triomphé de toutes les oppositions, et signaler, avec les plus grands éloges, la part que M. Depaul a prise à ce triomphe. Notre collègue n'a pas cru devoir désigner autrement ceux qui ont combattu les doctrines qu'il cherche à faire prévaloir aujourd'hui de nouveau. Je crois utile de suppléer à son silence en rappelant que le principal auteur de l'opposition faite, à cette époque, à la glorification de la vaccine animale, celui qui a soutenu avec insistance et conviction la prééminence de la vaccine jennérienne contre les prétentions mal justifiées de cette nouvelle venue, est celui-là même qui vient vous déclarer aujourd'hui que ses convictions n'ont pas changé, qu'elles sont restées ce qu'elles étaient il y a douze ans, à savoir : que la vaccine animale est une mauvaise invention, une création contraire aux intérêts de la vraie vaccine.

En renouvelant cette déclaration, je me fais un devoir d'ajouter que je n'ai pas cessé, depuis 1868, époque de la grande discussion, de rechercher les documents, faits et expériences qui ont été produits en faveur de la vaccine animale, et que je n'y ai rien trouvé qui modifiât en quoi que ce soit mes premières opinions. Le rapport que l'Académie vient d'entendre n'a pas eu un meilleur résultat.

J'ai dit que ce rapport n'est qu'un plaidoyer partial et systématique, comme tous les plaidoyers, en faveur de la vaccine animale; tel ne devrait pas être le caractère d'un rapport officiel, d'un document destiné à servir les intérêts de la science et de l'humanité. Notre collègue y trace le parcours géographique de la méthode; il énumère avec complaisance tous les pays qu'elle a conquis, jusqu'au fond des Indes, comme si cette extension prouvait autre chose qu'une sorte d'engouement, qu'un effet de la mode dont bénéficient temporairement beaucoup d'inventions. Mais ces engouements passagers ne prouvent rien pour les esprits sérieux. On n'a pas encore oublié le triomphe universel, mais temporaire, de la *médecine dite physiologique* : on n'ouvrait pas un estomac sans y trouver les arborisations de la gastrite, et nulle guérison ne s'obtenait qu'à la faveur du traitement que l'Académie connaît. L'extension considérable de la vaccine animale et ses prétendus succès ne disent rien de plus.

Dans la longue énumération des conquêtes de la méthode, l'Académie a dû être frappée de cette circonstance que, dans la plupart des pays où elle a été transportée, la vaccine animale a fréquemment échoué au début. Ce n'est que plus tard qu'elle a réussi. A quoi tient cette particularité? M. le rapporteur ne le dit pas, et il m'est avis cependant qu'il eût bien fait de le rechercher. Il a proclamé les succès universels de la méthode, et toujours en la présentant comme égale, si ce n'est comme supérieure, à la vaccine jennérienne. Mais en quoi consistent ces succès et sur quels éléments porte la comparaison? uniquement sur la pustulation, sur le nombre et la forme des pustules, sur la réaction qu'elles produisent. Or on sait à quoi s'en tenir sur ces éléments d'appréciation, sur ces preuves de supériorité. Sans admettre même les résultats matériels et numériques proclamés par M. le rapporteur, ou plutôt toutes réserves faites à cet égard, car beaucoup de résultats contraires ont été publiés, personne jusqu'ici n'a encore pu voir dans le nombre et la forme des pustules une véritable preuve du degré et de la durée de la préservation de la vaccine animale. A l'époque où ce point de la discussion a été traité, j'ai prouvé au contraire que presque tous les essais tentés sous ce rapport par les médecins des hôpitaux avaient témoigné d'une certaine infériorité de la vaccine animale comparée à la vaccine jennérienne, et, ce qui a plus de valeur, bon nombre d'observateurs ont cité des récidives de variole assez rapprochées pour inspirer peu de confiance dans la durée de la préservation. Cependant c'est dans le fait de la préservation, dans sa certitude et sa durée, qu'il fallait chercher la valeur de la vaccine animale, et pas ailleurs.

Il a surgi, à cette occasion, des préventions qu'il eût été bon d'examiner. L'Académie n'est pas sans savoir que bon nombre de personnes croient que la réduction de la durée de la préservation vaccinale actuelle pourrait bien tenir à la vaccine animale. Le fait est que, dans les premiers temps de la vaccine, la méthode de Jenner passait pour préserver toujours de la variole. Que cette croyance fût exagérée, personne n'en doute; mais il n'y a pas de doute, non plus, que, plus on va, plus la durée de la préservation semble diminuer. On la fixe aujourd'hui à sept ou huit ans, et même à moins. Si ces chiffres trahissent une diminution progressive de l'immunité vaccinale, à quoi tient cette diminution? Il eût été bon de le rechercher. Je n'ai pas entre les mains les documents qui l'attribuent à la vaccine animale; mais ces documents, je les fournirai, si cela est nécessaire. Enfin n'a-t-on pas été jusqu'à prétendre que dans certaines épidémies de variole les sujets vaccinés avec la vaccine animale avaient été les premiers atteints? Je me borne pour aujourd'hui à faire remarquer que ce n'est pas seulement la vaccine animale proprement dite qui doit être mise en cause, mais l'adultération qu'elle aurait causée à la vaccine humaine elle-même en y introduisant le virus de la vaccine animale, et en frappant ainsi d'infériorité toutes les transmissions postérieures de la vaccine de bras à bras.

Du reste, cette question, comme beaucoup d'autres qui s'y rattachent, ne saurait être traitée dans une improvisation sans documents, sans préparation aucune. C'est un simple rappel des éléments d'opposition qui doivent empêcher de proclamer, sans

réserve, la vaccine animale comme l'égale, si ce n'est la supérieure, de la vaccine jennérienne. J'étais absolument d'une opinion opposée à l'époque de la grande discussion rappelée par M. Hervieux; j'ajouterai même qu'à la fin de cette discussion, j'avais formulé des propositions qui me paraissaient exprimer toutes les réserves nécessaires, et que j'avais cherché à rendre aussi libérales et aussi impartiales que possible. Les partisans de la vaccine animale n'ont pas voulu les discuter, et elles n'ont été l'objet d'aucun vote. Eh bien, ce que je pensais et ce que je disais à cette époque, de la vaccine animale, je le pense et je le dis encore aujourd'hui; la vaccine animale est une mauvaise méthode de vaccination.

M. HERVIEUX. Je proteste de toutes mes forces contre cette qualification de plaidoyer que M. Jules Guérin vient d'appliquer à mon rapport. Je ne suis pas partisan fanatique de la vaccination animale. J'ai voulu faire un historique, et le plus impartial possible. La preuve en est que j'ai fait mes réserves à propos des chiffres d'après lesquels la vaccination animale serait un préservatif perpétuel et constant de la variole. J'ai dit que, dans les épidémies qui avaient eu lieu, on avait sans doute négligé de noter avec tout le soin qu'il aurait fallu, sur les morts, les cicatrices de vaccine, en recherchant quelles étaient celles de ces cicatrices qui étaient dues à la vaccination animale. On le voit donc, je ne suis pas systématique et partial.

M. DEPAUL. M. Jules Guérin dit avoir retardé pendant longtemps le vote des conclusions que j'avais proposées : la chose est parfaitement exacte. Mais il ne dit point par quels procédés. Il avait demandé la parole sur mes conclusions et on ne cessait pas d'attendre le discours annoncé par lui, lorsqu'enfin, après plus d'un an, perdant patience, je m'adresse au conseil de l'Académie pour qu'il fût mis de suite en demeure de parler. Il combattit alors mes conclusions, mais sans aucun succès. Elles furent adoptées.

M. JULES GUÉRIN. Ce que vient de dire M. Depaul de la marche et de l'interruption de la discussion qui a eu lieu il y a douze ans est exact. Mais ce qui n'est pas exact, c'est ce qu'il a dit de l'importance, de la durée de cette discussion, et des conclusions qui sont intervenues. A cause de ma santé et d'autres travaux, la discussion avait été interrompue pendant dix-huit mois ou deux ans; mais, lorsqu'elle fut reprise, elle embrassa toutes les questions comprises dans cet important sujet. M. Depaul et moi les avons traitées contradictoirement, si bien que j'en ai fait l'objet de cinq discours très-développés, très-étudiés, qui forment un volume de plusieurs centaines de pages. Pour ce qui est du rapport de M. Depaul que j'ai signé avec tous les membres de la commission, je l'ai signé sous les réserves que j'avais exprimées dans le cours de la discussion.

Quant à ce que vient de dire M. Hervieux pour exonérer son rapport du reproche que je lui ai adressé d'être un plaidoyer plutôt qu'un exposé historique impartial et scientifique, je suis obligé de maintenir la qualification que je lui ai donnée. M. Hervieux n'a mentionné en aucune façon les faits et les arguments qui ont été exposés par moi et par d'autres contre la vaccine animale. Quand on veut la vérité, il faut la prendre partout où elle se trouve, souvent chez les adversaires d'une idée ou d'une méthode plutôt que chez ceux qui s'en montrent les partisans obstinés. Or, un document destiné à mettre sous les yeux de l'administration la vraie valeur d'une méthode qu'on lui demande d'installer et de patronner à grands frais, doit loyalement tenir compte du pour et du contre, et laisser au temps le moyen de fixer l'opinion sur sa valeur définitive.

Que l'Académie me permette d'ajouter : à mon âge et après les longues et continuelles études que j'ai faites de cette grave question, il m'est permis sans doute d'exprimer mon opinion. Or cette opinion, je le répète, est que je considère la vaccine animale comme une mauvaise création, comme une institution nuisible à la vraie vaccine.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion est remise à la séance prochaine en ce qui touche le côté scientifique de la question.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions relatives aux prix décernés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juillet 1881. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Emploi de l'acide phénique en thérapeutique. — M. RAYMOND emploie dans le traitement de la fièvre typhoïde l'acide phénique ou le phénate de soude à la dose de 1 à 2 grammes par jour; on obtient, à l'aide de ce médicament, un notable abaissement de température qui peut se maintenir pendant six heures. On constate en même temps une sécrétion sudorale exagérée, mais qui n'a pas de rapport direct avec l'abaissement de la température. On n'abrège pas ainsi la durée de la fièvre typhoïde; peut-être la convalescence est-elle moins longue.

M. Raynaud a également obtenu de bons effets de cette médication dans l'érysipèle grave ; il emploie, en lavages, une solution au cinquantième et donne l'acide phénique à l'intérieur et le phénate de soude en lavements. Cette médication ne donne pas de résultats appréciables chez les tuberculeux. Les inhalations d'acide phénique paraissent favorables dans la coqueluche. Une injection d'acide phénique au vingtième dans la plèvre, dans un cas d'empyème, n'a pas eu de fâcheuses conséquences.

M. HALLOPEAU. Les faits de M. Raymond, comme ceux que j'ai communiqués, montrent que l'acide phénique n'abaisse pas la température en faisant suer. Le phénate de soude, dans la fièvre typhoïde, abaisse la température pour plusieurs jours. J'ai recherché l'acide phénique dans les matières fécales, je ne l'ai pas trouvé. Je crois, contrairement à M. Raymond, que ce médicament exerce une action sur la durée de la maladie. Dans la tuberculose, il abaisse la fièvre, mais pas d'une façon constante. Je ne crois pas comme M. Raymond que l'acide phénique agisse par l'intermédiaire du système nerveux; je crois qu'il agit par son activité même sur les éléments anatomiques.

M. HANOT, à la suite de l'administration du phénate de soude chez un malade atteint de fièvre typhoïde, a vu se produire une éruption spéciale, pustuleuse, absolument confluente. Le liquide de ces pustules contenait une infinité de bactéries. La température baissa notablement à partir de ce moment, et il y eut une véritable crise. M. Hanot donnait 1 gramme d'acide phénique par jour, en lavement, en deux fois.

Sur l'action des poisons. — M. G. DELAUNAY a recherché expérimentalement l'influence qu'exercent sur l'empoisonnement par la strychnine les différentes circonstances biologiques qui augmentent ou diminuent la nutrition. Les expériences dont il rend compte ont été commencées en 1875 et reprises, cette année, au laboratoire de physiologie de la Faculté, avec la collaboration de M. Wiet, préparateur.

Constitution. — Si l'on injecte la même dose de chlorhydrate de strychnine à deux grenouilles dont l'une est vigoureuse et l'autre faible, on voit que les phénomènes de l'empoisonnement sont beaucoup plus rapides et plus intenses chez la première que chez la seconde. Il peut même arriver que la forte meure, et que la faible survive. Quand la forte ne meurt pas, elle revient à la santé plutôt que l'autre.

Côté. — Le côté droit qui, chez la grenouille, est normalement plus développé que le gauche, est le premier et le plus gravement empoisonné. La pupille droite est plus dilatée que la gauche, l'exorbitisme est plus prononcé à droite qu'à gauche. Les convulsions sont plus fortes dans les membres du côté droit. En effet, si l'on applique sur les deux membres postérieurs un décimètre tombant du côté droit, on voit ce décimètre se relever peu à peu en se déplaçant vers le côté gauche et tomber définitivement de

ce dernier côté. De même, si l'on place l'animal empoisonné dans l'eau, on voit que les convulsions, plus fortes à droite, le font dévier comme un bateau dont les rameurs sont de force inégale. Enfin le côté droit revient à l'état normal avant le gauche.

Hémorrhagie. — Si l'on donne un dixième de milligramme de strychnine à deux grenouilles dont l'une a été préalablement affaiblie par une hémorrhagie résultant de la section des artères fémorales, on voit les convulsions se produire chez la grenouille indemne au bout de six minutes et chez l'autre onze minutes après l'injection. D'autre part, les convulsions sont beaucoup plus intenses chez la première que chez la seconde.

Au point de vue thérapeutique, si l'on empoisonne deux grenouilles en leur donnant la même dose de strychnine et qu'on coupe ensuite les deux fémorales à l'une d'elles, on la voit revenir à l'état normal à mesure qu'elle perd du sang. Suivant M. Delaunay, ce fait peut s'expliquer ainsi : En enlevant du sang à un animal empoisonné, on lui enlève du poison ; c'est donc comme si on lui en avait injecté une dose moindre. De plus, on l'affaiblit et l'on diminue l'empoisonnement en diminuant la nutrition.

Fonctionnement. — Si l'on injecte un dixième de milligramme de strychnine à deux grenouilles dont l'une a marché et sauté pendant une demi-heure, on voit que cette dernière est prise de convulsions violentes sept minutes avant l'autre. Suivant M. Delaunay, cette expérience peut expliquer pourquoi un chien qui, après une journée de chasse, est piqué par une vipère, tombe comme foudroyé.

Ce qui s'applique à l'organisme entier est applicable à une partie de l'organisme. Si l'on fait passer un courant 10 de la bobine Dubois-Reymond, modèle moyen, dans le membre postérieur gauche d'une grenouille, on remarque d'abord que les muscles de ce membre se congestionnent. Si, au bout de vingt minutes et après quelques instants de repos, on empoisonne l'animal, on voit que le membre qui a été électrisé pendant vingt minutes est pris de convulsions un quart d'heure avant l'autre. La patte gauche est allongée, contracturée, tandis que la droite reste fléchie comme à l'état normal. Ce n'est qu'une demi-heure après l'injection que l'empoisonnement devient égal des deux côtés.

Suivant M. Delaunay, cette expérience explique un grand nombre de faits pathologiques tels que la paralysie saturnine des extenseurs qu'on observe chez les individus qui travaillent des extenseurs, comme les peintres en bâtiment par exemple, les accidents cérébraux qui frappent les polytechniciens atteints de fièvre typhoïde, certaines manifestations de la syphilis comme l'iritis syphilitique observé chez les individus qui lisent beaucoup, les accidents du côté du larynx qui se produisent chez les chanteurs, etc.

Si, après avoir empoisonné également deux grenouilles, on en fait marcher et sauter une, on voit qu'elle est prise de convulsions onze minutes avant l'autre.

Enfin on sait que le fonctionnement concomitant provoque toujours des convulsions. Il suffit que l'animal exécute un mouvement pour que les convulsions réapparaissent instantanément. Ces faits permettent d'expliquer pourquoi un malade atteint de fièvre typhoïde, ayant lu un journal, n'a pas vu clair pendant tout un jour, pourquoi les gens piqués à la main par exemple accroissent les accidents dus à la piqûre dès qu'ils exécutent le moindre mouvement.

Congestion. — Si l'on provoque une congestion dans une patte de grenouille en la brûlant avec de l'acide nitrique, ou en plantant des épingles à demeure dans la face palmaire, on voit que cette patte est prise de convulsions avant l'autre et que les convulsions sont plus violentes dans la patte congestionnée.

Conclusion. — En résumé une grenouille forte est plutôt et plus gravement empoisonnée qu'une faible. Il en est de même du côté droit par rapport au côté gauche. Si l'on diminue la nutrition d'une grenouille en lui enlevant du sang, on diminue l'empoisonnement, que la perte de sang soit antérieure ou postérieure à l'intoxication. Si l'on augmente la nutrition de l'organisme entier ou d'un membre, au moyen du fonctionnement antérieur ou postérieur à l'intoxication, on augmente l'empoisonnement de l'organisme ou du membre qui a fonctionné. D'autre part, la congestion d'un membre précipite et augmente l'empoisonnement de ce membre.

En somme, l'empoisonnement, étant augmenté par les circonstances qui augmentent la nutrition et diminué par les circonstances contraires, semble être *en raison directe de la nutrition*. Enfin il y a une opposition très-remarquée entre l'intensité et la durée de l'empoisonnement, que l'on considère l'organisme entier ou l'une de ses parties. Ce dernier résultat s'accorde avec le fait suivant constaté par M. Chatin : « La promptitude de l'élimination est chez les divers animaux en raison inverse de la faculté de résister au poison. »

ÉLECTION

M. DASTRES est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 juillet 1881, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Bourot, médecin principal de deuxième classe.

Au grade de chevalier : MM. Apté, médecin-major de première classe ; Mouton, médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de chasseurs d'Afrique.

— Par décret en date du 12 juillet 1881, M. le docteur Quinche, médecin en chef de l'hôpital français de Buenos-Ayres, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 13 juillet 1881, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Perrier, professeur de zoologie au Muséum ; Cavalier, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, le docteur Topinard, secrétaire de la Société d'anthropologie.

— La dernière épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du bureau central s'est terminée lundi soir. Sont admis à subir les épreuves définitives : MM. les docteurs Balzer, Barrié, Barth, Déjérine, Hirtz (Edgard), Mercklein, Moizard, Robin (Albert), Rogues et Tapret.

— Le jury du concours pour la nomination aux emplois vacants de chef de clinique chirurgicale, qui doit s'ouvrir le lundi 18 juillet 1881, se compose de MM. Gosselin, Guyon, Panas, Trélat et Verneuil.

— Un concours public s'ouvrira à Alger le lundi 21 novembre 1881, pour la nomination à quatre places d'élèves internes en médecine et en chirurgie de l'hospice civil de Mustapha. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 19 novembre 1881 à quatre heures du soir.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11447.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

De la syphilis dentaire héréditaire chez les enfants (1).

IV

Nous passons maintenant à la systématisation, à l'anatomie pathologique et à l'étiologie de la syphilis dentaire, chez l'enfant héréditairement atteint.

La systématisation est l'ensemble des relations de lésions qui relient entre elles les dents d'une même mâchoire ou des deux maxillaires. Pour cela il faut considérer deux choses : 1° les deux dentitions ; 2° l'histoire, dans chacune d'elles, des dents qui la constituent.

La plupart des auteurs ont rapporté l'atrophie à la seconde dentition, notamment M. Magitot, qui considère l'érosion comme se rapportant seulement à cette dernière dentition. Pour moi il n'en est rien, et les deux dentitions sont susceptibles de présenter les lésions syphilitiques. Deux auteurs seulement, Fournier et Rattier, reconnaissent que deux dentitions peuvent être également frappées, et peut-être même à un degré semblable.

Première dentition. — Les dents les plus fréquemment atteintes sont dans l'ordre suivant : les canines, les deuxièmes prémolaires, les premières prémolaires, les incisives médianes, enfin les incisives latérales. Plus une dent est atteinte primitivement, plus la lésion est accentuée en hauteur et en profondeur. Les lésions de la première dentition sont identiques comme formes à celles de la seconde. Les dernières dents parues dans la première dentition sont souvent celles qui sont le plus atteintes, prouvant ainsi que la cause de la lésion n'était pas encore suffisamment développée quand les premières dents sont apparues. Il se peut aussi que, le mal originaire étant épuisé, les dents seules de la première dentition soient malades et même que la première molaire de cette dentition soit également intacte. C'est ainsi qu'un assez grand nombre d'enfants et d'adultes ne présentent aucune trace de syphilis dentaire, le mal s'étant épuisé avec la première dentition, et les dents disparues ont emporté avec elles les traces de la syphilis héréditaire. Voilà ce qui nous explique pourquoi nous ne trouvons parfois aucune trace de la maladie sur les dents de la seconde dentition.

Deuxième dentition. — Celle-ci a été beaucoup plus étudiée que la précédente et a permis de poser certaines lois, telles par exemple que : l'altération atteint les dents homologues sur les deux mâchoires et sur la même mâchoire. M. Magitot a ajouté, à tort selon nous, que les dents étaient altérées sous une forme identique, aux mêmes points et au même degré. Non, elles ne le sont pas sous une forme identique, car vous pouvez trouver, comme je vous l'ai indiqué dans la précédente leçon, les variétés sulciforme, cupuliforme, cuspidienne, etc., réunies en même temps sur des dents différentes ; c'est ainsi que vous verrez, par exemple, l'altération cuspidienne sur les molaires, une autre lésion sur les incisives ainsi qu'une différence l'intensité d'une même lésion sur telle ou telle dent. Le seul fait vrai, c'est que les dents homologues sont atteintes symétriquement sur la même mâchoire, mais non aux mêmes points ni avec la même intensité. De plus encore les dents du maxillaire supérieur sont toujours plus profondément atteintes que celles de la mâchoire inférieure. J'ajouterai aussi que les altérations sont plus accentuées, plus hautes et plus profondes du côté droit que du côté gauche.

Les dents de la seconde dentition sont atteintes comme fréquence et comme intensité dans l'ordre suivant : la première molaire, c'est-à-dire celle qui apparaît à cinq ou six ans ; elle est la première et la plus atteinte, aussi est-ce sur elle surtout qu'il faut rechercher la lésion ; les incisives médianes, à la mâchoire supérieure principalement ; les incisives latérales et les canines. Quant aux prémolaires, elles sont très-rarement atteintes dans la seconde dentition, tandis qu'elles le sont très-fréquemment, au contraire, dans la première. Les prémolaires de la première dentition sont d'autant plus lentes à tomber qu'elles ont été plus profondément atteintes; aussi leur permanence dans ce cas, jusqu'à un âge plus avancé que d'habitude, pourrait donner lieu à quelques erreurs, si l'on ne s'assurait avec soin que ce sont bien des dents de la première et non de la seconde dentition.

Sur la mâchoire du jeune Franc que je vous ai montrée dans la dernière séance, et dont la dentition est complète, vous pourrez remarquer que les prémolaires de la seconde dentition sont intactes.

Enfin, j'ajouterai que les secondes molaires et les dents

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 juillet 1881.

de sagesse de la seconde dentition ne sont jamais atteintes par la lésion syphilitique.

L'anatomie pathologique des altérations syphilitiques des dents n'a jamais été faite complètement. Pour cette étude il faut considérer deux choses : l'altération de l'émail et celle de la dentine. La première est celle qui frappe surtout les yeux de l'observateur. L'émail peut pécher par quantité et par qualité. Par quantité? c'est-à-dire par défaut. Il est bien possible qu'au niveau du bourrelet on trouve un peu plus d'émail qu'à l'état normal, mais partout ailleurs sa quantité est diminuée. Il est distribué alors irrégulièrement sur la couronne de la dent, qui en est peu ou point recouverte selon tel ou tel point. Par qualité? Si, dans certains cas, les plus rares certainement, l'émail a conservé, malgré une diminution d'épaisseur, sa densité, sa dureté et ses adhérences habituelles qui donnent à la dent une certaine résistance, dans le plus grand nombre de cas, au contraire, où l'émail aurait conservé cependant une épaisseur normale, celui-ci est friable, il se brise très-facilement, il est très-peu adhérent à l'ivoire, ses prismes perpendiculaires tendent à se séparer les uns des autres, laissant l'ivoire à nu s'altérer facilement. Cet émail aussi n'a plus son aspect blanc nacré; il devient jaune, comme enfumé, quelquefois même noirâtre. Les altérations qu'il présente sont de véritables craquelures analogues aux craquelures de l'émail d'une porcelaine passée au feu.

Quant aux altérations de la dentine, elles sont restées longtemps assez mal connues; elles ont été plus devinées qu'étudiées, si ce n'est par M. Magitot, qui les a bien décrites, et par M. Schlumberger.

Lorsqu'on pratique une coupe de la dent, on aperçoit au microscope une série de zones correspondant à un sillon ou à l'une des érosions de l'émail à la surface. Ces zones ont la forme des chapeaux de dentine, et l'altération est plus épaisse au niveau de la portion supérieure que sur les parties latérales. Ces altérations de la dentine consistent en de véritables globules, formant une ou plusieurs couches et ressemblant d'une façon remarquable aux granulations sphéroïdales, qui appartiennent à l'époque du développement de la couronne.

Si maintenant nous passons à l'étiologie d'une lésion qui témoigne d'un trouble si profond dans l'organisme, nous verrons que les opinions ont beaucoup varié à ce sujet, et que des causes multiples ont été invoquées.

L'opinion la plus commune, c'est que cette lésion dentaire tiendrait aux pyrexies de l'enfance, aux fièvres éruptives, qui arrêteraient momentanément les fonctions de l'organisme, dans lesquelles elles jetteraient un trouble plus ou moins grand. Elles produiraient dans l'évolution de la dent un certain arrêt qui se remarquerait par une ligne analogue à celle que l'on remarque sur les ongles pendant le cours d'une maladie. Mais à ceci nous répondrons : Il faudrait que les fièvres éruptives eussent une durée de beaucoup plus longue que celles qu'elles ont; de plus, comment expliquer les lésions syphilitiques dentaires, dont le début est antérieur à la naissance? Or la rougeole, par exemple, n'est pas congénitale, elle est aussi très-exceptionnelle dans la première année, et, sur une statistique comprenant 236 enfants, je ne l'ai observée que deux fois au-dessous d'un an. La scarlatine est encore moins fréquente à cet âge. Ce qui fait l'erreur des auteurs, c'est d'avoir considéré la dent sortie et non dans l'alvéole. Quant à la variole, tous ou presque tous les enfants qui en sont atteints avant un an succombent. Il en est de même de la diphthérie. Il faut donc éliminer toutes ces maladies.

On a invoqué la scrofule, mais l'observation qui a été rapportée démontre que, si l'enfant porteur de l'altération dentaire était scrofuleux, son père était syphilitique (thèse de M. Castanié). Cette cause a également été invoquée à Saint-Louis, où tout ce qu'on ne connaît pas est mis au compte de la scrofule, qui est le caput mortuum. Mais, à l'époque de l'évolution des altérations dentaires, la scrofule n'existe pas encore. Il faut donc la repousser aussi.

Enfin M. Magitot, rejetant toute autre cause possible, les a considérées comme étant les traces indélébiles et permanentes d'une affection infantile, à invasion brusque, de forme convulsive, notamment de l'éclampsie. Pour lui l'érosion dentaire n'avait pas d'autre origine. Cette opinion a fait école, et nombre de spécialistes l'ont complètement adoptée. Quant à moi, je ne saurais l'admettre à aucun degré, car cela supposerait l'immense fréquence des convulsions dans l'enfance, ce qui heureusement n'existe pas à ce point. De plus la systématisation de la lésion rend difficile de croire que les convulsions puissent produire une atrophie dentaire aussi systématisée. Pourquoi la seconde molaire n'est-elle jamais atteinte, alors que les convulsions sont tout aussi fréquentes, à l'âge où cette dent évolue, qu'à toute autre époque? Enfin l'évolution même des dents ne permet pas d'admettre cette opinion. La première molaire à la naissance a 1 ou 2 millimètres d'épaisseur dans l'alvéole; or, commençant à pousser à six mois, il lui a fallu trois mois pour, à la naissance, présenter un chapeau de 1 à 2 millimètres de dentine. Mais j'ai trouvé, chez un enfant, une altération de la première molaire ayant 7 millimètres de haut, ce qui nécessiterait, d'après la théorie de M. Magitot, une action continue de la cause (convulsion) variant entre vingt et un mois, chiffre maximum, et quatorze mois, chiffre minimum.

Une convulsion ne dure pas une minute; prenons cependant une minute de durée, et nous verrons que, pour un mois de crises convulsives à une par minute, nous obtenons 43,200 crises. Or, pour quatorze mois, chiffre minimum de l'enfant dont nous parlons, il faudrait 604,800 convulsions. Vous voyez que la cause invoquée est absolument inadmissible, et que les calculs que nous venons de vous présenter l'infirment complètement.

Quelques auteurs anciens, Mahon notamment, ainsi que des auteurs modernes, ont indiqué aussi le rachitisme comme cause de l'altération dentaire; mais le rachitisme n'est que la dernière période de l'évolution syphilitique héréditaire. Un seul auteur, Hutchinson, a parlé avant nous, en 1856, des altérations syphilitiques héréditaires des dents; mais il s'est trompé en considérant la variété qui porte son nom, la variété Hutchinsonienne, comme étant la seule, et en invoquant aussi la stomatite produite par le traitement mercuriel de la syphilis.

Pour nous, toujours et en toutes circonstances, les altérations dentaires que nous vous avons décrites sont la conséquence de la syphilis héréditaire. Nous en trouvons les preuves, soit dans les altérations osseuses, soit dans les macules, ou dans les ulcérations syphilitiques actuelles ou éteintes que nous rencontrons constamment sur le corps des enfants atteints d'altérations dentaires; syphilis cutanée, syphilis osseuse, macules ou traces, telles sont les preuves qui nous sont fournies au moins 95 fois sur 100. Nous pourrions encore citer l'altération des maxillaires, l'alopécie fréquente

chez l'enfant, suite d'une altération du follicule pileux analogue à l'altération dentaire.

Enfin, la syphilis dentaire a une évolution mathématique depuis la vie intra-utérine jusqu'à l'âge de deux ou trois ans. La dent, commençant à être malade dans l'utérus, peut se suivre après la naissance; et, si la dent de sagesse et la seconde molaire ne sont pas atteintes, cela tient à ce que la syphilis est éteinte lorsque ces dents se développent. Les sillons prouvent les différentes périodes pendant lesquelles le mal a sommeillé, quelquefois pendant des semaines et des mois, et la dent, durant ce temps, acquiert des caractères normaux, puis, qu'une nouvelle activité se fasse, et une nouvelle zone de cupules se produit.

Quant à l'ancienneté de la syphilis, non-seulement elle remonte à l'époque franque, au cinquième ou au sixième siècle, comme la mâchoire du jeune Franc nous le démontre, mais encore les cavernes de la Lozère, fouillées par le docteur Prunière, nous ont fourni plusieurs dents portant des traces incontestables des lésions dont nous venons de parler. Parmi ces dents, trois canines surtout ne peuvent laisser aucun doute, bien que Broca et M. Magitot aient voulu les considérer comme des dents éclampsiques. Les os d'un crâne trouvé dans ces mêmes cavernes l'ont également prouvé. La syphilis nous paraît donc remonter aux âges les plus reculés.

HOPITAL DE LA CONCEPTION. — M. J. Roux (de Brignoles).

Un cas de grande hystérie traité d'une manière efficace par l'électrisation.

(Observation recueillie par M. Rébité, externe du service.)

Depuis qu'a paru l'étude magistrale que M. le docteur Richer a publiée sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie (1), nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer un cas remarquable de cette névrose, dans le service de notre maître, M. le professeur Roux (de Brignolles).

Chez notre malade, nous avons retrouvé les caractères principaux et les phénomènes nervo-moteurs propres à cette forme de l'épilepsie, que le savant de Paris a analysée avec une minutie et une précision rares. Mais l'intérêt de l'observation devint pour nous plus vif encore lorsque notre maître entreprit et poursuivit le traitement de cette névrose rebelle.

Nous croyons qu'il ne sera pas sans quelque utilité de relater l'histoire de notre malade, la marche de son affection, et la manière dont elle céda à l'électrisation, après avoir résisté à tous les autres moyens thérapeutiques.

Fanny B..., entrée à l'hôpital de la Conception de Marseille, dans le courant du mois d'avril, est une fille de la campagne, âgée de dix-sept ans, replète, aux formes dodues, ayant les apparences de la santé, mais aux chairs molles et d'une coloration pâle. Ses allures annoncent un tempérament lymphatique, bien qu'elle ne porte sur son corps aucun stigmate de scrofule.

A son entrée même à l'hôpital, elle est dans le fort d'une crise d'hystérie des plus violentes, qui dure quelques heures, et qui se renouvelle presque aussitôt après qu'elle a cessé, à la manière d'un accès subcontinu.

Le lendemain, les accès se succèdent avec une fréquence et une violence aussi grandes; il en va de même pendant les premiers jours.

Dès l'abord, notre maître porte le diagnostic d'hystéro-épilepsie. Les accès, tous semblables entre eux et se déroulant avec une parfaite uniformité, présentent les caractères suivants :

Au début, une période épileptoïde nettement accusée; à la suite de quelques mouvements des membres et du corps, étendus et assez lents, la malade s'immobilisait dans une attitude, toujours la même, que dans la langue de la clinique on désigne sous le nom d'attitude en S.

Après quelques minutes d'immobilité éclataient des convulsions qui secouaient le corps et les membres de la malade avec la dernière violence, tout à fait à la manière d'un pantin que l'on agiterait vivement avec une ficelle; de temps en temps, la malade poussait des gémissements et des cris plaintifs.

Les secousses convulsives cessaient pour reprendre par intervalles; dans les moments de repos, la malade était étendue sur le dos, la tête portée en arrière, les cuisses fortement fléchies sur le ventre, les bras tendus et écartés, les mains dans une pronation forcée.

A cette période de mouvements cloniques succédait un état d'abattement et de mutisme qui se prolongeait fort longtemps. Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, où les accès se suivaient à courts intervalles, la malade restait pelotonnée sur elle-même, sans qu'on pût lui arracher une réponse, une parole quelconque, bien qu'elle comprît parfaitement ce qu'on lui disait; cet état de mutisme durait jusqu'à l'apparition d'un nouvel accès.

Mais, à partir des trois à quatre premiers jours, il y eut des intervalles de calme, et cependant le caractère de la malade restait morose et taciturne; elle se confinait dans son lit des journées entières, sans expansion avec ses compagnes, sans agitation ni besoin d'activité.

Les hallucinations qui précèdent l'attaque existaient chez notre jeune fille; elles étaient bornées aux sens de la vue et de l'audition.

Notre malade voyait et entendait des animaux effrayants, des fantômes qui s'agitaient autour d'elle.

La sensibilité était quelque peu obtuse; pendant les crises, nous avons souvent observé une analgésie presque complète, ou du moins il n'y avait aucune réaction à la douleur.

Un détail important à noter, c'est qu'à partir des premiers jours la malade avait un appétit très-grand et digérait parfaitement; au reste, antérieurement dans sa famille, les fonctions digestives n'avaient jamais langui.

Cette affection remontait à six ou sept mois environ; elle avait débuté sans qu'une circonstance quelconque la précédât qui pût l'expliquer, sans antécédents héréditaires de névrose ou de nervosisme dans la famille de la jeune fille.

Le traitement auquel fut soumise notre malade compte deux périodes distinctes.

Dans la première, la plus longue, on épuisa tous les sédatifs du système nerveux, sans résultat appréciable; dans la seconde, relativement courte, une quinzaine de séances d'électrisation déterminèrent la disparition des attaques, une amélioration complète, une guérison, sinon définitive, au moins parfaite pour un temps.

La compression des ovaires, chez notre malade, au moment des crises, calmait, mais pour un instant, l'agitation et les convulsions, qui reprenaient plus fortes dès qu'on la suspendait; quant aux autres palliatifs, tels que le chloral, administré tour à tour en potion et en lavements, l'hydrochlorate de morphine, l'éther en injections hypodermiques, l'effet obtenu était presque insignifiant.

Pour modifier la constitution nerveuse, on employa successivement le bromure de potassium à doses progressives, de 2 à 6 grammes, le bromure d'ammonium jusqu'aux doses

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 30 avril 1881.

les plus élevées, le valérianate d'ammoniaque; mais on ne constatait aucun résultat appréciable, aucune amélioration dans l'état de la malade.

Il fallut renoncer à l'emploi des sédatifs nerveux, reconnus inefficaces, et la malade ne reçut d'autres médicaments qu'une dose d'hydrocyanate de fer, destiné à combattre un état d'anémie qui menaçait de s'aggraver.

En désespoir de cause, l'électrothérapie fut instituée; nous mîmes en usage les courants continus obtenus avec une pile ordinaire de Grenet; un des rhéophores appliqué sur le front, l'autre sur la paroi abdominale, au voisinage des ovaires.

La première fois que la malade fut soumise à l'électrisation, elle était dans le plein d'une crise; l'effet du courant fut remarquable et immédiat; à peine le circuit fut-il fermé que la malade, secouée par des convulsions cloniques, s'immobilisa; nous retirâmes un des électrodes, les convulsions reparurent, pour cesser de nouveau sous l'influence du courant.

L'électrisation fut établie régulièrement matin et soir pendant douze jours, et continuée pendant dix minutes environ à chaque séance.

Jusque-là la malade avait en moyenne de deux à trois crises dans l'éphémère; dès les premières séances d'électrisation, les accès s'espacèrent de plus en plus; il y eut des journées entières de calme.

A partir de la huitième séance, il n'y eut plus d'attaques. En même temps, une amélioration générale, un changement salutaire se manifestait chez notre malade; le caractère se modifiait rapidement; cette jeune fille, jusqu'alors morne et d'un mutisme obstiné, devenait gaie, expansive; elle se rendait utile dans les travaux d'entretien de la salle, pouvait se livrer à la couture avec une certaine application; ses joues se couvraient de rose, ses chairs s'affermissaient, l'appétit était merveilleux.

L'électrisation continuée pendant quelques jours, bien qu'il n'y eût plus d'accès, fut suspendue à l'apparition des menstrues, qui, au reste, pendant le séjour de la malade à l'hôpital, se succédèrent sans irrégularités.

La malade resta une semaine environ dans notre service, sans que la guérison fût démentie; se sentant délivrée de son mal, elle se décida à rentrer dans sa famille et reçut son exeat le 7 juin.

Depuis nous n'en avons reçu aucune nouvelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juillet 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De la gomme syphilitique et du tubercule. — M. BRISSAUD fait connaître en quelques mots le résultat de ses recherches sur l'anatomie pathologique de la gomme syphilitique. Il résulte de ces recherches que le produit congloméré qui, dans la syphilis, aboutit à la caséification, n'est autre chose que le follicule tuberculeux. Il y aurait donc identité absolue, au point de vue purement histologique, entre les lésions de la gomme syphilitique du testicule et celles de la tuberculose. La seule différence appréciable est que le tubercule se développe dans un tissu sain, tandis que la gomme se développe dans un tissu scléreux.

M. HANOT demande à M. Brissaud s'il n'admet aucune différence entre les lésions syphilitiques dont il vient de parler et certaines lésions désignées sous le nom de tuberculoses locales, auquel cas les lésions syphilitiques seraient donc des lésions tuberculeuses.

M. BRISSAUD déclare ne trouver aucune différence histologique entre ces lésions appartenant pourtant à des processus que, cliniquement, il reconnaît absolument différents.

M. HANOT dit qu'il serait plus logique d'admettre qu'il existe entre ces lésions une différence qui nous est encore inconnue. Il est difficile d'admettre, en effet, que deux maladies aussi dissemblables que la tuberculose et la syphilis soient anatomiquement caractérisées par la même lésion.

M. LABORDE demande si M. Brissaud admet la même assimilation pour les gommes du cerveau, du foie, du poumon, que pour les gommes du testicule.

M. BRISSAUD répond que, dans le cerveau, dans le foie, l'assimilation est la même que dans le testicule.

Sangsues de l'Afrique. — M. MÉGNIN présente une collection d'une quinzaine de sangsues d'une espèce étrangère à la France et qui sont arrivées à Vincennes, parfaitement bien portantes, d'une façon assez singulière : elles ont été trouvées fixées aux parois de la bouche des chevaux d'une batterie rentrant de la campagne de Tunisie et qui avait campé près de Bizerte.

Tous les ruisseaux du nord de l'Afrique foisonnent de cette espèce de sangsues connue sous le nom d'*hæmopis sanguisuga*, qui, ayant les mâchoires trop faibles pour pouvoir entamer la peau, a l'instinct de s'introduire dans la bouche des animaux qui viennent boire pour se fixer à leur muqueuse.

Elles peuvent donc rester jusqu'à quinze jours et même trois semaines dans une cavité tapissée par une muqueuse et causer des hémorrhagies très-graves.

On a même signalé des cas d'asphyxie par cette hirudinée qui avait pénétré jusqu'au larynx.

M. PAUL BERT fait observer que ces sangsues ne peuvent vivre ainsi que dans des cavités au contact de l'air, car elles sont tuées à la température du corps. Les chevaux qui les portaient devaient donc bâiller.

Éruption particulière dans la fièvre typhoïde. — M. HANOT complète les renseignements qu'il a donnés dans la dernière séance sur deux malades qui ont présenté, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, un phénomène singulier. Chez deux malades très-gravement atteints, soumis à la médication phéniquée, apparut, du quatorzième au seizième jour, à la suite d'une sudation abondante, alors qu'ils avaient 41 degrés de température et étaient plongés dans un coma profond, une éruption de pustules, varioliforme, confluente. A partir du moment où apparut cette éruption, la température tomba de 3 ou 4 degrés; il y eut une notable amélioration et les malades marchèrent rapidement vers la guérison. Il y avait une relation très-évidente entre cette éruption varioloïde généralisée et ce que les anciens appelaient une crise favorable. Le liquide contenu dans ces pustules était constitué par une véritable purée de bactéries. Il y avait un nombre incroyable de ces bactéries. On comprend ce que ces malades en avaient dû éliminer pendant cette éruption, et il est impossible de ne pas être frappé de l'amélioration qui a suivi cette élimination de bactéries. L'urine en contenait en même temps que de l'albumine. M. Hanot a vu, dans l'espace de trois mois, deux malades présenter ce phénomène. M. Laboulbène a vu récemment un troisième cas semblable. Ces trois malades avaient été soumis à la médication phéniquée.

Du venin des grenouilles. — M. PAUL BERT. Tous les batraciens ont un venin cutané d'une très-grande intensité. Jusqu'ici cependant on n'avait pas incriminé la grenouille; M. Bert a pu s'assurer que les grenouilles contiennent un venin très-actif, d'une action convulsivante, et qui tue un moineau en cinq minutes, le cœur en systole. Il ne croit pas que jusqu'ici on ait rien signalé de semblable chez la grenouille. Or elle possède un venin convulsif capable d'arrêter le cœur.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Syphilis tertiaire congénitale. — M. LEFORT présente, de la part de M. Surmay, un cas analogue à ceux dont M. Lannelongue a entretenu la Société. Il s'agit d'une femme atteinte de syphilis communiquée par le mari et qui donne naissance à un enfant syphilitique qui guérit de ses premiers accidents. Cet enfant, arrivé à l'âge de seize ans, présente des exostoses et de la périostose d'origine manifestement syphilitique.

Squirrhe du sein. — M. DESPRÈS a présenté dans la dernière séance une femme qu'il avait opérée il y a 9 ans d'un squirrhe du sein du tissu cellulaire qui se trouve sur les limites de la glande, moins d'un an après le début de la maladie. L'opération a été faite largement, sans réunion immédiate parce que, selon M. Després, la réunion immédiate expose davantage à la récidive, par suite du travail d'irritation qu'elle entraîne. Cette femme présente une récidive, encore en dehors de la glande, à côté de la cicatrice, mais non à son niveau. On sait en effet que la récidive a lieu rarement sur la cicatrice elle-même.

L'opération a été faite de nouveau très-largement, mais toujours sans réunion immédiate. Cette fois-ci, M. Després a enlevé la glande mammaire.

M. DELENS a enlevé, il y a cinq ans, un squirrhe du sein chez une femme de soixante-deux ans. Cette femme ne présente encore aucune trace de récidive.

M. MARC SÉE. Il est inexact de dire que la récidive ne se fait pas dans la cicatrice; elle s'y fait, au contraire, très-fréquemment. M. Després a eu tort la première fois de ne pas enlever la glande mammaire. Il aurait plus de chance de se mettre ainsi à l'abri de toute récidive.

M. LEFORT, contrairement à M. Després, croit que la réunion immédiate expose moins de la récidive.

M. DESPRÈS. Il s'agissait d'un squirrhe en dehors de la mamelle; il n'était donc pas nécessaire d'enlever celle-ci. Il suffit en pareil cas d'opérer très-largement, c'est-à-dire d'enlever une notable quantité de tissus sains, en égale partie, tout autour de la tumeur. J'ai enlevé 115 tumeurs de seins; je n'ai jamais eu recours à la réunion par première intention et m'en suis toujours bien trouvé. Mais le plus beau résultat que j'aie jamais obtenu est celui de cette femme qui est restée neuf ans sans récidive. Je ferai remarquer à M. Delens, à propos du cas dont il a parlé, que les femmes âgées, à cancer égal, peuvent rester plus longtemps sans récidive. En outre les squirrhes sont, de tous les cancers du sein, ceux qui récidivent le moins vite. Il ne faut pas oublier, quand on parle de cancer, d'indiquer la nature du cancer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'opinion de tous les chirurgiens partisans de la chirurgie antiseptique est que la réunion par première intention met plus à l'abri de la récidive. J'ai opéré, il y a dix-huit mois, un carcinome à marche rapide; il n'y a pas encore trace de récidive. J'ai opéré, il y a deux ans, un adéno-sarcome qui n'a pas encore récidivé. Il ne serait pas difficile de réunir un grand nombre de faits à l'appui de cette opinion, généralement admise aujourd'hui, que la réunion par première intention expose moins à la récidive.

M. GILLETTE a opéré, il y a cinq ans, un sarcome à marche rapide; il n'y a pas encore de récidive. En outre, la malade était diabétique, ce qui ne l'a pas empêchée de guérir trois semaines après son opération et sans le moindre accident de gangrène.

Amaurose consécutive à des traumatismes de la tête. — M. CHAUVEL communique un certain nombre d'observations de perte incomplète ou totale de la vision à la suite de traumatismes du crâne ou de la face.

Kyste synovial. — M. LEFORT a opéré récemment un kyste synovial du petit doigt. Le liquide contenu dans ce kyste a été examiné par M. Regnauld; c'était de la mucine pure.

Surdité chez les employés de chemin de fer. — M. TERRILLON appelle l'attention sur des faits de surdité acquise survenant chez des employés de chemins de fer et pouvant être la cause d'accidents graves. Ces affections de l'oreille ne sont pas congénitales, comme l'est le daltonisme; il en résulte qu'elles peuvent survenir chez des employés dans l'exercice de leurs fonctions. Il s'agit habituellement d'une otite scléreuse, survenant sans phénomènes appréciables et amenant une perversion de l'ouïe telle que l'employé, l'aiguilleur par exemple, peut ne plus entendre les signaux. M. Terrillon a eu l'occasion d'observer cette affection récemment chez un employé de chemin de fer, âgé de quarante-cinq ans. Il rapproche ce cas d'otite scléreuse, double, de ceux qui ont été publiés par Moos (d'Heidelberg). Selon cet auteur, cette affection s'observe surtout chez les mécaniciens, plus fréquemment chez ceux qui parcourent les voies de montagnes que chez ceux qui parcourent les voies en plaine.

Elle est la conséquence même de leur profession et s'accroît avec l'exercice de cette profession. Cette surdité acquise est plus dangereuse que la perte de la perception des couleurs, non-seulement parce qu'elle n'est pas, comme elle, congénitale, mais aussi parce qu'elle se développe sans phénomènes appréciables.

M. TILLAUX a surtout vu des otites moyennes aiguës survenir brusquement chez les employés de chemin de fer, généralement par suite du froid entre deux et trois heures du matin. La profession de mécanicien prédispose-t-elle à l'otite scléreuse? c'est ce qu'il est difficile de savoir, l'otite scléreuse congénitale étant très-frequente.

M. GIRAUD-TEULON. Le daltonisme n'est pas toujours congénital; il est souvent acquis, et, en cela, il y a plutôt une ressemblance qu'une opposition entre lui et l'affection de l'oreille signalée par M. Terrillon.

Tumeurs solides de l'ovaire. — M. NICAISE a eu l'occasion d'observer les deux faits suivants: Une femme de cinquante-quatre ans entre, le 11 mai, dans son service. Elle avait été réglée à quatorze ans; depuis, ses règles avait été abondantes mais régulières. Elles ont cessé à quarante-six ans. Cette femme n'avait jamais eu de métrorrhagies; elle a eu trois enfants. Il y a treize ans, elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur dans le ventre; elle ne s'en est pas inquiétée. Cette tumeur, depuis l'année dernière, avait acquis un développement considérable. Elle entre à Laennec; on reconnut une ascite pour laquelle on fit une ponction. Après cette ponction, il était facile de reconnaître la présence d'une tumeur solide, mobile, ballottante, indépendante de l'utérus. Le diagnostic était donc : tumeur fibreuse, ballottante, dans la cavité abdominale; il était difficile de se prononcer sur le point de départ de cette tumeur. Cette femme était dans d'assez bonnes conditions; elle avait de l'œdème pulmonaire et de l'œdème des membres inférieurs. M. Nicaise se décida à l'opérer. L'opération fut des plus simples. La malade est en voie de guérison. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse de l'ovaire avec de petits kystes. En 1874, M. Nicaise avait observé un cas identique : femme de vingt-deux ans, avec ascite et tumeur ballottante de la cavité abdominale. Elle avait de l'anurie et de l'anasarque. Elle eut un érysipèle phlegmoneux auquel elle succomba; à l'autopsie, on trouva une tumeur fibreuse de l'ovaire avec de petits kystes, l'anurie était déterminée par une compression de l'uretère droit. M. Nicaise regrette de n'avoir pas opéré cette première malade.

M. POLAILLON. Les faits de tumeurs solides de l'ovaire ne sont pas absolument rares. M. Polaillon en a vu plusieurs exemples. Il reconnut chez une malade, entre autres, une tumeur ballottante au milieu du liquide qui remplissait la cavité péritonéale. Cette femme, âgée de cinquante et un ans, avait le teint jaune, cachectique. M. Polaillon fit la ponction de l'ascite. Ellle succomba peu de temps après. A l'autopsie, on trouva une tumeur solide dépen-

dant de l'ovaire avec un pédicule très-petit, sans kyste. Il y avait de la vascularisation du péritoine. Cette malade avait succombé à la perforation d'un cancer du pylore qui avait passé inaperçu.

M. PÉRIER a opéré, en 1875, à la Salpêtrière, une femme de soixante-sept ans, d'une tumeur fibro-cystique de l'ovaire. Cette femme avait été opérée par Michon d'un cancer du sein dont elle est restée guérie.

Kyste huileux. — M. GILLETTE a opéré, à Bicêtre, une femme de trente ans, d'un kyste à contenu huileux de la région auriculo-mastoïdienne, probablement d'origine congénitale. Le liquide contenu dans cette tumeur était absolument semblable à de l'huile d'olive.

PRÉSENTATIONS

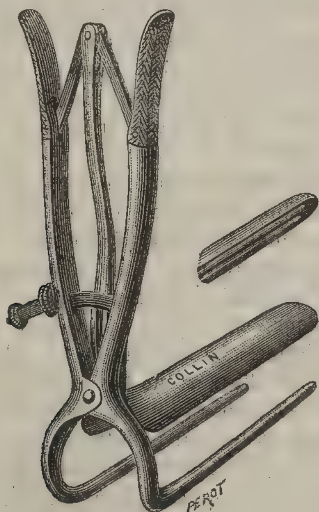
Appareil prothétique. — M. POLAILLON présente un homme exerçant la profession de ferblantier, M. Thumara, qu'il a amputé du bras il y a deux ans, et qui s'est construit lui-même un bras artificiel extrêmement simple et ingénieux, à l'aide duquel il peut exécuter tous les mouvements.

Tumeur du corps thyroïde. — M. PÉRIER présente un malade auquel il a enlevé une tumeur du corps thyroïde. Il n'y a pas eu le moindre accident inflammatoire à la suite de l'opération. Les fils de catgut se sont éliminés, par l'ouverture servant au passage des drains; ils n'avaient donc pas été résorbés.

Fracture du bassin. — M. LEFORT présente les pièces anatomiques d'un malade qui, à la suite d'une fracture du bassin déterminée par le passage d'une roue de voiture, avait eu une mortification des membres inférieurs. L'autopsie a montré que cette mortification avait été causée par une compression de l'artère iliaque.

Spéculum ani. — M. NICAISE présente un spéculum ani, qu'il a fait fabriquer par M. Collin. C'est un spéculum à trois branches manœuvrées par des manches puissants. Les trois branches sont formées d'une valve étroite et de deux fortes tiges cylindriques, comme dans le spéculum vaginal de Denonvilliers; les manches sont empruntés au dilatateur du rectum de Larrey et Demarquay.

Ce spéculum ani, grâce à son petit volume lorsqu'il est fermé, est introduit facilement dans l'anus; en même temps il est assez



puissant pour vaincre la résistance des sphincters lorsqu'on presse sur les manches. Il permet une exploration complète et facile de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum.

En outre, M. Nicaise s'en est servi utilement pour l'opération de la fistule à l'anus et celle de la fissure.

Pour l'opération de la fistule, on place le spéculum de façon que la fistule se trouve entre les deux tiges cylindriques; elle est alors à découvert dans tout son trajet, la valve est en face d'elle, et le sphincter est maintenu dilaté par les deux tiges, de sorte que l'opération se fait d'une façon plus méthodique, sans qu'on soit gêné par la contraction du sphincter.

Dans l'opération de la fissure à l'anus, l'instrument est également utile; son introduction est facile, il dilate sur trois points au lieu de deux comme le font les doigts; de plus, la dilatation est régulière sur toute la hauteur des sphincters, qui est quelquefois de quatre à cinq centimètres.

En résumé, cet instrument permet l'exploration facile de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum; il rend l'opération de la fistule à l'anus plus précise, et il est utile dans l'opération de la fissure.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

275. M. Nicolas. Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf. — 276. M. Andrieux. De l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des ulcères vénériens. — 277. M. Launay. Contribution à l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse chez les personnes âgées (depuis quarante ans). — 278. M. Choiseau. De la généralisation des lymphadénomes dans le tissu cellulaire sous-cutané. — 279. M. Lacaille. Des exostoses chez les adolescents. — 280. M. Nidergang. Essai sur l'ulcère simple du duodénum. — 281. M. Coutemoine. De l'état actuel de la science dans le traitement des kystes hydatiques. 282. M. Mettas. De la pseudo-paralysie générale alcoolique. — 283. M. Suss. Essai sur quelques sélections de l'espèce humaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 juillet 1881, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le professeur Peter, membre de l'Académie de médecine;

Au grade de chevalier : MM. le docteur Charles Abadie (de Paris); le docteur d'Hôtel, médecin de l'hospice civil de Charleville; le docteur Péronne (de Sedan); le docteur Marfan, médecin en chef de l'hospice de Castelnaudary; le docteur Perronier, médecin de l'hospice de Romans (Drôme); Timbal-Lagrave, pharmacien, professeur suppléant à l'école de Toulouse; le docteur Bienfait, membre du conseil général de la Marne; Nayel, médecin au Faouet (Morbihan); le docteur Gruzu, médecin de l'hôpital de la Seyne (Var).

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle; Le Roux, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Lamotte, professeur à l'École de médecine de Clermont; Arnould, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Chauveau, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Beaunis, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Guignard, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. le docteur Jarrin (de Chambéry); Manfredi, médecin du lycée de Bastia; Montecot, médecin du collège de Langres; Boutan, médecin du lycée d'Auch; Madoulé, secrétaire agent-comptable de la Faculté en médecine de Bordeaux; Bonhenri, préparateur et conservateur-adjoint au Muséum d'histoire naturelle de Toulouse; d'Arsonval, préparateur de la chaire de médecine au Collège de France; Franck, préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France; Gautier, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Laboulbène, professeur à la Faculté

de médecine de Paris; Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Boisson, professeur à l'École de médecine de Besançon; Perrens, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux; Jolyet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Charbonnier, professeur à l'École de médecine de Caen; Olivier, professeur à l'École de médecine de Rouen; Hallez, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Bisch, professeur à l'École de médecine de Grenoble; Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Gailleton, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Haller, agrégé près l'École de pharmacie de Nancy; Thouvenet, professeur à l'École de médecine de Limoges; Dayot, professeur à l'École de médecine de Rennes.

— Dans la séance du 9 de ce mois, la Chambre des députés a voté, à l'occasion du budget des dépenses de 1882, un crédit de 20,000 francs pour la création à l'hospice de la Salpêtrière d'une chaire de clinique des maladies du système nerveux.

La Chambre a également voté, sur la demande de M. Paul Bert, la création, au Muséum d'histoire naturelle de Paris, d'un emploi d'aide-naturaliste de la chaire de pathologie comparée avec un traitement annuel de 3,000 francs.

— Le jury du concours pour la nomination aux emplois de chef de clinique ophthalmologique, titulaire et adjoint, se composera de MM. Béclard, Lefort, Gosselin, Guyon et Panas.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, est rappelé à l'exercice jusqu'au prochain concours d'agrégation.

M. Pinard, agrégé, est autorisé, en remplacement de M. Chantreuil, décédé, à suppléer, du 1er juillet au 16 août 1881, M. Pajot, professeur d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Courty, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, du 1er juillet au 1er novembre 1881, par M. Tédenat, agrégé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Stœber (Victor-Adrien), docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Nancy (emploi nouveau).

M. Weiss, agrégé, est chargé du cours annexe de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Heydenreich, appelé à d'autres fonctions.

M. Thiébaut (Hubert-François-Alexandre), ancien interne des hôpitaux, est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy (emploi nouveau).

— *École de médecine de Reims.* — M. Harmant (Léon), docteur en médecine, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé professeur d'anatomie à ladite école en remplacement de M. Doyen, démissionnaire.

M. Henrot (Henri), docteur en médecine, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Maldan, décédé.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11458.

Dragées arsenico-ferriques

aux sels naturels de la Dominique,

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

Peptones pepsiques

à la viande de bœuf

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe, de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très-pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique*. Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

Conserve DE PEPTONE DE Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

Vin de Peptone de Chapoteaut.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très-agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose d'un ou deux verres.

INDICATIONS PRINCIPALES. — *Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.*

Gros : CHAPOTEAUT, pharmacien, 8, rue Vivienne; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Bonbons Tostain

Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boîte de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie TOSTAIN, 191, rue du Temple, Paris.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE MÉDEDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES de GÉLIS et CONTÉ ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard)

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien**, a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

H. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris. *Détail*: Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorur de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT; Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de la dernière séance, nous avons rappelé à M. Hervieux, qui l'avait omis dans son historique, le fait capital qui s'était produit depuis la célèbre discussion académique sur la vaccination animale.

On comprenait que, parlant devant l'Académie, qui ne pouvait en avoir perdu le souvenir, M. Hervieux eût négligé de mentionner cette discussion, dans laquelle M. Jules Guérin avait étudié la question d'une façon si remarquable.

Voici ce que nous écrivions à la suite d'un de ses discours, le jeudi 8 juillet 1869 :

« Décidément M. Jules Guérin est un orateur des plus habiles. On est sous le charme en l'écoutant, et l'on se sent prêt à accepter ses arguments comme indiscutables.

« Il a traité d'abord les points de fait dans deux séances, qu'il a occupées presque en entier, sans que l'attention des orateurs se fatiguât. Mardi prochain, il doit développer les points de doctrine, et l'on sait combien est grande sa supériorité comme théoricien. »

Et, en effet, tout récemment encore, à propos de M. Pasteur, nous faisions allusion à ce troisième discours et à ces données générales, si étonnantes pour l'époque, que M. Jules Guérin avait exposées relativement aux germes morbifiques, à leur culture, à leur affaiblissement possible sous l'influence du milieu et dans certaines conditions.

Pour en revenir aux points de faits, M. Jules Guérin avait dit d'avance ce qu'est venu démontrer l'année suivante le témoignage des praticiens que l'on consultait sans parti pris dans la conférence médicale sur la variole et la vaccine.

Et cependant l'Académie avait adopté, en définitive, les propositions de M. Depaul.

Mais ces propositions, que nous venons de relire (1), portant uniquement sur des faits expérimentaux, n'impliquaient en aucune façon une préférence pour le vaccin de génisse.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1867, p. 174.

Et cela est si vrai qu'immédiatement après leur vote, M. Hérard proposait d'adopter, en outre, une conclusion qui pût répondre à la demande du ministre.

Cette proposition était reprise par M. Blot à la séance suivante.

Ici je copie textuellement le compte-rendu de cette séance (1) :

« M. Blot rappelle la proposition faite dans la dernière séance par M. Hérard et demande, en l'appuyant, qu'elle soit soumise de nouveau à la délibération de l'Académie. Elle consiste à dire, en manière de conclusion générale, que la vaccine animale et la vaccine jennérienne méritent un égal encouragement.

« M. Guérin demande si l'Académie veut revenir sur la discussion déclarée close dans la dernière séance, auquel cas il reproduirait les conclusions qu'il a retirées devant la clôture de la discussion.

« M. Hérard demande que cette discussion reprenne et ait lieu dans une des prochaines séances.

« Un jour sera fixé pour cette discussion. »

C'était donc chose convenue qu'en principe elle allait rester toujours ouverte ; mais l'année se termina sans que le président pût accomplir sa promesse de fixer un jour pour la reprendre.

La question semblait abandonnée à l'Académie de médecine, quand la conférence médicale se réunit pour la résoudre.

Et c'est seulement aujourd'hui, douze ans plus tard, qu'elle reparaît dans le rapport de M. Hervieux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DIEULAFOY.

Du traitement de la pleurésie.

Le traitement de la pleurésie peut se diviser en traitement médical et traitement chirurgical.

Le traitement médical de la pleurésie est celui que vous devez employer en premier lieu, car il a surtout pour but de s'attaquer aux phénomènes initiaux de la maladie.

La première chose dont se plaint le malade, c'est la douleur ; douleur irradiant dans tout le côté de la poitrine, ou pouvant être localisée en un point que la personne vous indiquera nettement. Pour combattre ce symptôme, vous

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1869, p. 555.

avez plusieurs moyens à votre disposition; un des plus simples et des plus efficaces consiste à appliquer des ventouses sèches ou des ventouses scarifiées sur les endroits douloureux. Vous pouvez encore employer les injections morphinées, faites avec la seringue de Pravaz; ces injections devront être de 1 demi-centigramme au début pour s'élever à 1 centigramme de morphine, pas plus. Une formule très-simple et très-facile à retenir est la suivante :

Eau distillée. . . . . 10 grammes.
Chlorhydrate de morphine. 10 centigr.

ce qui vous fait une solution à 1 centigramme de morphine pour 1 gramme de véhicule. Si ces deux moyens ne réussissaient pas, vous auriez alors recours aux potions calmantes et aux vésicatoires appliqués *loco dolenti*. Ces vésicatoires n'ont d'autre action que de calmer la douleur, et je ne vous conseille pas d'en user avec l'espoir d'obtenir une dérivation et la diminution de l'épanchement; je vous conseille donc de ne pas les ordonner plus grands qu'une pièce de cinq francs en argent.

Je sais bien que la première chose que l'on vous demandera dans les familles sera l'application du vésicatoire; l'on sera même étonné et l'on vous blâmera de refuser cette médication au malade. Cependant, loin de hâter la guérison, le vésicatoire n'aura d'autre but que de gêner l'auscultation et la percussion de la poitrine et par cela même vous exposer à méconnaître la quantité du liquide épanché. Je ne vous en conseille donc pas l'emploi, et, si, craignant que votre refus d'accéder au désir du malade et des personnes qui l'entourent, puisse vous nuire, vous vous décidez à employer ce procédé, appliquez un vésicatoire, mais qu'il soit le plus petit possible, afin qu'il ne soit pas un obstacle à l'examen ultérieur de la poitrine.

Lorsque la maladie suit son cours et que l'épanchement augmente, la question de la thoracentèse doit être agitée, et vous devez immédiatement prévenir la famille de l'opération probable que vous aurez à faire.

Nous voici arrivés au traitement chirurgical de la pleurésie, et, à propos de la thoracentèse, je vous rappelle ici que c'est Trousseau qui donna à cette opération droit de domicile en France. Trousseau préconisa la thoracentèse, et il la pratiquait non pas avec les instruments perfectionnés que nous possédons aujourd'hui, mais avec le trocart de Reybard simplement, et, malgré l'infériorité du manuel opératoire, les cas de guérison étaient nombreux.

Les indications de la thoracentèse peuvent se diviser en deux groupes, selon que l'opération est *urgente* ou *discutable*.

Dans le premier cas, vous trouvez plusieurs variétés. Si votre malade a une dyspnée un peu prononcée, de la matité complète, du souffle tubaire, et que vous diagnostiquiez un épanchement de 2,500 à 3,000 grammes de liquide, je vous conseille de ne pas hésiter : il faut opérer de suite et ne pas attendre au lendemain, car votre malade sera peut-être mort. Ici vous n'avez pas d'hésitation à avoir.

Il n'en est pas de même dans d'autres circonstances. Votre malade a de la matité, mais pas absolue; il y a même un peu de sonorité en arrière et en haut au-dessus de l'épine de l'omoplate, ainsi qu'en avant au niveau de la clavicule ; le cœur est un peu dévié si l'épanchement est à gauche, le foie abaissé s'il siège à droite. La dyspnée est peu prononcée, et vous estimez à 2,000 grammes environ la quantité de l'épanchement. Que ferez-vous? Tout naturellement vous êtes porté à attendre, le malade respire bien, la cavité thoracique n'est pas pleine; puis, vous rappelant qu'on a accusé la thoracentèse de produire la purulence, rien ne pressant, vous vous en allez en disant : Demain nous verrons. Le lendemain, on vient vous avertir que le malade, sans cause apparente, a été pris de syncope et a succombé. Ces cas ne sont pas aussi rares que vous pourriez le croire, et la mort subite est toujours survenue alors que le malade n'avait que 1,800 à 2,000 grammes de liquide dans la cavité pleurale, soit à la suite d'une syncope, soit par asphyxie due à des thromboses pulmonaires nées sur place. Lisez Trousseau, et vous verrez, au chapitre de la thoracentèse, les exemples de mort subite qui y sont relatés.

Rappelez-vous ce cas d'un jeune médecin à qui l'on devait pratiquer la thoracentèse le lendemain et qui mourut subitement, pendant que ses confrères préparaient les instruments : il n'avait que 1,800 à 2,000 grammes de liquide. Pour ma part, je ne crains pas de formuler en principe que, chaque fois que l'on estimera à 2,000 grammes environ la quantité de liquide épanché, il faut pratiquer la thoracentèse; si on vous la refuse, retirez-vous, et n'acceptez pas la responsabilité de ce qui peut arriver.

Souvenez-vous également que la dyspnée est un signe trompeur, que le seul signe vrai, c'est la quantité du liquide épanché, et que les complications mêmes ne sont pas une contre-indication à l'opération.

La thoracentèse n'est pas toujours aussi nettement indiquée, et il est certains cas où elle est discutable. Vous verrez des épanchements de 1,200 à 1,500 grammes qui ne se résorbent pas : qu'allez-vous faire ? Laisserez-vous votre malade avec son liquide dans la poitrine? C'est peu prudent. Lui appliquerez-vous vésicatoires sur vésicatoires? J'ai ponctionné des individus qui avaient supporté huit, dix, douze vésicatoires sans résorber une goutte de leur épanchement.

Voici la conduite que je suis en pareil cas : si le liquide a une tendance à se résorber, j'attends, je n'ordonne ni sudorifiques, ni diurétiques, ni vésicatoires, et, si au bout de trente à trente-cinq jours l'épanchement est resté stationnaire, je propose la thoracentèse, ce dont je me suis toujours trouvé satisfait, ainsi que le malade.

Quant au manuel opératoire, vous le connaissez tous pour l'avoir vu mettre en pratique. Vous ponctionnez avec une aiguille n° 2, dans le huitième espace instercostal, sur une ligne se rendant à l'angle inférieur de l'omoplate ; mais, ce que je vous recommande, c'est de n'enlever *jamais plus d'un litre* de liquide à la fois, car je n'hésite pas à affirmer que, si on a vu des accidents terribles, tels que l'expectoration albumineuse suivie de mort, succéder à l'opération, c'est parce que l'on avait soustrait d'une seule fois deux et trois litres de liquide. Il vaut mieux recommencer le lendemain à enlever un autre litre, et les 3, 4 ou 500 grammes qui pourront encore rester se résorberont d'eux-mêmes, sans que vous ayez à vous en occuper.

On a fait à la thoracentèse une objection terrible; on a dit qu'elle pouvait transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente. Pour ma part, je suis absolument convaincu du contraire, et j'affirme qu'une thoracentèse bien faite, avec des *instruments très-propres*, ne transformera jamais un liquide bien pur en liquide purulent, et je suis persuadé que, dans les cas où cet accident a eu lieu, l'instrument dont on s'était servi était sale, ce qui arrive souvent dans les hôpitaux, où le même aspirateur sert en

médecine et en chirurgie; ou bien le liquide extrait la première fois contenait déjà des globules de pus, et par conséquent était destiné à devenir purulent dans la suite. Je n'hésite donc pas à déclarer la thoracentèse une opération très-bénigne et que l'on ne doit pas hésiter à pratiquer.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Contusion de l'épaule. — II. Cas insolite de névralgie lombaire. — III. Kyste séreux de la région palpébro-sourcilière latérale droite.

I. Le malade du n° 25 de la salle Sainte-Vierge est un homme qui présente : 1° une plaie contuse de la tête que nous traitons par un pansement alcoolique ; 2° une lésion traumatique de l'épaule diagnostiquée comme une contusion violente et sur laquelle nous devons nous arrêter quelques instants.

Quatre jours après l'accident, cause de cette violente contusion, il est apparu une ecchymose étendue ; néanmoins nous avons maintenu notre premier diagnostic, parce que nous ne trouvions aucune autre lésion appréciable de l'épaule, ni luxation ni fracture. Nous ne sentions, en effet, aucune crépitation, aucune motilité anomale, nous n'apercevions aucune déformation du membre, ce qui ne veut pas dire, cependant, qu'il n'existe pas de fracture, mais les symptômes physiques et fonctionnels nous échappent complètement. Aussi, chaque fois que, dans ces conditions, je diagnostique une contusion violente d'un membre, dans le voisinage de l'articulation, et notamment de l'épaule, conservé-je l'arrière-pensée d'une autre lésion possible, avec ou sans fracture partielle. Ici, en raison de la douleur et surtout de la vaste ecchymose tardivement apparue dont je viens de vous parler, je crains qu'il n'y ait autre chose qu'une contusion même violente, une fracture, par exemple. De plus, je puis redouter encore qu'il ne survienne quelque arthrite de l'épaule ou, mieux, quelque ostéo-arthrite consécutive pouvant se terminer par l'ankylose de l'articulation.

Des craintes semblables se sont malheureusement réalisées, il y a quelques jours, chez un autre malade, le n° 25 de la salle des hommes. J'avais, d'après ce qui m'avait été dit des symptômes qu'il présentait à son arrivée, d'après ce qui avait été fait, j'avais, dis-je, diagnostiqué une luxation de l'épaule, luxation réduite, m'avait-on affirmé ,peu après son arrivée à la Charité, et j'avais parlé d'arthrite scapulo-humérale consécutive.

Cet homme, atteint, un mois plus tard, d'une pneumonie double, a succombé, au bout de quinze jours, à cette affection, et l'autopsie a été fort instructive au point de vue de la lésion traumatique. Tout d'abord nous n'avons trouvé aucune déchirure de la synoviale ni de la capsule justifiant une luxation, et, si cette déchirure avait eu lieu, ce n'est pas en six semaines qu'elle eût pu se cicatriser; souvent même ces déchirures ne se cicatrisent jamais. Mais ce que nous avons découvert et ce qui nous explique les souffrances et les symptômes fonctionnels observés pendant la vie, c'est une fracture multiple et en étoile de la cavité glénoïde, fracture par écrasement produite par la compression violente de la tête contre cette cavité. C'est un fait absolument insolite et que je n'avais, jusque-là, jamais rencontré, véritable fracture larvée qui a donné lieu aux symptômes fonctionnels de la luxation.

Il résulte de cela que, lorsque vous rencontrerez une violente contusion, sans fracture appréciable, s'accompagnant de symptômes fonctionnels hors de proportion avec une simple contusion, vous devrez songer à la possibilité de quelque fracture insolite, ne formuler par suite qu'un pronostic réservé, et redouter le développement d'une arthrite consécutive.

II. Quant au malade du n° 28, je voudrais pouvoir émettre un diagnostic définitif, mais la chose n'est pas possible encore. C'est un homme qui, sans aucune chute antérieure, sans aucun traumatisme, est pris depuis deux mois de douleurs vagues dans la hanche, douleurs qui le forcent à une claudication analogue à celle de la coxalgie. Cette claudication augmente de jour en jour, et, depuis deux ou trois semaines, les souffrances sont assez vives, non-seulement pour l'empêcher de marcher, mais encore pour lui interdire dans le lit à peu près tous mouvements du membre malade et l'empêcher de dormir. Cependant elles ne s'accompagnent pas de fièvre.

Serait-ce là quelque arthrite ou péri-arthrite coxo-fémorale? Nous ne trouvons chez lui aucun antécédent, aucun traumatisme; la maladie est venue spontanément; il n'y a pas de contractions musculaires; le fémur n'est point immobilisé sur le bassin, et les mouvements que l'on essaye de communiquer au membre ne sont pas transmis de suite au bassin, comme dans l'arthrite coxo-fémorale ; le malade parvient encore à fléchir dans une certaine mesure la cuisse sur le bassin.

Il ne me paraît donc pas qu'il existe ici quelque inflammation de l'articulation coxo-fémorale, et nous devons chercher autre chose qui puisse nous expliquer les phénomènes que nous observons. Ce n'est pas non plus une psoïte, il n'y a aucun gonflement, et les douleurs éprouvées par le malade ne correspondent pas au trajet du psoas; du reste la pression exercée sur ce muscle ne développe aucune souffrance

Il existe quelquefois aussi des trochantérites capables de simuler une arthrite coxo-fémorale, mais dans ce cas toute pression sur le grand trochanter détermine des douleurs très-vives. Rien de cela n'existe non plus chez notre malade.

Donc, pas de psoïte, pas de phlegmon profond, pas d'affection du squelette, aucun signe physique qui permette d'attribuer les douleurs éprouvées par cet homme à une inflammation péri-articulaire.

Cependant il souffre; ses douleurs sont très-vives, elles augmentent constamment, elles ne sont pas simulées, elles existent depuis deux mois et se manifestent surtout dans l'aine et au niveau de la crête iliaque; elles ne s'accompagnent enfin d'aucun gonflement inflammatoire appréciable. C'est pourquoi, et par exclusion des différentes lésions que je vous ai rappelées tout à l'heure, je me rattacherais volontiers à l'idée d'une affection nerveuse, d'une névralgie de quelque branche collatérale du plexus lombaire. Le cas est assez rare pour qu'en émettant le diagnostic d'une névralgie lombaire, je croie prudent de poser un point d'interrogation, quelque lésion telle par exemple qu'un ostéo-sarcome du bassin pouvant encore nous échapper.

III. Nous allons opérer maintenant une jeune femme de vingt-huit ans pour une tumeur de la région palpébro-sourcilière latérale droite, qui daterait de dix ans. Cette tumeur est molle et fluctuante; elle est indolore, il est vrai, mais

elle déforme le visage et augmente en s'avançant constamment vers l'œil droit.

Bien certainement nous avons affaire ici à un kyste; quant à sa nature ou, mieux, à son contenu, purulent, sanguin, séreux ou sébacé, il est plus difficile de se prononcer.

D'après les observations connues, j'aurais quelque tendance à voir là un de ces kystes sébacés de variété dermoïde, comme les appelait Lebert, que l'on rencontre assez fréquemment dans la région sourcilière externe, kystes congénitaux dont le contenu sébacé est souvent mêlé de poils.

Cependant cette femme nous affirme que sa tumeur n'est point congénitale, qu'elle a commencé à paraître vers l'âge de dix-huit ans. Mais elle peut se tromper, et de plus elle ne semble pas briller par une intelligence excessive; souvent même c'est à peine si elle paraît comprendre les questions qu'on lui adresse. Néanmoins elle raconte que, huit ans auparavant, elle aurait reçu sur le point où la tumeur s'est développée un coup de baguette qui aurait donné lieu à une ecchymose considérable. Force nous est de tenir compte de son dire, bien qu'un épanchement sanguin ne dure pas dix-huit ans, surtout dans cette région, sans déterminer des troubles assez sérieux, hyperostoses consécutives, etc. Ce ne me semble pas être non plus un abcès enkysté, il ne détermine aucune douleur. Reste donc soit un kyste séreux, malgré l'absence de transparence de la tumeur, soit un kyste sébacé.

En tous cas, une ponction exploratrice seule pourra éclairer notre diagnostic et nous indiquer le traitement à instituer.

La ponction exploratrice a donné issue à un liquide séreux, clair, un peu jaunâtre; la poche a été lavée avec de l'eau chaude, afin de la vider plus complètement, après quoi M. le professeur Gosselin a fait dans la cavité kystique une injection de teinture d'iode.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Bateman (de Londres), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger et adresse à l'appui de sa demande la liste de ses travaux;

2° Une lettre de M. le docteur Laure, médecin de la marine en retraite, qui sollicite le titre de membre correspondant national et adresse à l'appui de sa demande la liste de ses travaux;

3° Une note de M. le docteur Jules Devilliers, de Liège (Belgique), *sur un symptôme peu étudié de la diathèse rhumatismale*. (Renvoyé à l'examen de M. Woillez.)

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant:

En première ligne M. Louis Penard (de Versailles);

En deuxième ligne M. Lambron (de Bagnères-de-Luchon);

En troisième ligne *ex æquo*: MM. Berchon (de Pauillac); Lanbron (de Limoges); Manouvriez (de Valenciennes); Mignot (de Chantelles).

Le nombre des votants étant de 65, majorité 33:

M. Penard obtient 58 voix, M. Lambron 7, M. Berchon 1, M. Mignot 1, M. Manouvriez 1.

En conséquence, M. Penard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

M. Depaul, à l'occasion du procès-verbal, revient sur les circonstances dans lesquelles les propositions qu'il avait formulées au sujet de la vaccination animale ont été votées par l'Académie. Il accuse M. Jules Guérin d'avoir prétendu que ces conclusions n'avaient pas été adoptées.

DISCUSSION

M. Jules Guérin. Je n'ai jamais dit que l'Académie n'avait pas voté les propositions qui se trouvent à la fin du rapport de M. Depaul. Mais je maintiens que ces propositions, qui étaient au nombre de trente-sept, n'étaient pas de vraies conclusions. Elles se bornaient à la constatation de certains faits expérimentaux que je ne mettais pas en doute, j'avais même pu y souscrire sans hésiter. Ce que j'ai combattu dans toute une série de discours, c'était l'esprit même du rapport et les tendances de M. Depaul, tendances qu'il n'a pas osé traduire sous forme de conclusions précises.

Quant à moi, j'avais présenté des conclusions qui répondaient à la demande du ministre.

Ces conclusions, les voici:

1° La vaccine animale présente, dans son évolution, sa marche, ses caractères. de très-grandes analogies, mais aussi quelques différences avec la vaccine humaine ou jennérienne; toutefois ces analogies n'impliquent pas nécessairement de la part de la vaccine animale une vertu préservatrice de la variole égale à celle de la vaccine jennérienne; le temps et l'expérience pourront seuls donner la solution définitive de cette question.

2° La vaccine humaine ou jennérienne, dont une longue et vaste expérience a sanctionné l'efficacité et les bienfaits, ne paraît susceptible de perdre ses propriétés que passagèrement et par suite d'un défaut de soin dans le choix du vaccin et de l'omission des règles d'une bonne vaccination, et les complications qui ont pu quelquefois, mais très-rarement, en altérer la pureté, peuvent être prévenues par une plus grande attention de la part des vaccinateurs.

3° En conséquence, l'Académie émet le vœu que la plus grande liberté soit laissée à la vaccine animale pour la démonstration de ses propriétés et de sa valeur, mais que cette liberté ne puisse, en aucun cas, s'exercer aux dépens de la vaccine humaine ou jennérienne, laquelle doit être maintenue en possession de la confiance de la science, du public et de l'Académie.

Ces conclusions étaient très-modérées, tellement modérées même que, du moment où la clôture de la discussion m'empêchait de les développer comme il aurait fallu, j'ai préféré les retirer et laisser voter seulement les propositions anodines de M. Depaul.

Mais, en entendant cette fois M. Hervieux demander l'établissement de services officiels de vaccine animale, je me suis étonné.

Ce n'est pas sur de nouveaux faits communiqués à l'Académie que le rapporteur s'est appuyé, car une seule communication relative à la vaccine animale se trouve citée dans son rapport, et elle lui est défavorable.

C'est donc sur des observations et des statistiques du dehors, étrangères à l'Académie, que M. Hervieux s'est basé. Eh bien! alors, il faut examiner tout l'ensemble des faits qui ont été signalés depuis la clôture de la discuscion de 1869. Or, je puis le dire dès à présent, et je le démontrerai bientôt, ces faits établissent l'infériorité de la vaccination animale, ils prouvent que j'avais raison de préférer le vaccin jennérien au vaccin de génisse; ils repoussent absolument les conclusions de M. Hervieux.

RAPPORTS

M. Devilliers, au nom de la commission d'hygiène de l'enfance, lit un rapport sur les travaux que cette commission a reçus pour le concours de 1880.

M. Bouis lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des eaux minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

COMMUNICATION

Alcaloïde toxique dans la salive humaine. — M. GAUTIER a trouvé dans la salive humaine normale une substance très-toxique, surtout pour les oiseaux qu'elle stupéfie profondément, substance soluble et non albumineuse dont l'activité résiste à une température de 100 degrés.

Elle est principalement formée d'un alcaloïde vénéneux à chloroplatinate et chloro-aurate solubles et cristallisables, et de la nature des alcaloïdes cadavériques, car l'extrait de la salive donne du bleu de Prusse avec le ferri-cyanure de potassium et un sel ferrique.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

II

Marc Barot enseigna, comme l'avait fait son père, l'anatomie et la chirurgie; il ne fut reçu qu'en 1641.

Jacques Le Lorrain, professeur, nommé en 1641, qui avait reçu Barot au doctorat, recueillit l'héritage des professeurs disparus. Il remplit les fonctions de vice-doyen jusqu'en 1655 et mourut deux ans plus tard.

Christophe Pillement, professeur en 1649, fut nommé doyen en 1655 par le duc régent Nicolas-François, nomination confirmée ensuite par Louis XIII, le 30 avril 1657. Charles IV, sans avoir égard à ces deux nominations, pourvut Jacques Mousin de l'office de doyen le 28 novembre 1662, comme vacant par la mort de Le Pois qui était mort trente ans auparavant. Toutefois Mousin ne fit aucun usage de ses lettres patentes; il ne parut pas à l'Université et laissa Pillement gérer paisiblement le décanat. Christophe Pillement professa, en même temps que Jacques Le Lorrain et Marc Barot. C'est à Pillement que nous devons l'histoire de la grossesse extra-utérine bien connue sous le nom de *Historia fœtus Mussipontani extra uterum in abdomine reperti et lapidescentis* (1659). Nous reviendrons plus longuement sur cette curieuse observation qui a exercé la sagacité de tous les médecins de l'époque. Une autre observation intéressante est celle de l'étudiant picard, Hubert Cavelle, qui mourut en 1628 après une maladie de quatre ans, inconnue aux médecins de l'époque. A l'ouverture du corps, la rate fut trouvée démesurément grosse, du poids de 10 livres; le foie n'était pas moindre. Notons en passant que les conseils de Charles Le Pois sur l'anatomie pathologique n'étaient pas oubliés, puisqu'on faisait à la Faculté les autopsies qu'il était possible de pratiquer.

C'est vers cette époque, en 1622, que se passait aussi un autre épisode moins glorieux pour le corps médical, dont un des membres les plus distingués eut pourtant la faiblesse de partager les préjugés de son siècle sur la sorcellerie. Voici de quoi il s'agissait: Demoiselle Élisabeth de Ranfaing, veuve de Dubois, prévôt d'Arche, avait fait vœu de chasteté. Un médecin de Remiremont, Charles Poirot, devint éperdument amoureux de la jeune veuve et mit en usage, pour obtenir sa main, tous les moyens que sa passion lui inspira. Élisabeth résista, mais bientôt elle dit et fit des choses si extraordinaires qu'on crut qu'elle était possédée par le démon. L'évêque de Toul consulta des médecins et des théologiens qui ne furent pas d'accord sur la nature du mal de demoiselle de Ranfaing; elle fut néanmoins exorcisée, mais sans succès, et elle ne récupéra la raison qu'après avoir fait plusieurs pèlerinages. « Elle était, dit le marquis de Beauvau dans ses Mémoires, possédée depuis plusieurs années, avec des contorsions épouvantables, le diable l'élevant quelquefois en l'air au milieu de l'Église, la tête en bas sans que ses jupes se renversassent. » L'état de la jeune veuve fut attribué aux maléfices de son amant; accusé de sorcellerie, le malheureux médecin fut jugé, condamné et brûlé à Nancy le 2 avril 1622, pour ses maléfices, en compagnie d'une fille qu'on lui donnait pour complice. Le père Pithoys, minime champenois, s'était cependant prononcé ouvertement contre la possession d'Élisabeth; il priait Dieu de lui envoyer le diable au corps s'il était vrai qu'elle fût possédée. Et, chose étrange, ce fut un médecin, Remy Pichard, écuyer, conseiller et médecin ordinaire du duc, qui réfuta le minime et entraîna la conviction des juges dans un écrit « sur l'admirable vertu des saints exorcismes sur les princes d'enfer possédant réellement vertueuse damoiselle Élisabeth, avec ses justifications contre les ignorances et calomnies de F. Claude Pithoys, minime ».

Jacques Le Lorrain et Marc Barot étant venus à succomber (1657-1679), la Faculté de médecine ne fut plus représentée que par un seul professeur, son doyen, Christophe Pillement. Mais l'enseignement de l'anatomie et de la chirurgie ne devait pas longtemps être abandonné. Nicolas Guébin demanda en 1680 la permission d'enseigner et l'obtint du recteur. Il fut nommé par le roi professeur en médecine le 11 juin 1681. On lui donna le titre de professeur d'anatomie comme succédant à Marc Barot. Malgré cela, tout semble encore désorganisé; les formalités pour les examens sont à peine remplies et l'intendant Charuel s'en plaint. Il est ordonné aux Facultés de médecine de présenter leurs statuts au Conseil d'État (1687). Par le procès-verbal dressé à ce sujet par Christophe Pillement et Nicolas Guébin, ils avouent que depuis les guerres continuelles ils se sont contentés d'examiner les candidats sans leur faire soutenir d'actes publics. Aussi plus tard la cour « ordonna à la Faculté de tenir ses registres en meilleur état et d'y faire registrer les lettres de récipiendaires dans leurs dates de suite ».

En vain les deux professeurs, qui restent debout sur toutes ces ruines, réclament-ils une quatrième chaire, qui ne fut jamais accordée; on n'écoute pas leurs réclamations, et Pillement meurt (1691) sur ces entrefaites, laissant pour la troisième fois à un seul professeur le fardeau de l'enseignement médical et de la direction de la Faculté.

Guébin, professeur d'anatomie et de chirurgie, fut nommé doyen en 1692. Jacques Le Lorrain, mort en 1657, ne fut remplacé qu'en 1692 par son fils, aussi nommé Jacques Le Lorrain, qui se démit en 1719 et mourut en 1721.

Pour la première fois la chaire, laissée vacante par la mort de Pillement, fut mise au concours en 1697. Guillaume Pacquotte se présenta seul et fut nommé le 18 juillet 1698.

Après le traité de Ryswick conclu le 30 octobre 1697, le duc Léopold, rendu à la liberté, s'occupa de son Université et chercha notamment à relever l'éclat de l'enseignement de l'anatomie et de la chirurgie, afin de débarrasser le pays de tous les charlatans qui l'exploitaient alors. Le contrôle exercé par son premier chirurgien ne pouvant suffire à prévenir tous les abus, il promulgua l'établissement d'une chaire de chirurgie à l'Université de Pont-à-Mousson, dont la surveillance exercée par des professeurs éprouvés et vieillis dans l'enseignement serait plus efficace. Mais Léopold ne laissa pas à la Faculté le soin de recruter son nouveau collègue, comme elle l'aurait fait sans doute, par la voie du concours, ainsi que précédemment pour la chaire de Pillement. Léopold dédoubla la chaire d'anatomie et de chirurgie et nomma à cette chaire de chirurgie son premier chirurgien, Eustache Malissain. Mais celui ci n'était point docteur. Ce ne fut pas un grand obstacle. Comme préliminaire à cette nomination, Léopold avait adressé, au commencement de l'année 1707, une lettre de cachet à la Faculté de médecine pour lui signifier d'avoir à conférer le doctorat sans formalités ni examens audit sieur Eustache Malissain. Cet abus de pouvoir, assez souvent renouvelé dans la suite, avait provoqué des réclamations énergiques de la part des professeurs, et à cette occa-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juin 1881.

sion Pacquotte avait eu de vives contestations avec les Jésuites. Tout cela ne fut pas apaisé par l'édit du 18 février qui créait pour Malissain la chaire de chirurgie. Mais, dans les premiers mois de l'année suivante, ce nouveau professeur donna sa démission, et, pour qu'aucun élément étranger ne s'introduisît à l'avenir dans la Faculté de médecine, Pacquotte acheta cette charge afin de succéder aux droits de son titulaire, et redevint professeur d'anatomie et de chirurgie. Il était en même temps démonstrateur de botanique. La première et unique année d'enseignement de Malissain fut cependant fructueuse: elle fut close par un acte imposant présidé par le nouveau professeur entouré de l'élite de ses élèves. Le sujet de la thèse des aspirants au diplôme de chirurgie était celui-ci : « On propose si la chirurgie est d'une nécessité essentielle à la conservation de la santé. » Cette thèse était établie par six propositions que prouvèrent les élèves distingués du cours de chirurgie. On ne pouvait démontrer d'une manière plus péremptoire l'utilité de la mesure prise par Lèopold, que par cet acte brillant qui, malheureusement, ne se renouvela pas souvent. La cabale essaya bientôt et réussit à enlever à la Faculté de médecine le privilège d'examiner tous les chirurgiens du pays, et la charge de premier chirurgien du roi fut rétablie par lettres patentes du 27 juin 1711, au profit de Levoyer, avec lequel Pacquotte dut s'arranger. Malgré cet arrangement, des conflits ne tardèrent pas à éclater et inaugurèrent des démêlés qui devaient plus tard continuer avec le Collège de médecine, démêlés qui ne devaient finir qu'avec la translation de la Faculté de médecine à Nancy.

Les professeurs cependant ne manquaient plus à la Faculté; un brevet de démonstrateur d'anatomie avait été délivré en 1720 à Denis Rivard, habile lithotomiste, qui, logé par la ville, recevait de celle-ci une somme de 300 francs de gages pour ses opérations de la taille, et un traitement de 900 francs du souverain. Après la mort de Rivard, Laurent, chirurgien, fut nommé professeur d'anatomie à sa place, sans le titre de chirurgien ordinaire pour la taille, mais avec le traitement de 300 francs également payé par la ville. La rivalité qui régnait à cette époque entre le premier chirurgien du roi, le Collège royal de médecine de Nancy, et la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson, ne permettait pas à celle-ci de s'endormir. On sentit la nécessité de revenir à la belle institution, si tôt renversée, de Léopold en 1707. Stanislas inspira en 1762 au Conseil d'État un arrêt qui rétablissait dans la Faculté la chaire de chirurgie et réglait de nouveau la réception des chirurgiens. L'année suivante, un acte solennel de chirurgie eut lieu sous la présidence du professeur Jadelot, comme cela avait eu lieu en 1709. Plusieurs aspirants en chirurgie soutinrent une thèse publique.

C'est vers la fin du dix-septième siècle que florissait un chirurgien lorrain qui fit beaucoup parler de lui, Pierre Alliot, et que parut le traité sur le cancer publié par son fils, Jean-Baptiste Alliot. Pierre Alliot était un médecin né à Bar, qui avait déjà publié à Pont-à-Mousson en 1663 une thèse de médecine *de motu sanguinis et de morbis ex aere, præsertim ex arthride.* Il annonça un nouveau traitement du cancer apparent (celui qu'Hippocrate combattait par le feu, tandis qu'il recommandait de ne pas toucher au cancer occulte, *Aphorisme* 38, *section* VI); Pierre Alliot annonçait un moyen moins cruel que le feu. Il fut appelé à Paris par Nicolas-François, duc de Lorraine, à l'occasion d'une maladie du prince Ferdinand son fils. Alliot s'acquitta si heureusement de sa mission qu'il prit faveur à la cour de Lorraine. Le duc Charles IV le fit son médecin ordinaire, et il l'envoya en France pour traiter la reine Anne d'Autriche, mère de Louis XIV, qui était atteinte d'un cancer. La reine, découragée par les douleurs que lui faisait éprouver le consomptif d'Alliot, renonça à s'en servir et se plaça en d'autres mains. Pierre Alliot, qui avait autant de savoir-faire que de savoir, ne fit pas connaître la composition du caustique qu'il avait inventé et dont il conserva le monopole. La formule probable en fut publiée par son fils ou son petit-fils; elle est, on le pense bien, extraordinairement compliquée et comporte les manipulations les plus excentriques. Ce qui est certain, c'est que le topique que Pierre Alliot substituait au fer et au feu pour guérir le cancer était une préparation arsenicale sous forme pulvérulente. Alliot détruisait les parties cancéreuses par une ou par plusieurs applications de cette poudre dont l'action, disait-il, ne produisait pas des douleurs plus vives que celles de la maladie. La reine, mère de Louis XIV, n'était pas de cet avis, comme on l'a vu plus haut.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1881.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	17	13	3	33
2e	12	22	2	36
3e	20	28	6	54
4e	21	32	11	64
5e	25	25	10	60
6e	19	26	6	51
7e	19	19	4	42
8e	3	17	2	22
9e	18	25	4	47
10e	29	30	8	67
11e	56	78	20	154
12e	17	34	11	62
13e	35	47	7	89
14e	34	52	22	108
15e	36	35	20	91
16e	12	6	4	22
17e	35	57	20	112
18e	37	51	6	94
19e	16	34	12	62
20e	45	71	26	142
	506	702	204	1412

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	98
Croup	42
Coqueluche	8
Corps étranger de l'œsophage	1
B. — Asthme	30
Affections du cœur	54
Bronchites aiguës et chroniques	58
Pleuro-pneumonie	58
Congestion pulmonaire	10
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	108
Choléra	2
Cholérine	15
Dysentérie	2
Athrepsie	5
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	58
Hernie étranglée	13
Rétention d'urine	21
Orchite	2
D. — Métrite. Métro-péritonite	21
Métrorrhagie	35
Fausse couche	52
Accouchement. Délivrance.	117
E. — Affections cérébrales. Paralysies	69
Convulsions. Éclampsie	57
Névralgie	34
Névroses	69
Épilepsie	18
Aliénation mentale	6
Alcoolisme, delirium tremens	19
Tétanos	1
Hydrophobie	1
F. — Rhumatisme	20
Affections éruptives	33
Fièvre intermittente	2
Fièvre typhoïde	20
Hémorrhagies de causes internes et externes	64
G. — Plaies, contusions	85
Fractures, luxations, entorses	36
Brûlures	4
Empoisonnements	10
Asphyxie par le charbon	6
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin	44
Total	1412

La moyenne des visites par nuit est de 15 1/2. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 15 6/10.

Visites du deuxième trimestre de 1880 . . .	1,421
Visites du deuxième trimestre de 1881 . . .	1,412
Différence en moins.	9

Les hommes entrent dans la proportion de 36 p. 100 ;
Les femmes — — 50 —
Les enfants — — 14 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 19 juillet 1881 la chaire d'anatomie générale et histologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— La question écrite donnée au concours de clinicat chirurgical a eu pour sujet : De la muqueuse du pharynx ; — polypes du pharynx. La question écrite du concours de clinicat ophthalmologique a eu pour sujet : Anatomie et physiologie du corps thyroïde.

— Le prix de la Société des sauveteurs de la Seine a été décerné, dans la séance générale annuelle de dimanche, à MM. les docteurs Perrier et Passant.

— *École de médecine de Reims.* — M. Lévêque (Paul), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

— *École de médecine de Tours.* — M. Herpin (Octave), suppléant de clinique chirurgicale, est chargé, du 1er juin 1881 à la fin de l'année scolaire, du cours de clinique externe à ladite école.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine. Embryologie, tissus et systèmes, par L. Cadiat, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome second. 1 vol. in-8°, avec 279 figures dessinées par l'auteur. — Prix : 15 francs. — Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8°, avec 489 figures intercalées dans le texte : 28 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la crise et des symptômes critiques de la fièvre pneumonique, par le docteur Roche. In-8° avec 4 tableaux. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude bibliographique et clinique des injections intra-utérines, par T. Becour. In-8°. — Prix : 1 fr. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11471.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémoptysies pendant la grossesse.

Que la grossesse prédispose aux hémoptysies, quand il existe d'ailleurs d'autres causes pour provoquer la congestion et l'hémorrhagie pulmonaires, on ne saurait le contester.

Mais l'existence d'hémoptysies exclusivement gravidiques, ne se rattachant qu'à l'état de parturition, restait encore à établir par des observations précises.

C'est ce qu'a voulu faire M. Nutte dans une thèse toute récente.

Parmi les quatre observations qu'il a rassemblées dans ce mémoire, il en est une principale, développée avec assez de détails pour pouvoir paraître probante, et qui avait été recueillie à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Geneviève, dans le service de M. le docteur Siredey.

Il s'agissait d'une femme qui, dans l'état de grossesse, avait été prise, pour la première fois, de crachements de sang opiniâtres, se renouvelant presque chaque jour, sans qu'il fût possible de découvrir aucune lésion pulmonaire, aucune explication plausible pour ces hémorrhagies tenaces.

En désespoir de cause, on en était réduit à supposer que la grossesse devait être incriminée seule.

Mais, à propos de cette malade, M. Siredey avait eu soin de faire les plus expresses réserves, et de montrer par un exemple combien il faut être prudent dans ces questions d'étiologie.

« Une dame de sa clientèle », rapporte M. Nutte, « ordinairement bien portante et n'ayant pas d'antécédents suspects dans sa famille, eut, pendant le cours de sa grossesse, plusieurs hémoptysies assez abondantes. L'auscultation ne révéla aucun signe morbide ; la percussion donna toujours une sonorité normale. Cette dame accoucha heureusement à terme. Cinq mois plus tard elle succombait aux suites d'une tuberculose pulmonaire. »

Ces réserves si sages de M. Siredey, et cet exemple de sa pratique, *qui ne peut que fortifier les doutes*, se trouvent également relatés dans une note encore plus récente, à propos de cette même malade dont l'observation fait la base de la thèse de M. Nutte.

Mais ce qu'il convient d'ajouter aux renseignements donnés jusqu'ici, c'est que la malade en question, actuellement traitée dans le service de M. Laboulbène, présente encore, trois mois après son accouchement, et sans nouvelle imprégnation, les mêmes hémoptysies.

Il est donc aujourd'hui certain que M. Siredey avait bien raison de ne point accepter d'emblée comme évident le diagnostic qui paraissait probable. Du moment où, l'état gravide ayant cessé depuis longtemps, les hémorrhagies se reproduisent néanmoins, on ne peut les mettre sur son compte. Elles ne sont donc point gravidiques.

Un diagnostic par exclusion, avant l'accouchement, avait pu conduire à supposer qu'elles devaient l'être. Aujourd'hui cette explication manque à son tour.

De quelle nature sont-elles?

L'auscultation et la percussion continuent toujours à donner des résultats complètement négatifs en ce qui touche les poumons. La poitrine est partout sonore, la respiration est partout normale, sans expiration prolongée, sans écho de la toux, sans résonnance exagérée de la voix, sans rien qui trahisse une lésion quelconque. Or, après tant de mois, la tuberculose, si elle était réellement en jeu, se révélerait sans doute par des signes physiques.

On en est donc réduit à procéder ici comme toutes les fois qu'il s'agit de faits nouveaux et isolés. Il faut s'appliquer à en recueillir les moindres éléments sans parti pris, sans opinion formulée d'avance. La comparaison avec d'autres faits, qui ne manqueront pas d'être recueillis une fois l'attention attirée sur ce point, fixera plus tard le diagnostic.

L'histoire de cette femme présente certaines particularités qui peuvent avoir leur importance.

Vers l'époque de la guerre prussienne, étant très-jeune, car elle n'a encore que vingt-huit ans, elle partit pour l'Angleterre, où elle passa trois ans comme domestique chez lord S... On y avait à discrétion, à l'office, pendant les repas, de très-bonne bière qui était brassée dans la maison même, et elle en buvait beaucoup, dit-elle.

Elle s'y portait bien; mais, presque aussitôt après son retour, elle commença à éprouver toute une série de malaises qui n'ont jamais cessé depuis lors. Elle devint sujette aux maux d'estomac, ressentant habituellement à la région épigastrique une douleur plus ou moins vive, soit spontanée, soit éveillée ou exaspérée par la pression. Cette douleur répond dans le dos, entre les épaules, vers la sixième vertèbre dorsale. Des maux de reins, parfois portés au point

de rendre la marche très-pénible, sont également devenus fréquents. Souvent il existe des nausées. Presque chaque matin cette femme, en se levant, au moment où elle pose les pieds par terre, vomit une certaine quantité d'un liquide filant. Le début de ces pituites remonte bien, dit-elle, à son retour en France. Et c'est à peu près vers la même époque qu'elle cessa d'être menstruée régulièrement. Depuis lors les intervalles entre les règles ont souvent été de deux mois, sans compter une interruption de quatre mois entiers, qui eut lieu au printemps de l'année dernière, peu de temps avant que cette femme fût atteinte d'une fièvre typhoïde; mais alors elle était mariée.

Son caractère avait changé. Elle était devenue de plus en plus impressionnable, de plus en plus irritable. Sa mémoire, encore excellente, avait des *trous* pour ainsi dire, c'est-à-dire que certaines choses lui échappaient complètement sans qu'elle en pût retrouver la trace dans son esprit, tandis qu'elle conservait très-bien le souvenir d'autres faits qui s'étaient passés vers la même époque.

Elle se sentait parfois oppressée, particulièrement les jours d'orage, et il lui semblait quelquefois alors que sa poitrine était serrée comme dans un étau. Elle se trouvait très-fatiguée le matin en s'éveillant, beaucoup plus qu'elle ne l'était après une journée de travail. Elle n'avait d'ailleurs jamais eu de crises de nerfs ni de perte de connaissance antérieurement à sa grossesse.

Cette grossesse, datant du mois d'août de l'année dernière, succédait à une maladie qui avait duré plus de deux mois et qui était, paraît-il, une fièvre typhoïde compliquée d'accidents pulmonaires, puis suivie de bronchite aiguë.

Peu de temps après, le mari de cette femme l'abandonnait, et elle entrait comme infirmière à Lariboisière.

Dans le mois de septembre, elle perdit successivement son père, qui fut brûlé vif dans un incendie en voulant secourir une des victimes, sa mère, qui mourut de douleur huit jours après; un peu plus tard, une de ses sœurs se tua par accident.

Tous ces malheurs, arrivés coup sur coup, la rendaient de plus en plus triste, de plus en plus sombre. Les crampes d'estomac devinrent, suivant ses expressions, *plus affreuses que jamais;* elle eut pendant la nuit des rêves effrayants, des cauchemars si pénibles qu'une fois éveillée elle en tremblait encore et craignait de se rendormir. En dehors de ces circonstances, sans cause morale, sans rien qui l'effrayât, elle eut dès lors quelquefois, surtout quand le temps était orageux ou allait changer, des tremblements de tout le corps, particulièrement des mains, qui ne ressemblaient en rien à des frissonnements, mais aux tremblements généraux que l'orage cause souvent chez les alcooliques. « Je tremble, dit-elle, comme si j'avais commis un crime. »

Au commencement de janvier, la malade en était au cinquième mois de sa grossesse, quand, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise d'abord de dyspnée, puis, le second jour, d'hémoptysies. Ces hémoptysies se renouvelèrent depuis lors tous les jours, et le plus souvent deux fois par jour, jusqu'à l'accouchement. L'auscultation ne révéla jamais que quelques râles sonores au début, et plus tard quelques râles humides dus à la présence du sang dans les bronches. Les notes de M. Comby et de M. Nutte sur cette période de l'observation donnent en détail les renseignements que nous résumons en quelques mots.

Après l'accouchement, qui se fit, naturellement, le 11 mai, les hémoptysies parurent se calmer. Il y eut d'abord une suspension de deux jours, puis une reprise avec dyspnée et fièvre, qui dura quatre jours, puis une nouvelle suspension qui, cette fois, se prolongea assez longtemps pour que la malade, considérée comme guérie, pût être envoyée au Vésinet dans la seconde semaine de juin.

Mais elle n'y resta pas longtemps avant de voir ses hémoptysies se renouveler de plus belle chaque matin. Au bout de quelques jours, elle fut renvoyée du Vésinet avec le conseil de rentrer dans un hôpital. Elle alla d'abord chez une de ses sœurs, où elle passa deux semaines. Là, elle se trouva mieux; elle n'y eut en tout que trois hémoptysies; elle souffrait moins de l'estomac. Elle espéra pouvoir se remettre au travail comme cuisinière. Mais elle ne put rester que trois jours chez ses nouveaux maîtres. Les hémoptysies reprenaient toute leur ancienne intensité, et cette femme, qui, déjà, étant au Vésinet, avait eu une perte de connaissance, était tombée deux fois dans la rue.

Le 10 juillet, elle se fit recevoir à la Charité, où elle occupe le n° 22 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le professeur Laboulbène.

Ce savant maître l'a reconnue comme étant le sujet d'une thèse qui avait été soutenue devant lui; il l'a mise en observation et a bien voulu nous la signaler.

En effet, c'est là un problème des plus difficiles à résoudre. Chaque jour, depuis son entrée, cette malade, en toussant, crache un peu de sang rouge; elle se plaint d'oppression, de rêves effrayants; elle ne peut pas dormir autrement qu'assise dans son lit. Or le murmure vésiculaire est tout à fait normal, aucun râle humide ou sonore ne se fait entendre à l'auscultation, la poitrine résonne à merveille quand on la percute.

Il ne s'agit plus maintenant de grossesse; mais, depuis plus de deux mois que l'accouchement a eu lieu, les règles n'ont pas reparu. Nous avons vu qu'antérieurement déjà, depuis le retour d'Angleterre, il y avait eu des troubles dans la menstruation.

Ces troubles sont-ils pour quelque chose dans les hémoptysies? Cela paraît d'autant moins probable que les hémoptysies ont eu lieu également durant la grossesse.

Et d'ailleurs les hémorrhagies que l'on peut rattacher à la menstruation sont celles qui se produisent à des époques fixes et que l'on peut regarder comme supplémentaires, tandis que celles dont il s'agit sont quotidiennes ou biquotidiennes.

On ne peut pas dire, à proprement parler, que cette femme soit hystérique, bien qu'elle ait perdu connaissance fréquemment pendant sa grossesse et trois fois encore depuis l'accouchement. Elle n'a pas d'attaques convulsives, pas d'accès de pleurs ou de rires forcés, bien qu'elle soit très-impressionnable. Elle n'a jamais ressenti la boule hystérique, les serrements de la gorge et tout cet ensemble de névralgies caractéristiques si bien décrites par M. Briquet.

On ne trouve d'anesthésie cutanée ni du côté droit ni du côté gauche. Mais du côté gauche on remarque une hyperesthésie spéciale des tissus situés sous la peau, hyperesthésie sur laquelle nous allons avoir à revenir.

Le caractère morose, l'humeur triste, sombre, taciturne, que la malade dit avoir eus dans les premiers mois de sa grossesse, s'expliquent tout naturellement par les chagrins et les malheurs qu'elle a éprouvés à cette époque.

Mettons à part les douleurs d'estomac, les vomissements bilieux du matin, qui remontent à plusieurs années, la susceptibilité croissante aux influences atmosphériques, jus-

qu'aux tremblements de tout le corps à certains jours ; les rêves effrayants, la mémoire *à trous,* et plus particulièrement encore, avec des névralgies diverses, l'hyperesthésie douloureuse de certains muscles du côté gauche.

Parmi les muscles affectés ainsi, nous citerons les pectoraux, le grand dentelé, le grand dorsal, le deltoïde.

Pour le deltoïde, la chose est très-claire, car une pression très-faible y produit de la douleur, tandis qu'une pression beaucoup plus forte, soit un peu plus haut, sur le trapèze, soit un peu plus bas, sur le biceps ou les autres muscles du bras, ne fait naître aucune sensation pénible. Pour les pectoraux et le long dorsal, il est également facile de s'assurer que ce sont bien eux qui sont en cause. Si, en effet, on saisit leurs tendons à pleine main, alors que, s'isolant, ils forment la paroi antérieure et la paroi postérieure de l'aisselle, la malade accuse à ce niveau une sensation aussi douloureuse que lorsqu'on presse également sur le corps de ces muscles au niveau du thorax. En pinçant au-dessus de ces régions hyperesthésiées un pli de la peau soulevé avec soin, de manière que les tissus sous-jacents ne subissent aucune pression, on constate que la douleur ainsi produite n'est pas plus vive que de l'autre côté du corps.

Ainsi certains muscles aboutissant dans le voisinage de l'articulation scapulo-humérale sont hyperesthésiés, indépendamment de la peau qui les recouvre. Il reste, en outre, de la névralgie dans plusieurs des nerfs intercostaux et une sensibilité très-vive à la région épigastrique,

Cette épigastralgie est déjà très-ancienne, et l'hyperesthésie des muscles en question n'est pas récente, car elle remonte au moins à plusieurs mois.

Sur le conseil de M. Laboulbène, nous allons mettre en parallèle un autre malade du même service, dont l'histoire présente quelques analogies à certains points de vue.

Alcoolisme chronique, hyperesthésie douloureuse de plusieurs muscles.

Le 20 juillet dernier, est entré dans le service de M. Laboulbène, salle Saint-Michel, n° 8, un homme de vingt-trois ans, cuisinier, depuis longtemps alcoolique, et qui a déjà été traité pendant six semaines, à la Pitié, pour un accès de delirium tremens, vers la fin de l'année dernière.

Cet homme est malade depuis une semaine. Dans la soirée du 15 juillet, étant chez le marchand de vins, il a été pris d'une hémorrhagie nasale très-abondante, à l'occasion de laquelle on lui a mis sur le front des linges imbibés d'eau froide. Il est rentré chez lui frissonnant; le lendemain matin il toussait, et il s'est senti si abattu qu'il n'a pu se remettre au travail. Ce jour-là, il a encore perdu beaucoup de sang par le nez. Continuant à tousser un peu, se trouvant faible, éprouvant des douleurs dans les mollets et vers le côté droit de la poitrine, il a fini par se décider à se faire soigner à l'hôpital.

Il raconte que, depuis longtemps, il a des rêves effrayants qui le réveillent en sursaut. Il souffre de l'estomac; il vomit le matin des matières glaireuses dès qu'il pose les pieds à terre.

Chez lui le tremblement des mains est continuel; mais il s'accentue bien davantage et tout le corps en est secoué lorsque le temps est orageux. Il s'y joint alors un certain degré de malaise, de l'oppression, un sentiment pénible de constriction.

Le caractère est devenu de plus en plus impressionnable, irritable, colère. La mémoire est très-capricieuse.

En un mot, on retrouve ici presque tous les traits du tableau de l'alcoolisme confirmé sous la forme de *trémulence parétique à redoublements* (1).

Mais celui de ces traits, indiqués par nous en 1877, sur lequel nous voulons tout particulièrement revenir aujourd'hui, c'est l'hyperesthésie douloureuse de certains groupes de muscles.

Cet homme se plaint de souffrir du côté droit de la poitrine. Cette douleur est habituelle; elle devient quelquefois extrêmement violente, surtout les jours d'orage.

En procédant comme nous l'avons dit pour la malade précédente, on voit qu'elle siège principalement dans les pectoraux, le grand dorsal, le grand dentelé, le deltoïde et le trapèze. Une pression même modérée sur un point quelconque de ces muscles ou de leurs tendons est très-péniblement ressentie. Les muscles du bras et de l'avant-bras ne sont nullement affectés.

Remarquons qu'ici le trapèze est hyperesthésié comme les muscles voisins; il ne l'est pas chez la malade dont nous avons parlé plus haut. Mais cette distribution de l'hyperesthésie n'est pas d'une très-grande importance.

Cependant, des observations que nous avons rassemblées jusqu'ici, on peut conclure que le deltoïde est un des muscles sur lesquels porte le plus souvent l'action hyperesthésiante de l'alcoolisme chronique; puis viennent les muscles qui s'insèrent dans le voisinage, ceux du thorax et ceux du bras.

Ordinairement l'hyperesthésie est unilatérale, portant, à ce qu'il semble, indifféremment, soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche.

Mais nous ne pouvons ici qu'indiquer ce que nous développerons bientôt dans un nouveau mémoire spécial.

Avant d'en finir avec ce malade, notons que, à ce qu'il raconte, il est très-sujet aux hémorrhagies nasales, il mouche un peu de sang presque tous les jours, et parfois il en perd beaucoup, particulièrement quand il a bu plus que de coutume.

Nous parlerons vendredi prochain, d'après les notes que M. Hennequin, l'interne obligeant et zélé de M. le professeur Laboulbène, a bien voulu recueillir pour nous, et d'après les conversations de ce cher maître, de trois faits de fièvre typhoïde observés dans le même service, et intéressants tous les trois, chacun par quelque particularité digne de remarque.

Ascite idiopathique chez une jeune fille.

La *Gazette des hôpitaux* vient de publier successivement trois faits de ce genre. M. le docteur Paul Casaubon (d'Anduze) nous en communique un quatrième.

« Cette observation, dit-il, date déjà de près de quinze années; mais, à défaut de mes notes, elle serait toujours présente à ma mémoire, puisqu'elle a eu pour sujet la fille de l'un de mes bons clients et amis.

M. Ch... de B... (Ardèche) m'amena sa fille dont l'abdomen, depuis deux à trois mois environ, avait pris les dimensions qu'il acquiert d'ordinaire chez une femme à son huitième mois de grossesse. Seize ans, fluette, toute

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, année 1877, pages 617, 641, 683, 715, etc.

mignonne, habitant la campagne, ne se livrant à aucun travail pénible, aidant seulement sa mère dans la surveillance des travaux intérieurs de l'exploitation, Mlle Ch... a toujours été d'une bonne santé : elle a eu cependant de légers accidents de chlorose après quelques années passées à la pension.

Il y a donc deux à trois mois (la date ne peut m'être précisée), sans aucune cause appréciable, les règles continant à couler comme par le passé, toutes les fonctions s'exécutant à merveille sauf un léger ralentissement dans la sécrétion urinaire, Mlle Ch... a vu son ventre grossir et, dans quinze à vingt jours, arriver aux dimensions actuelles. Il y a eu ensuite une période pendant laquelle l'abdomen a paru s'affaisser et revenir presque à l'état normal : la malade se rappelle avoir eu alors des transpirations très-abondantes. Cela n'a pas duré, et peu à peu l'enflure revient aussi forte que jamais. Il n'y a aucun œdème des membres inférieurs ; les gencives, la muqueuse palpébrale, sont très-légèrement pâlies. Les forces sont normales ; la jeune fille peut faire d'assez longues promenades, ne se plaignant que par intervalles de ce poids, *de cet horrible ventre*, qu'elle est obligée de traîner partout avec elle (*sic*) ; pas de dyspnée ; souvent des envies d'uriner qui n'aboutissent pas ; quelques tiraillement dans les lombes ; pas de douleur dans les flancs. Avec cela, l'appétit est bon ; les digestions, en général, excellentes ; le caractère, vif et enjoué comme auparavant. Ma jeune malade, qui me connaît depuis plusieurs années et qui m'a vu à diverses reprises appelé, malgré la distance, auprès de ses parents souffrants, me déclare avec une familiarité enjouée qu'elle compte que je vais la débarrasser au plus tôt de cela.

L'estime toute particulière et bien justifiée en laquelle je tiens cette jeune personne, la rapidité d'apparition de la tumeur, sa disparition presque complète à un moment donné, la persistance des règles, me font *à priori* écarter toute idée de grossesse : je suis évidemment en présence d'une ascite. La palpation, la percussion, soigneusement appliquées, ne me laissent bientôt plus aucun doute à cet égard. J'ausculte minutieusement ; je ne trouve rien, absolument rien, — à peine un léger bruit de souffle, presque insaisissable. — Quelle est donc la cause de l'ascite ? la trouverons-nous plus tard dans une altération de l'un des organes renfermés dans la cavité abdominale ?

La jeune malade n'a voulu voir jusqu'à présent aucun médecin ; elle n'a donc suivi aucun traitement. Je ne cache pas au père mes craintes pour l'avenir ; je fais entrevoir la ponction palliative dans un temps peut-être peu éloigné : enfin je prescris le mélange suivant à prendre deux fois dans la journée :

Limaille de fer porphyrisée. . .	} āā	10 centigr.
Poudre de scille.		
Digitale.		5 —

Huit jours après que ce traitement eût été institué, la sécrétion urinaire s'était notablement accrue et l'abdomen avait déjà diminué sensiblement de volume. Je recommandai d'élever un peu les doses de scille et de digitale (30 centigrammes de l'une et 15 centigrammes de l'autre par jour), et, deux mois après, M. Ch... de B..., tout heureux, m'écrivait que son enfant, par suite d'une véritable débâcle urinaire, était complètement guérie, qu'elle avait repris sa fine taille d'autrefois (*sic*).

Mlle Ch... est restée deux ans encore auprès des siens. Elle s'est mariée alors et a vécu pendant près de trois ans sans enfants, mais avec une santé parfaite. Atteinte de fièvre typhoïde, elle a succombé, m'a-t-on écrit, au bout de quinze jours de maladie. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATION

Résection du genou. — M. BOECKEL (de Strasbourg) adresse un travail dans lequel il fait ressortir les avantages de cette opération, les bons résultats qu'elle donne, le peu de dangers qu'elle fait courir, la rapidité de la guérison, grâce au pansement de Lister. Il s'étonne qu'elle soit aussi rarement pratiquée en France.

M. DESPRÈS pense que, dans la plupart des cas, cette opération est inutile, et que l'immobilisation suffit pour guérir les malades chez lesquels on la trouve indiquée.

M. LEFORT fait observer qu'aujourd'hui cette opération est souvent pratiquée en France, et que c'est une erreur de la part de M. Bœckel de croire que les chirurgiens français ne la pratiquent que très-rarement.

LECTURES

Hystérectomie. — M. HORTELOUP lit un rapport sur la communication faite par M. Beauregard (du Havre) dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie. On se rappelle que la tumeur était implantée par un pédicule très-large et très-court ; M. le rapporteur, au lieu de traiter le pédicule comme l'a fait M. Beauregard, aurait préféré le lier avec un fil élastique et le réduire dans la cavité abdominale. M. Beauregard, dans cette intéressante observation, déclare que, dans tous ces cas, il considère la ponction comme indispensable pour établir le diagnostic. Tel n'est pas l'avis de M. Horteloup, qui pense que, dans bien des cas, le diagnostic peut être établi sans le secours de la ponction, qui, d'ailleurs, n'est pas sans danger ni sans inconvénient.

Sclérotomie. — M. GIRAUD-TEULON lit un rapport sur une note de M. Nicati, intitulée : *De la guérison du glaucome par la sclérotomie équatoriale transverse.* M. Nicati fait une ponction sous-conjonctivale ayant pour but de déterminer une hernie du corps vitré. La guérison du glaucome est assurée, dit M. Nicati, à la condition que la hernie du corps vitré persiste. M. Giraud-Teulon fait observer que cette opération n'est applicable qu'aux cas où l'œil est perdu, et qu'elle n'a pour effet que de calmer de vives douleurs en amenant le débridement d'une cavité trop distendue. On ne peut donc pas dire que c'est là un mode de guérison du glaucome, mais simplement une opération ayant pour but de combattre l'une des conséquences du glaucome.

M. LEFORT rappelle avoir, dans des cas de glaucome aigu, obtenu d'excellents résultats de la simple ponction de la sclérotique avec une aiguille à cataracte. Des malades, dont la vue était presque abolie, la recouvraient complètement à la suite de cette simple opération qui paraît, à M. Lefort, bien préférable à celle de M. Nicati.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1)

IV

Appareil pour le traitement de la coxalgie. (Fig. 19.) — Cet appareil a été construit en vue de maintenir solidement les surfa-

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 avril 1880.

ces articulaires en rapport, et afin de prévenir tout déplacement lorsque le malade atteint de coxalgie commence à marcher. Cet

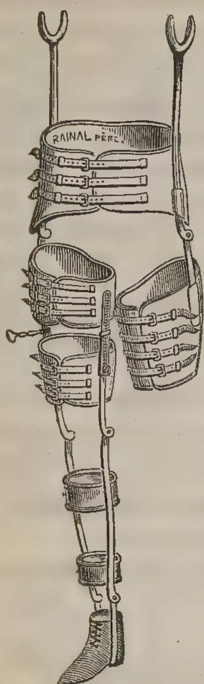


Fig. 19.

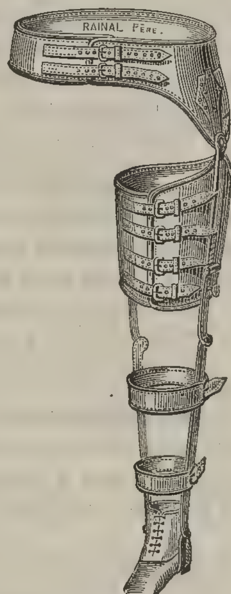


Fig. 20.

appareil est donc destiné à supporter le poids du corps pendant la station et, par suite, à épargner aux surfaces articulaires des pressions douloureuses.

Pseudarthrose coxo-fémorale. (Fig. 20.) — Cet appareil est applicable immédiatement après le traitement de la coxalgie. Il a pour but de diminuer la claudication.

Gouttière double de Bonnet. (Fig. 21.) — Cet appareil a pour but de maintenir le membre, ainsi que le fragment inférieur embrassant le bassin ou la partie correspondante du tronc, de manière à en assurer l'immobilité pendant les déplacements du corps en

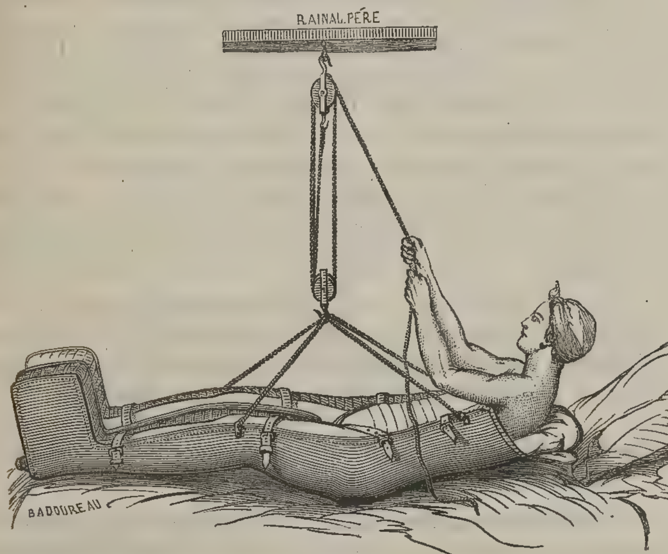


Fig. 21.

totalité. Dans les cas où l'on veut produire l'extension, nous adaptons un treuil à la partie inférieure de l'un des côtés de la gouttière; l'extension se produit graduellement en donnant un tour de clef à l'appareil.

Gouttière membre inférieur. (Fig. 22.) — Nous faisons tous les genres de gouttières, ainsi que les attelles coxo-fémorales en T, employées dans le traitement de la coxalgie.

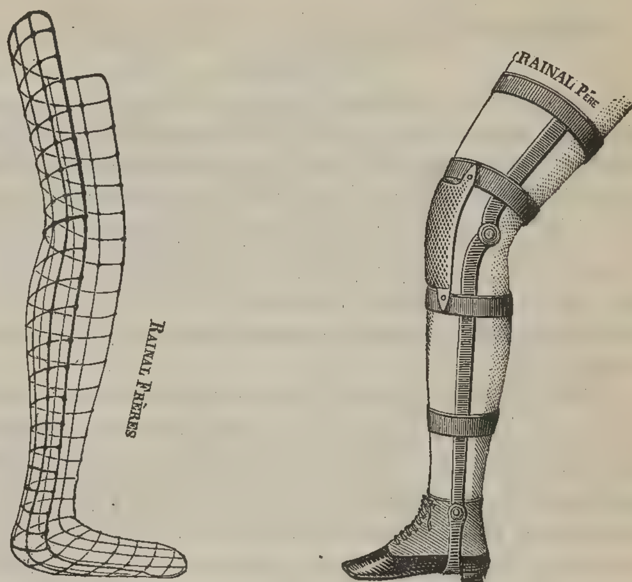


Fig. 22 et 23.

Appareil pour les fractures de la rotule mal consolidées. (Fig 23.) — Cet appareil est destiné à soutenir le membre pendant la marche; il a pour effet de s'opposer à la flexion spontanée de l'articulation du genou. C'est un appareil qui donne d'excellents résultats.

Appareil a engrenage pour l'ankylose fibreuse du genou. (Fig. 24.) — L'articulation du genou est munie d'une vis sans fin, mobile à l'aide d'une clef adaptée sur la surface externe de l'extrémité de

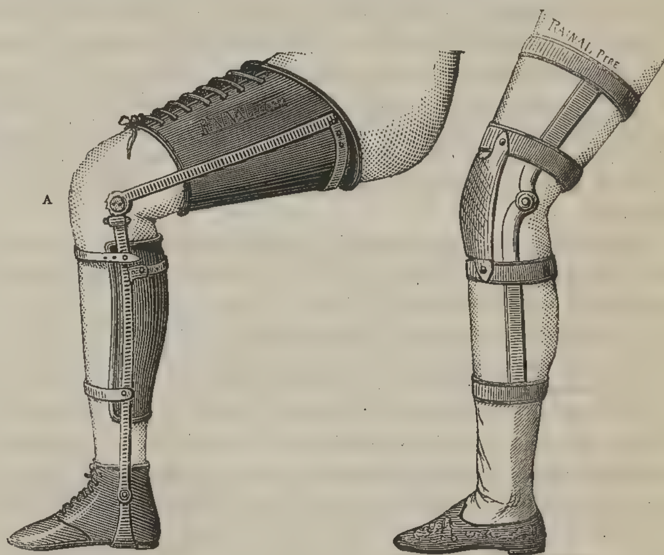


Fig. 24 et 25.

l'un des tuteurs, et mordant sur une roue dentée, A, fixée sur l'extrémité correspondante de l'autre tuteur. Avec cette clef, il est facile de régler progressivement et chaque jour la force de la traction pendant l'exercice du membre, qui se trouve en même temps soutenu et à l'abri de tout mouvement dangereux.

Appareil a force élastique pour la paralysie des muscles extenseurs de la jambe. (Fig. 25.) Le mécanisme de cet appareil repose sur l'emploi d'une forte bande de tissu en caoutchouc, tendu en avant du genou. Ce genre d'extension est préférable à celui obtenu par les ressorts à spirale employés anciennement.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale (1), par A.-S. Taylor, traduction de M. Coutagne.

Le 27 mai 1880, l'Angleterre perdait, en Taylor, un grand médecin légiste. Depuis 1844, où avait paru le *Manual of medical jurisprudence*, jusqu'à son lit de mort, où il publiait la dixième édition de son œuvre, toujours corrigée et tenue au courant de la science, Taylor avait consacré sa vie à la science médico-légale. Son œuvre était classique; un médecin expert près des tribunaux de Lyon, M. le docteur Coutagne, a voulu nous faire connaître l'œuvre de Taylor, et, grâce à son excellente traduction, tous les médecins français peuvent étudier le *Traité de médecine légale* du grand médecin anglais.

Si riche en observations de toutes sortes que soit le livre de Taylor, il y avait, pour le lecteur français, un moment d'hésitation à craindre, tant la législation anglaise diffère de la nôtre. Le traducteur ne s'y est pas mépris, et, dans une savante introduction, il nous initie à cette législation britannique. Grâce à lui, nous suivons avec le plus vif intérêt les routes de la justice anglaise, et nous nous retrouvons au milieu de ce monde nouveau pour un Français. Cette introduction n'était certes pas inutile: elle sert à éclairer bien des points du livre, qui, sans cette précaution, seraient demeurés moins nets pour un public français.

Ainsi guidés d'avance, nous pouvons avancer, et, dès les premiers pas, nous trouvons un chapitre d'une haute valeur. Il est intitulé de la Preuve médicale. L'auteur nous initie à la pratique de la médecine légale; il retrace les devoirs médicaux et médico-légaux; il dit le parti qu'on peut tirer des déclarations des mourants; il expose la manière d'examiner les cadavres, l'emploi des notes et la confection des rapports médico-légaux. Ce chapitre est du plus haut intérêt pratique; c'est un chapitre éminemment anglais dans le sens d'utilité pratique, et nous ne savons guère en France que les œuvres du docteur Legrand du Saulle pour rappeler cette préoccupation constante de mettre le médecin expert à même de remplir le plus correctement sa mission. C'est de la véritable déontologie.

Nous ne nous arrêterons pas au chapitre consacré à l'exercice même de la médecine légale: il s'agit de l'Angleterre; c'est donc pour nous une page d'histoire. Mais voici que le médecin reparaît lorsqu'il étudie les causes de mort, la mort subite et les signes de la mort.

Le deuxième livre est consacré à l'empoisonnement; le troisième, aux blessures; Taylor étudie ensuite l'asphyxie, puis les questions relatives à l'instinct sexuel, et enfin la folie.

Toujours au courant de ce qui se faisait non-seulement en Angleterre, mais dans tous les pays, le professeur Taylor a toujours rendu justice à ses confrères, et on verra la large part qu'il a faite dans son œuvre aux médecins français. Son livre considérable (il forme un volume de 936 pages) est riche de faits; on y peut puiser à pleines mains; les interprétations en sont quelquefois des plus curieuses pour l'observateur, et, si le fait scientifique est toujours rigoureux, il n'est pas sans intérêt de voir comment le même fait peut parfois se juger sous des lois diverses et sous des latitudes si rapprochées.

L'œuvre de Taylor n'est donc pas seulement des plus intéressantes au point de vue particulier de la médecine légale; c'est un livre qui fait penser et qui doit avoir sa place dans nos bibliothèques. M. Coutagne a rendu un véritable service aux Français en traduisant le livre de Taylor, et cette traduction mérite les plus grands éloges.

Douze ans en Algérie (2), par M. le docteur Bonnafont.

Au moment où tous les yeux sont tournés vers l'Algérie, voici un petit livre qui sera lu avec le plus vif intérêt. M. le docteur Bonnafont est un des rares médecins militaires qui sont descendus sur la terre algérienne au moment de la conquête. C'est l'histoire de cette glorieuse époque qu'il nous retrace, de 1830 à 1842. Impossible d'analyser ce livre, qui est l'histoire la plus attachante, la plus fournie de détails médicaux, militaires, humoristiques, qu'on puisse imaginer. M. Bonnafont n'est pas seulement un médecin très-instruit; il est de plus un fin conteur, un observateur distingué; il a vécu dans un milieu où il pouvait voir, et il a vu; sa touche est discrète: il reste, — ce qu'il a toujours été, — de la meilleure compagnie. Ses appréciations sur les hommes et les choses sont délicates, quelquefois sévères, mais toujours de bon goût et d'une courtoisie parfaite. Son livre est un livre *vécu*, comme disent certains critiques; les notes ont été prises au jour le jour. Et ce n'est pas un des moindres intérêts de cette publication que de voir les impressions de ce nouveau débarqué sur les mœurs, la religion, la nature de la nation algérienne.

M. Bonnafont nous promet une suite à ce premier livre: elle sera vivement désirée par ceux qui auront lu *Douze ans en Algérie*. Ils auront l'agréable surprise de voir toute la verdeur d'esprit d'un homme dont la vie laborieuse a conservé toute la force, et qui ne dépose sa plume que pour courir sous des cieux plus cléments et traverser toute l'Europe avec l'ardeur de la jeunesse.

Dans quel pays M. Bonnafont apprendra-t-il tout le bien que nous pensons et que nous disons ici de son livre?

Les bandages et les appareils à fractures (1), par M. le docteur J.-F. Guillemin, médecin principal de l'armée.

En 1875, M. le docteur Guillemin publiait, dans la collection diamant, un manuel de déligation chirurgicale. Ce manuel nous revient en deuxième édition; c'est dire, par son succès, ce qu'il vaut.

Divisé en deux parties, ce livre traite d'abord des bandages, puis des appareils à fractures.

Après des considérations préliminaires, l'auteur fait connaître les différentes pièces de linge employées dans la confection des bandages. Il entreprend ensuite la description des bandages spéciaux à chaque région (tête, cou, thorax, abdomen, bassin, membres supérieur et inférieur). Cette première partie se termine par la description de bandages divers et des écharpes.

La deuxième partie s'ouvre par des considérations générales sur les fractures. M. Guillemin étudie les différentes espèces d'appareils à fractures; il passe en revue les appareils contentifs ou immobilisants; puis il décrit les appareils particuliers à chaque espèce de fractures (fractures des membres supérieur et inférieur). L'auteur traite ensuite de la suspension appliquée au traitement des fractures des os de la tête et du tronc. Il expose l'histoire des appareils spécialement destinés au traitement des fractures compliquées. En sa qualité de médecin militaire, il n'oublie pas les appareils à fractures appropriés à la chirurgie du champ de bataille, les appareils improvisés. Il termine enfin son œuvre par l'étude des précautions à prendre pour relever, transporter et coucher les blessés atteints de fractures.

C'est, comme on le voit, un livre éminemment pratique: excellent livre à recommander et avec lequel on apprend l'art, peut-être un peu trop négligé aujourd'hui, de la déligation. L'auteur a dessiné avec soin les appareils qu'il décrit avec une grande clarté.

Manuel technique du brancardier (2), par M. le docteur E. Delorme.

M. Delorme est médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; il vient de fonder une *Revue de médecine militaire*, dont les deux premiers numéros parus sont des plus intéressants. Le travail de M. Guillemin nous a rappelé l'excellent petit manuel que M. Delorme a écrit pour l'éducation du brancardier.

C'est à Percy, une des gloires de la chirurgie militaire, qu'on

(1) In-8°. Prix: 15 fr. Paris, Germer Baillière.
(2) In-12. Prix: 3 fr. 50. Paris, E. Dentu.

(1) In-12 diamant. Prix: 6 francs. Paris, G. Masson.
(2) In-12. Paris, J. Dumaine.

doit l'idée de la création d'un corps de brancardiers. Ce corps a existé, et, s'il a disparu, on retrouve encore dans les collections de gravures la reproduction de l'uniforme de ce corps éminemment utile. Les brancardiers ont été acceptés par les pays étrangers, et, comme toujours, nous allons relever une idée que nous avions laissé tomber. On ne saurait donc trop applaudir à la pensée que M. Delorme a eue de tracer la règle de conduite du brancardier.

L'auteur ouvre son travail en jetant un coup d'œil sur les fonctions et l'organisation des brancardiers. Il trace le programme de leur instruction. D'abord, les notions générales, la disposition des gros vaisseaux ; puis les principales lésions qu'on rencontre sur le champ de bataille et les accidents les plus fréquents et les plus dangereux ; la mort apparente. Il fait connaître les moyens de transport, leur emploi ; il dit comme on doit exécuter les pansements sur les champs de bataille. Arrivant enfin aux détails, il passe en revue les diverses blessures des régions.

Quand le brancardier aura médité ce petit manuel, il rendra de véritables services.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les épreuves éliminatoires du concours de clinicat médical se sont terminées par l'admissibilité à l'épreuve définitive de MM. Clozel de Boyer, Decaisne, Jean et Josias.

— Le samedi 23 juillet 1881, à deux heures et demie, M. Gaston Vasseur soutiendra, dans la salle d'histoire naturelle de la Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour objet : Recherches géologiques sur les terrains tertiaires de la France occidentale.

Le même jour, à trois heures et demie, M. Monier soutiendra, dans la même salle de la Sorbonne, pour obtenir également le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : Mémoires sur les cestodes.

— Un cours d'ostéologie s'ouvrira sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, le 12 octobre prochain, à l'École pratique (ancien collège Rollin). — MM. les étudiants qui ont subi en juillet 1881 le premier examen de doctorat (nouveau régime) sont invités à se faire inscrire avant le 1er août prochain, au bureau du chef du matériel de l'École pratique.

— Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. le docteur Clozel de Boyer, qui vient de succomber dans l'espace de trois jours aux atteintes d'une angine couenneuse contractée à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11477.

N° 85. — MARDI 26 JUILLET 1881. 54e ANNÉE. MARDI 26 JUILLET 1881. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Du rhumatisme et de quelques-unes de ses manifestations.

Nous avons, dans nos salles, plusieurs malades atteints d'accidents rhumatismaux tenant les uns à une maladie déjà ancienne, les autres à une affection récente.

Au n° 37 de la salle Saint-Luc, est couché un homme qui présente un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'une vieille affection du cœur caractérisée par une insuffisance mitrale avec souffle systolique au premier temps. Le cœur est aussi, d'ancienne date, considérablement hypertrophié, comme toujours, du reste, dans le cas d'insuffisance mitrale. Cet homme a déjà eu antérieurement plusieurs atteintes de rhumatisme. Chez lui on ne constate aucune trace de péricardite.

Mais la partie délicate du diagnostic est de connaître l'ancienneté de l'hypertrophie du cœur.

Si, en général, il est facile de constater au début les accidents d'endocardite qui se déclarent chez les rhumatisants, il est difficile, au contraire, lorsque la lésion est ancienne, de reconnaître s'il survient des phénomènes nouveaux. La question est même à peu près insoluble la première fois que l'on procède à l'examen du malade.

Ici nous avons affaire à un homme cachectique, très-misérable, qui était probablement mal payé, mal nourri, mal logé, c'est-à-dire dans les conditions les plus mauvaises. Il était, à son arrivée, tellement couvert de taches de puce qu'elles simulent véritablement une sorte de purpura. Mais le siège qu'elles occupent, le tronc, aide à les différencier du purpura, dont le siège de prédilection se trouve sur les membres. Des taches aussi hémorrhagiques, produites par la morsure d'un insecte, témoignent déjà de l'état cachectique de notre malade, qui, de plus, a un peu d'œdème des membres inférieurs.

Cet homme a donc une insuffisance mitrale ancienne qui lui avait permis de continuer à travailler jusqu'au moment où une nouvelle attaque de rhumatisme l'a forcé à entrer à l'hôpital. Mais je ne crois pas qu'il ait quelque lésion nouvelle du cœur, son rhumatisme actuel étant fort peu aigu, fort peu fébrile.

Le malade du n° 18 a, lui aussi, un rhumatisme articulaire accompagné d'une lésion cardiaque qui remonte à une époque antérieure. Il a déjà eu autrefois plusieurs attaques de rhumatisme. La main et l'oreille appliquées successivement sur le cœur reconnaissent aisément les caractères d'un rétrécissement mitral ancien et d'une dilatation cardiaque droite : frémissement prolongé à la pointe et souffle très-prononcé.

Si l'insuffisance mitrale peut se reproduire du jour au lendemain, par contre, le rétrécissement mitral se fait lentement; il exige au moins plusieurs mois pour l'adhérence réciproque des bords valvulaires qui le caractérise.

On entend de plus sous le sternum, vers la base du cœur, un frottement un peu rude accompagnant la systole ventriculaire, frottement dont le timbre et le siège indiquent une péricardite.

Ainsi donc nous trouvons chez lui un rhumatisme articulaire récidivant avec rétrécissement mitral antérieur et péricardite ; j'ajouterai même que je ne serais nullement surpris qu'il y eût aussi de l'endocardite valvulaire, car j'entends difficilement, en l'auscultant, le second bruit ; mais jusqu'à présent ce n'est encore qu'une présomption, et je ne pourrai me prononcer avec certitude à ce sujet qu'après l'avoir suivi pendant plusieurs jours. Mais, comme la fièvre est modérée, que les accidents, en somme, n'ont pas une grande intensité, je pense pouvoir émettre un pronostic favorable. J'ai fait appliquer, pour combattre la péricardite, un vésicatoire sur la région précordiale.

Les deux autres malades, également atteints de rhumatisme, sont couchés l'un au n° 13 de la salle Saint-Luc, l'autre au n° 28 de la salle des femmes ou salle Sainte-Adélaïde ; ils présentent une forme assez insolite.

Le n° 13 a un faciès étrange, pâle, décoloré, amaigri et boursouflé; ses mains sont également enflées comme chez les albuminuriques. Mais cette bouffissure diffère cependant de celle que l'on observe chez les gens atteints d'albuminurie, en ce sens que l'on remarque chez lui un gonflement assez considérable des veines sous-cutanées. Quant aux membres inférieurs, l'œdème y est moins prononcé. Cet œdème serait-il la conséquence d'une gêne de la circulation ou d'une altération rénale? Nous ne trouvons pas d'albumine dans les urines, et les reins ne paraissent avoir aucune lésion. D'autre part, le cœur est sain ; on ne constate aucune gêne de la circulation centrale. Nous devons donc nous rejeter

sur la pensée d'une altération du sang, bien que la déglobulisation puisse suffire d'autant moins à expliquer la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités, que nous voyons des sujets aussi anémiques que possible sans aucune trace d'œdème. Il y a donc chez ce malade certainement quelque autre modification du sang. De plus, les articulations sont douloureuses, tuméfiées, sans rougeur cependant, et elles présentent une roideur qui en limite les mouvements.

Nous avons là un rhumatisme articulaire subaigu, sans fièvre, qu'on pourrait appeler à forme atonique.

Comme causes, nous ne trouvons aucun antécédent, nous ne trouvons ni impression de froid ni impression d'humidité. Cet homme est un menuisier qui travaille à un second étage dans un logement sec et parfaitement aéré. Mais ce que nous avons tiré des questions que nous lui avons faites, c'est que dans ces derniers temps, par besoin d'argent, il s'est surmené, il a travaillé au-delà de ses forces, et, sentant celles-ci défaillir, il a augmenté sa ration accoutumée d'alcool. Telles sont les seules raisons valables, surmènement et excès relatif de boissons, qui puissent nous expliquer l'état dans lequel il se trouve.

En effet, il est certain que les travaux excessifs amènent certaines maladies ou y prédisposent, selon les cas, et il suffit alors du moindre froid pour en provoquer le développement. Or, dans la saison des rhumatismes, rien d'étonnant qu'un travail excessif de ses articulations, joint à un surmènement nerveux, ait occasionné la maladie rhumatismale dont il est atteint, et qui se complique d'un état d'affaissement adynamique prononcé.

De plus, nous savons que le rhumatisme est l'une des affections les plus anémiantes. C'est pourquoi nous remarquons chez lui cette importance de l'infiltration œdémateuse que je vous signalais en commençant.

C'est une mauvaise forme du rhumatisme, fâcheuse par sa persistance, par la durée du traitement à suivre pour obtenir quelque bon résultat, enfin d'une guérison difficile et souvent incomplète.

C'est une de ces formes dans lesquelles la médication topique a peu de chances de succès et qui réclament un traitement général capable de remonter le ton de l'organisme par les ferrugineux, par exemple, tandis que le salicylate de soude diminuera les douleurs et facilitera le dégorgement des articulations. M. Vulpian regarde ce médicament comme favorable, surtout parce qu'il provoque un mode de vitalité spéciale dans les parties rhumatisées.

Dans ces rhumatismes adynamiques, le salicylate de soude doit être donné à dose d'autant plus modérée que, la maladie étant de longue durée, nous devons en prolonger l'usage. Dans le rhumatisme aigu, au contraire, où l'emploi du salicylate dure peu de temps, on doit l'administrer à doses élevées et croissantes.

Enfin, au n° 28, nous avons une malade chez laquelle les articulations ne présentent aucune lésion. Chez elle, nous constatons des sueurs abondantes, aux jambes surtout, bien qu'avec une fièvre très-modérée. La peau des membres inférieurs et supérieurs est d'un rouge vif, disposé par plaques et par points très-peu saillants, notamment sur les mains et sur les mollets, plaques caractéristiques d'un érythème papuleux.

L'érythème papuleux rhumatismal a été contesté ; il pourrait l'être également ici, les jointures étant restées saines. Cependant je crois aux affections rhumatismales sans manifestations articulaires, car on trouve tous les degrés possibles d'association de l'érythème papuleux ou noueux avec le rhumatisme franc, et l'on considère avec raison cet érythème comme une manifestation rhumatismale. On le trouve également avec un rhumatisme moins accentué, avec gonflement et épanchement articulaires, ou bien encore avec simple endolorissement des articulations ; enfin, on peut aussi le rencontrer, comme ici, absolument seul.

Vous voyez encore cet érythème s'accompagner d'embarras gastrique, comme le rhumatisme ; de plus, comme celui-ci, il apparaît à des époques spéciales qui sont identiquement les mêmes.

Quant au pronostic, nous dirons que, lorsque l'érythème est isolé, comme chez notre malade, il n'est généralement pas grave ; mais ce qu'il a de fâcheux, c'est qu'il est sujet à récidiver sous l'action du froid et à certaines époques saisonnières. Souvent il débute, à la suite d'un refroidissement, par un embarras gastrique, et ce n'est que quelques jours après que les plaques rouges apparaissent. Il est aussi plus fréquent chez les sujets lymphatiques.

Chez notre malade nous devons encore signaler une tendance aux fluxions cutanées ; c'est ainsi qu'elle a, dit-elle, souvent les mains rouges, violacées, bleuâtres.

Enfin j'ajouterai que, si le rhumatisme se manifeste un jour par une éruption de plaques érythémateuses, lors d'une seconde ou d'une troisième atteinte il peut revêtir une tout autre forme et se caractériser par des lésions articulaires ou par d'autres accidents qui ne seront toujours que des manifestations d'origine rhumatismale.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

I. Hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement, différences individuelles, mort soudaine ou phénomènes nuls. — II. Accidents puerpéraux.

I. Dans une de mes précédentes leçons, j'ai traité devant vous, au sujet d'une femme qui était entrée la veille dans le service, la question des déviations de la colonne vertébrale (voir le n° 7 de la *Gazette des hôpitaux,* du 18 janvier 1881). Je vous ai parlé notamment de cette déviation antéro-postérieure à laquelle on a donné le nom de cyphose, étudiant avec vous l'influence qu'elle pouvait avoir sur la conformation du bassin, sur son développement normal, sur les changements qu'elle amenait dans ses différentes dimensions, tous faits en rapport avec le siége même de la déviation du rachis. Enfin, je vous ai dit les conséquences qu'elle pouvait avoir sur la grossesse.

Vous montrant ensuite le squelette d'une cyphotique qui avait autrefois succombé à des accidents puerpéraux, je vous indiquais le point précis de la colonne vertébrale où la cyphose siégeait également chez la femme nouvellement entrée. Je vous disais aussi que sa cyphose dorso-lombaire occupait surtout la région dorsale, empiétant seulement un peu sur les premières vertèbres lombaires, et que les dimensions du diamètre transverse du bassin étaient à peu près normales. Enfin, j'ajoutais que la longueur des membres inférieurs, la brièveté du tronc et la petitesse de la tête la faisaient ressembler assez bien à une sorte d'échassier, et que l'utérus fortement développé en avant avait une tendance, par cause purement mécanique, à l'antéversion.

Cette femme, qui se disait enceinte de sept mois et demi

à huit mois, bien que sa grossesse nous parût plus avancée, est accouchée tout à coup avant-hier et est morte subitement, dans l'espace de vingt minutes, après sa délivrance.

Si je reviens aujourd'hui sur cette femme dont je vous avais ainsi entretenus il y a quelques jours, c'est que les accidents auxquels elle a succombé si brusquement méritent d'être comparés à des phénomènes identiquement semblables chez une autre femme, accouchée aussi ces jours-ci, qui, elle, a parfaitement résisté, bien que ces accidents aient présenté une tout autre intensité, une intensité que j'appellerai triple.

Voici les faits : notre cyphotique est donc accouchée subitement; l'accouchement spontané a été des plus simples. Au moment de la délivrance, une petite perte de sang a eu lieu, perte minime qui, bien qu'elle n'ait pas dépassé 400 grammes de sang, en y comprenant deux ou trois caillots pesant à peine 100 grammes, s'est trouvée chez elle transformée en un accident tellement grave que la mort a été pour ainsi dire immédiate.

Devant une mort aussi soudaine, aussi imprévue, nous devions nous demander si l'autopsie ne nous réservait pas la surprise de quelque lésion qui nous aurait échappé du vivant de cette femme.

Nous devons reconnaître que l'autopsie, faite avec le plus grand soin, ne nous a absolument rien appris et que tout était parfaitement normal. Le cœur était complètement vide de sang, ainsi que tout le système vasculaire. Et cependant, je le répète, de notre évaluation, il résulte que l'hémorrhagie fatale n'a pas dépassé, caillots compris, plus de 400 grammes de sang.

A quoi donc devons-nous attribuer la mort de cette pauvre femme, si ce n'est à ce qu'on appelle une idiosyncrasie, c'est-à-dire à une disposition particulière, spéciale, telle qu'un phénomène, qui n'aurait aucune action, aucune influence fâcheuse chez certaines individualités, acquiert chez d'autres une importance extrême pouvant entraîner la mort la plus inattendue?

C'est un fait que vous ne devez jamais oublier, car, si rare soit-il, il peut toujours se présenter, et vous devez toujours vous préoccuper des suites possibles d'une perte utérine consécutive à l'accouchement, quelque faible qu'elle soit.

Aussi je veux mettre comme pendant à celui-ci le fait d'une autre femme accouchée quarante-huit heures avant la précédente, après vingt-cinq heures de travail, à sept heures dix minutes du soir. C'était une primipare que vous avez retrouvée ce matin encore un peu pâle. Nous avons attendu en vain la délivrance pendant cinquante minutes, et, celle-ci ne pouvant être obtenue par une simple traction sur le cordon qui remontait profondément dans la cavité de l'utérus, nous avons trouvé des adhérences anomales du placenta telles que nous avons dû exercer des tentatives multiples pour arriver à le décoller.

Nous y sommes enfin parvenus, et la délivrance a pu être faite. Mais en même temps une perte notable s'est produite, une véritable hémorrhagie, cette fois, telle que le sang écoulé peut être évalué à un poids triple de celui qui a été perdu par la femme qui a succombé. De plus, il s'est fait une hémorrhagie interne, et notre accouchée, extrêmement faible, le pouls petit, s'est presque trouvée mal. Délivrée enfin, nous lui avons fait administrer du seigle ergoté, qui a arrêté immédiatement les accidents hémorrhagiques. Aujourd'hui, sauf une certaine pâleur, cette femme va bien, et tout nous fait augurer un bon rétablissement malgré la quantité de sang perdue.

Ces deux faits, que j'ai tenus à vous rapporter, présentent donc un contraste des plus frappants et montrent les différences individuelles que l'on est appelé à rencontrer dans la pratique des accouchements. Ils nous montrent encore combien est variable la quantité de sang perdue nécessaire pour déterminer la mort. C'est ainsi que j'ai vu des femmes perdre jusqu'à 1,500 grammes de sang, après l'accouchement, sans éprouver ni syncope, ni même la moindre défaillance, sans qu'il survienne aucun phénomène particulier, tandis que d'autres succombaient à la perte de sang la plus minime.

II. Au n° 30, nous avons une jeune fille, blonde, accouchée ces jours derniers, qui va très-mal, après avoir eu des hauts et des bas; son état général est des plus graves. Le pouls donne jusqu'à 140 pulsations à la minute, la fièvre est excessive; la température s'est élevée au-delà de 40 degrés. Le faciès est extrêmement altéré, la respiration est profondément troublée, non pas par des douleurs péritonéales qui, par leur intensité, rendent si souvent la respiration entrecoupée. Ici, il n'existe plus de douleurs abdominales, la malade ne souffre plus aujourd'hui du ventre, ce qui, pour moi, est un signe de haute gravité prouvant combien l'organisme est déjà altéré et la sensibilité modifiée à l'heure actuelle. Mais, du côté de la poitrine, du côté des organes respiratoires, il existe peut-être quelque chose, bien que nous n'ayons constaté encore que de la faiblesse du murmure vésiculaire. C'est pourquoi j'ai fait, en tout état de cause, appliquer deux vésicatoires, l'un à droite, l'autre à gauche de la poitrine.

Cette femme, atteinte d'accidents puerpéraux, est pour moi condamnée, malgré la diminution des plus notables, voire même l'absence presque absolue, de toute douleur abdominale. Ce signe d'une amélioration apparente est absolument trompeur, et il offre un contraste bien grand avec le faciès, l'aspect de la malade, son état général, la fièvre et la température élevée.

Dans ces cas graves, le pouls est généralement très-fréquent et s'élève assez rapidement à 140 pulsations. Cependant il est aussi des femmes qui meurent des mêmes accidents que notre malade actuelle avec un pouls qui ne marque que quatre-vingts ou quatre-vingt-dix battements par minute. Mais dans ces conditions il faut tenir compte de la médication qui a été employée, de l'influence du sulfate de quinine ou des potions d'aconit qui ont été administrés. Sous leur influence, le pouls a pu être ralenti d'une façon plus ou moins considérable, sans que la maladie ait pour cela subi aucun arrêt dans son évolution fatale.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

Des soins immédiats et consécutifs à la trachéotomie chez l'enfant.

Je veux vous parler des soins que l'on doit donner à l'enfant aussitôt après la trachéotomie et les jours suivants. Quant à l'opération, je vous conseille de la faire *ad libitum*. Pour moi, la trachée étant bien fixée, je fais une première incision de un centimètre et demi à deux centimètres au plus de longueur jusqu'à ce que j'arrive sur la trachée; puis,

celle-ci étant reconnue, je l'ouvre avec un bistouri boutonné, en ayant soin de plonger mon doigt aussitôt dans le tube aérien, — c'est ce que j'appelle l'opération au doigt, — afin d'empêcher le sang d'y pénétrer. Ensuite je passe le dilatateur, et j'assieds l'enfant; l'arrivée de l'air provoque de la toux, de l'expectoration, et, l'asphyxie diminuant, l'hémorrhagie s'arrête le plus souvent. On passe ensuite la canule, on l'attache avec soin en la fixant de manière qu'elle ne puisse ressortir d'elle-même dans les efforts que pourrait faire le malade; on nettoie l'enfant, et on lui met une cravate de tarlatane qui tamise l'air et lui permet d'arriver dans l'arbre aérien, doué d'une certaine température. On enveloppe l'enfant dans des linges chauds, et on le couche dans son lit.

Étudions maintenant quels sont les accidents qui peuvent survenir et les moyens d'y parer et de les enrayer.

Ce sont tout d'abord l'hémorrhagie, qui peut être très-abondante et le sang couler à flot, surtout si l'enfant est déjà grandet. Le sang peut tomber dans la trachée, étouffer l'enfant et le tuer. Le doigt dans la trachée, comme je vous le disais tout à l'heure, empêchera le sang d'y pénétrer; mais, outre le doigt de l'aide ou du chirurgien, vous avez encore la compression au bord de la plaie exercée par votre aide, les pinces hémostatiques pour saisir et tordre le vaisseau qui donne du sang, enfin une canule de gros calibre. En effet, si, une canule de moyen calibre étant placée dans la trachée, l'hémorrhagie continue, ce qui est assez rare, vous la remplacez par une plus grosse; et les bords de la plaie, que vous avez eu soin de faire petite, comme je vous l'indiquais en commençant, viennent s'appliquer contre elle; vous soulevez avec précaution le pavillon de la canule par une petite plaque d'amadou imbibée de perchlorure de fer. Ces derniers moyens suffisent presque toujours à arrêter l'écoulement du sang. Cependant, s'il continuait encore, vous auriez recours au perchlorure de fer à haute dose,

En dehors de l'hémorrhagie vous avez encore, comme accident possible, dont vous devez toujours prévenir la famille avant de commencer l'opération, la mort sous le couteau, soit par syncope, soit par une obstruction par des fausses membranes telle que l'enfant meurt asphyxié.

Vous avez aussi la mort apparente. Ceci me rappelle un petit enfant américain de neuf à dix ans qui habitait dans l'avenue du bois de Boulogne et qui resta dans l'état de mort apparente pendant une heure et demie. L'opération l'avait peu soulagé, à peine apercevait-on quelques oscillations du pouls, quelques ondulations du cœur, mais des plus faibles. En pareils cas la conduite à tenir est la suivante: flagellez l'enfant pour exciter la peau, excitez les nerfs de la face par des odeurs fortes, par la flagellation avec une serviette imbibée d'eau froide, pratiquez la respiration artificielle, non plus avec la bouche, ce qui ne présente aucun avantage et vous menace de contagion, mais avec un soufflet pour envoyer de l'air aux poumons. Emportez même sur vous, comme je le fais souvent, la poire à pulvériser ou insuffler de l'appareil de Richardson. Quant à l'électricité, c'est un moyen peu pratique, d'abord parce qu'on n'a pas toujours un appareil à sa disposition, ensuite parce qu'il faut savoir s'en servir, il faut électriser avec énergie le cœur et les parties latérales du cou.

Comme autres accidents, je vous citerai aussi l'emphysème des parties latérales de la plaie tenant au défaut de parallélisme des ouvertures des parties molles. Tout ce qui est emphysème reste borné, circonscrit aux parties immédiatement voisines; il n'y a pas lieu de s'en inquiéter outre mesure; mais, s'il pénètre profondément, il devient alors dangereux, car il peut atteindre le médiastin et déterminer la mort.

Enfin je dois vous parler de la perforation de la paroi postérieure de la trachée et de la pénétration mortelle des liquides de l'œsophage dans les voies aériennes. C'est là un accident qui est arrivé à tout le monde sans exception, et dont il faut toujours se préoccuper. On n'a pas toujours sur soi un bistouri fraîchement repassé, de telle sorte que, si la pointe est un peu émoussée, les tissus feront résistance; vous cherchez à inciser plus fortement, et il suffit que votre instrument se trouve arriver dans l'interstice de deux anneaux pour que la pointe pénètre plus profondément que vous ne le voudriez et traverse la trachée de part en part.

C'est pour ce motif que je repousse le procédé en un temps de mon ami, M. de Saint-Germain, qui le pratique cependant toujours si heureusement, mais aussi, il faut bien le dire, qui a un arsenal chirurgical toujours prêt à être utilisé.

Cet accident est un de ceux auxquels il n'y a aucun remède.

L'opération étant faite et le malade ayant échappé à tous les accidents immédiats, il s'agit de parer aux accidents consécutifs éloignés. Il faut tout d'abord veiller à une bonne installation de la cravate, à ce que la canule soit convenablement attachée, que le pavillon ne soit pas très-mobile.

Il faut s'assurer que la personne qui doit garder l'opéré sache retirer et replacer la canule interne. C'est ainsi que j'ai vu un enfant sur le point de succomber parce que le médecin de garde ignorait absolument, malgré ses années, les petites manœuvres nécessaires pour retirer la canule et par suite n'osait pas y toucher; celle-ci s'était peu à peu obstruée par les fausses membranes et l'enfant s'asphyxiait.

Dès que l'enfant a été opéré, il ne faut pas le laisser reposer, ni céder, pendant les deux premières heures qui suivent l'opération, au sommeil qui tend à l'envahir; il faut lui parler, l'exciter un peu, lui donner de l'alcool, du café, car, s'il s'endormait trop tôt, il courrait grand risque de s'asphyxier. Vous nourrirez ensuite l'enfant par une alimentation substantielle, vous le forcerez à manger, s'il s'y refuse. Il est de ces petits êtres qui ont une dysphagie, une répugnance pour tous les aliments, un refus de déglutition tels que, si l'on ne parvenait à les maîtriser, ils succomberaient infailliblement.

Dans la chambre vous entretiendrez une douce température (17°), des pulvérisations phéniquées continues. Si, comme cela a lieu le plus souvent, l'enfant a été opéré dans la soirée, votre premier pansement aura lieu le lendemain, à votre visite du matin. Vous enlèverez la canule, vous toucherez légèrement la plaie avec du perchlorure de fer, de la teinture d'iode ou du nitrate d'argent, sans atteindre le conduit interne, sans tourmenter la plaie, mais en agissant surtout sur les bords, Vous laisserez l'enfant quelques instants, cinq ou six minutes pour la première fois, sans canule, selon que la respiration s'embarrassera plus ou moins vite.

C'est ainsi que, chaque jour, vous renouvellerez une fois votre pansement à une heure toujours la même. Vers le quatrième ou le cinquième jour, vous habituerez l'enfant à se passer plus longtemps de la canule; mais ceci est affaire de tâtonnement, car chez les uns la chose sera facile, tandis que chez d'autres, au contraire, vous êtes parfois forcé d'en continuer l'usage pendant des semaines, voire même des mois. Les deux ou trois premières

respirations sont bonnes, puis il se fait du tirage, l'enfant redemande sa canule; ne lui cédez que si l'asphyxie revient, et vous arriverez bientôt à gagner un quart d'heure, vingt minutes, etc. Vous apprendrez à la personne qui garde l'enfant à faire de même le soir, afin d'habituer peu à peu celui-ci à respirer sans canule. Enfin, vers le dixième ou le quinzième jour, le plus généralement, l'enfant arrive à pouvoir s'en passer.

Pendant la convalescence quelques accidents sont encore possibles. C'est ainsi qu'à l'auscultation vous trouverez certaines zones du poumon qui ne reçoivent pas d'air, tandis que le reste de l'organe respire librement; cela tient à des ramifications bronchiques qui sont encore embarrassées de mucosités. Vous observerez, dans cas, de la congestion pulmonaire ou de la broncho-pneumonie que vous combattrez par des ventouses sèches, par l'alcool, par le café, par la strychnine.

Tels sont les soins locaux et généraux dont vous devrez entourer l'enfant trachéotomisé, et parmi lesquels j'insiste surtout sur une bonne manipulation de la canule.

REVUE DE LA PRESSE

Flux menstruel par les reins chez une petite fille. — Le fait que nous rapportons aujourd'hui, bien que rentrant en partie dans les cas de puberté précoce, ne saurait être comparé cependant à aucune des deux observations publiées l'an dernier dans la *Gazette des hôpitaux* (1), où il s'agissait, dans l'une, d'une enfant réglée à trois ans, dans l'autre, d'une menstruation commençant dès l'âge de sept mois.

Il s'agit ici d'une petite fille de huit ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé. Cette enfant, aux cheveux noirs, était assez duvetée.

Elle était hermaphrodite, ou plutôt, l'hermaphrodisme nous paraissant des plus contestables dans l'espèce humaine, nous dirons que le clitoris était très-développé et le vagin imperforé. Le mont de Vénus était couvert de poils noirs très-longs et très-abondants. C'est à cet âge qu'elle fut prise de pissements de sang qui se répétaient tous les vingt-cinq jours et duraient chaque fois quatre ou cinq jours, simulant ainsi de véritables menstrues.

Ces hémorrhagies régulières étaient chaque fois précédées, accompagnées et suivies d'une fièvre fort vive. L'examen des urines décela la présence de beaucoup d'albumine. Cette albuminurie précédait, accompagnait et suivait aussi le flux menstruel; mais elle cédait assez promptement un ou deux jours après, de même que la fièvre, qui était très-intense.

Les accès mensuels devenant plus graves et plus intenses, cette petite fille a succombé. L'autopsie, qui eut très-probablement révélé quelque anomalie ou quelque malformation organique, n'a pu être faite. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Traitement par les injections d'ergotine de la paralysie du sphincter de l'anus après l'accouchement. — Une femme était, depuis quatre mois et à la suite de couches, atteinte d'une paralysie du sphincter de l'anus, telle qu'il y avait incontinence complète des matières fécales. Les différents moyens usités en pareils cas ayant été appliqués inutilement, M. le docteur Larger a eu l'idée de pratiquer une injection hypodermique contenant 1 gramme de la solution suivante :

Ergotine fraîche..........	1 gramme.
Eau distillée de laurier-cerise....	10 —

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1880, pages 635 et 1052.

Cette injection produisit une amélioration immédiate tout en donnant lieu à une douleur assez vive qui persista pendant une heure. Quarante-huit heures plus tard, M. Larger fit de nouvelles injections hypodermiques qui déterminèrent une nouvelle amélioration, et les douleurs consécutives à la petite opération furent moindres également. Enfin, après la cinquième injection, la malade était complètement guérie. (*Paris méd.*)

Coxalgie ancienne, section sous-cutanée du col du fémur. — A la suite d'une coxalgie de date très-ancienne, un jeune homme de vingt-trois ans vint consulter M. le docteur Servais (d'Anvers). Lorsqu'il était debout, il ne pouvait toucher le sol avec la pointe du pied gauche qu'en courbant fortement les reins et en imprimant une saillie énorme à la région fessière. La marche était difficile et des plus disgracieuses; aussi le malade demandait-il vivement qu'on améliorât sa situation.

M. le docteur Servais se décida alors à sectionner par la méthode sous-cutanée le col du fémur à un pouce au-dessus du grand trochanter. La section terminée, il plaça dans une bonne position physiologique le membre, qui se mouvait avec facilité dans toutes les directions, et l'enveloppa pendant cinq jours dans un appareil gypso-ouaté. Au bout de ce temps il enleva le pansement, et la traction américaine fut appliquée.

Pendant les vingt premiers jours tout marchait parfaitement bien, lorsque, le malade s'étant levé malgré la défense absolue qui lui en avait été faite, l'artère fémorale fut piquée par les bouts du fémur fraîchement sciés. Une hémorrhagie grave se produisit, et M. le docteur Servais dut lier l'artère au-dessous de l'arcade. L'hémorrhagie s'arrêta, mais le sang avait fusé au loin dans la cuisse et bientôt une inflammation se produisit. De larges incisions et le drainage parvinrent à arrêter cette phlogose dangereuse, et le malade fut sauvé.

L'opération pratiquée sur le fémur réussit parfaitement. Le malade, actuellement droit, marche sans claudication et sans appareil. La réunion des deux bouts de l'os scié est solide. (*Presse méd. belge.*)

De l'appendice caudal dans l'espèce humaine. — Cette question, déjà fort ancienne, se trouve soulevée de nouveau par la communication d'un médecin militaire d'Athènes qui eut l'occasion d'observer un jeune Grec portant à la région coccygienne un appendice long de 5 centimètres. Cet appendice, arrondi à son extrémité, n'était pas recouvert de poils; on sentait dans son intérieur, indistinctement il est vrai, deux portions osseuses qui paraissaient faire partie du sacrum et une troisième portion qui semblait indépendante des autres. La région sacrée était recouverte de chaque côté d'une zone étroite de poils bien développés.

Des faits de ce genre sont tellement rares dans la science que l'on pourrait presque dire que c'est le seul cas authentique d'appendice caudal contenant du tissu osseux. Il est vrai que les auteurs anciens prétendaient que de pareilles excroissances étaient tout simplement la continuation de la colonne vertébrale, et que, par suite, elles devaient toujours contenir des vertèbres rudimentaires. Mais il n'existait aucune observation concluante. En réalité, les queues observées dans l'espèce humaine étaient toujours dépourvues de tissu osseux.

M. Virchow rapporte, dans *Virchow's Archiv*, t. LXXIX, une autopsie faite dernièrement. Il s'agit d'un enfant qui portait un appendice long de 7 centimètres et demi, lequel, au dire des assistants, aurait remué à la suite de piqûres. Cette excroissance fut enlevée huit semaines après la naissance et placée au musée d'Oldenburg où elle se trouve encore.

Une coupe longitudinale permit de constater, au-dessous de la peau très-épaisse et très-dure, un amas de graisse blanchâtre, puis une sorte d'aponévrose, enfin un cordon central composé d'un tissu graisseux traversé par un certain nombre de fibrilles jaunâtres. Aucune trace de tissu osseux, cartilagineux ou musculaire. Le microscope a montré que les fibrilles jaunâtres étaient des artères à parois très-épaisses.

Ce dernier fait peut être considéré comme un exemple très-remarquable de queue charnue.

Nous rappellerons, à ce propos, que le même médecin, auteur de l'observation que nous avons rapportée en commençant, avait signalé la fréquence, anomale parmi ses compatriotes, du revêtement pileux de la région sacrée, et déjà M. Virchow avait fait remarquer combien ce fait était extraordinaire. Dans nos pays, en effet, il s'agit généralement, dans ces cas, de simples nævus pileux.

Il y aurait donc deux sortes de trichose sacro-coccygienne, comme d'appendice caudal. (*Gaz. hebd.*)

Extirpation totale de la vessie et de la prostate. — Les nombreuses expériences faites par le docteur Gluck (de Berlin) ont démontré à l'auteur que :

a) L'extirpation totale de la prostate ne peut être pratiquée sur le cadavre qu'après résection de la symphyse pubienne ;

b) L'extirpation totale de la vessie et de la prostate peut être tentée chez l'homme sans traverser le péritoine ;

c) L'abouchement des uretères et de l'urèthre peut être obtenu à l'aide d'un instrument spécial imaginé par l'auteur;

d) La mise en communication des uretères et du rectum n'a donné, chez les chiens, que de mauvais résultats ;

e) Au contraire, l'extirpation totale de la vessie et de la prostate avec fixation des uretères dans la plaie abdominale est très-bien supportée par les chiens, de même que l'accolement de la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale, avec incision ultérieure de cet organe creux. (*Gaz. méd.*)

Le Balantidium coli dans un cas de carcinome du rectum. — Le *Balantidium coli*, si commun dans le gros intestin du porc, a été observé pour la première fois chez l'homme par Malmsten, à Stockholm, en 1857, dans la dysentérie. Stieda le retrouva à Dorpat dans les déjections des typhiques, et, pendant un grand nombre d'années, cet infusoire parasite sembla limité aux régions scandinaves et à la Russie occidentale.

Mais, en 1875, Treille le découvrit dans la diarrhée de Cochinchine, et, en 1879, Baümler l'observa à Fribourg, en Brisgau, dans les selles d'une femme atteinte de cancer du rectum avec diarrhée persistant depuis trois ans. Enfin Graziadei a eu récemment l'occasion de le voir à Turin.

Ce parasite ne paraît pas jouer de rôle étiologique dans la diarrhée et la dysentérie ; mais il est probable qu'il contribue à entretenir l'état catarrhal de la muqueuse intestinale. Il est donc toujours utile d'en débarrasser les malades au moyen de lavements phéniqués ou quiniques. Quant aux solutions salicylées, elles n'ont pas la propriété de détruire ce parasite. (*Gaz. hebd.*)

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

III

Guébin, professeur d'anatomie et chirurgie et démonstrateur de botanique, donna sa démission en 1720 ; il mourut le 24 août de la même année. Sa chaire fut mise au concours. Callot, qui avait déjà soutenu deux thèses dans la Faculté pour se faire agréger (1714 et 1715), se présenta et eut Grandclas pour concurrent. Les deux thèses de Callot étaient sur le diabète et sur la médecine. Il a aussi écrit un traité manuscrit sur l'art de conserver la santé par l'usage convenable des choses dites *non naturelles*. On lui doit aussi une apologie de la médecine et diverses questions de déontologie médicale. Callot échoua à ce concours et resta conseiller médecin à la cour. Grandclas fut nommé. « Grandclas démontra, dit Buchoz, avec un zèle infatigable, non-seulement les plantes qui se trouvaient au jardin royal de Pont-à-Mousson, et qui étaient pour lors au nombre de 2,000, mais encore celles qui croissaient aux environs de la même ville. » Aux temps de décadence, le jardin fut bien négligé ; mais, paraît-il, les herborisations restèrent en honneur.

Guillaume Pacquotte, nommé doyen le 7 mars 1720, mourut le 28 août 1723. Il a laissé notamment une dissertation sur la maladie épidémique qui régnait dans le pays Messin et une dissertation sur les eaux minérales de Pont-à-Mousson. La source préconisée par Pacquotte sort, au milieu des vignes, du flanc de la montagne voisine. L'eau qu'elle fournit, avec assez peu d'abondance, teint les pierres qu'elle mouille d'une couleur rouge. Elle contient par litre 8g,20 de fer et 2g,10 de sulfate de magnésie. Ses propriétés laxatives sont encore actuellement fort appréciées par bon nombre de Mussipontains, qui ne manquent pas, aux premiers jours de mai, et dès le lever du soleil, d'aller faire un pèlerinage intéressé à la Fontaine-Rouge.

La mort de Pacquotte fournit l'occasion d'un nouveau concours. Joseph Jadelot fut nommé le 7 mai 1724, et Grandclas remplaça Pacquotte aux fonctions du décanat qu'il remplit pendant trente-quatre années ; il mourut le 15 juillet 1757. Grandclas a fait connaître les résultats de ses observations sur la température des divers points de la Lorraine, observations qui l'ont conduit à conclure que l'air de ce pays est généralement pur, mais humide (1). Le style de la dissertation de Grandclas est élégant et fleuri ; elle obtint beaucoup de succès.

Joseph Jadelot fut nommé doyen aussitôt après la mort de Grandclas, le 30 juillet 1757. Il conserva cette place jusqu'en 1768. A cette époque, il donna sa démission à cause de la translation de l'Université à Nancy. Il mourut un an après. Jean-André Tournai, professeur en 1758, qui, déjà en 1768, était pourvu pour obtenir la dignité de doyen, ne l'obtint qu'en mai 1769.

Un autre concours avait encore eu lieu à la Faculté à la mort de Christophe-Henri Le Lorrain, arrière-petit-fils de Jacques Le Lorrain, qui avait été nommé professeur en 1741 et était mort le 26 juillet 1755. Pierre Parisot l'emporta sur Joseph Morizot (d'Épinal), docteur de la Faculté de Montpellier, Nicolas-François-Henry de Lunéville, et Grandclas, fils du doyen. Pierre Parisot mourut le 13 juin 1763 ; son successeur, désigné par le concours, fut Jadelot fils. Ce fut le dernier concours pour les chaires de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson. On doit à N. Jadelot un certain nombre de publications sur la physiologie; sur les lois qui régissent la vie; sur la description d'un agneau sans tête; sur l'influence que peut exercer, pour la production des maladies aiguës et chroniques, la suppression de la transpiration insensible; sur les causes de la mort subite; sur la topographie médicale de Lorraine (publiée dans le premier volume des Mémoires de la Société royale de médecine de Paris, 1776); sur la pharmacopée des pauvres; sur les destinées de la médecine depuis son origine jusqu'à 1766, etc. Jadelot père ne voulut pas quitter la ville universitaire, en 1768, lorsque la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson fut transférée à Nancy. Son fils vint à Nancy et fut une des illustrations de la nouvelle Faculté qui, d'ailleurs, finit en 1792 par décret du 18 août supprimant toutes les institutions scientifiques.

A sa dissolution, la Faculté de Pont-à-Mousson, transférée à Nancy (1768), était ainsi composée : N. Jadelot (médecine pratique) ; Guillemin (pathologie générale, matière médicale et botanique) ; Nicolas (chimie) ; Antoine (suppléant d'anatomie) ; Lamouroux (chirurgie, prosecteur et démonstrateur d'anatomie) ; Villemet (démonstrateur de chimie) ; Tournay (secrétaire et receveur de la Faculté) ; Maurice et Duchêne (massiers de la Faculté).

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juillet 1881.

(1) Il y a longtemps qu'un poète latin, Ausone, a dit que les bords de la Moselle étaient le pays des brouillards et des rhumatismes.

En résumé, les doyens et vice-doyens de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson furent dans l'ordre chronologique; Charles Le Pois, Jacques Le Lorrain, Christophe Pillement, Nicolas Guébin, Guillaume Pacquotte, Maurice Grandclas, Joseph Jadelot, Jean-André Tournay.

Les professeurs et démonstrateurs d'anatomie et de chirurgie furent : Pierre Barot, Marc Barot, Nicolas Guébin, Eustache Malissain, Guillaume Pacquotte, Maurice Grandclas, Joseph Jadelot, Denis Rivard, Laurent.

Les professeurs de botanique et de pharmacie : Claude Haguenier, Pacquotte, Grandclas, Jadelot.

Il ne faut pas s'étonner de voir souvent les professeurs d'anatomie ou de chirurgie et les doyens faire aussi les démonstrations de botanique; c'est qu'à ces fonctions était attaché l'usufruit du vieux château et d'un vaste terrain voisin du jardin botanique. Le doyen se réservant ces avantages, les professeurs cherchaient à faire à leur tour les leçons de botanique.

Les privilèges et immunités dont jouissaient les professeurs (ainsi que tous les officiers de l'Université et leurs veuves) étaient considérables. Les professeurs de médecine étaient complètement affranchis des charges et impositions, des contributions extraordinaires, impôts de guerre et logements de soldats. Enfin, dans les cas litigieux, les professeurs, suppôts et élèves de l'Université n'étaient pas justiciables des mêmes tribunaux que les autres habitants de Pont-à-Mousson. On trouve dans les ordonnances de Lorraine les décrets qui déchargent les professeurs de droit et de médecine de l'impôt du dixième pot sur le vin qu'ils vendront au détail, des droits d'encavage, de la mouture des grains, de la banalité des fours, des travaux publics, des taxes analogues à la patente, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 juillet 1881, M. Daubrée, professeur de géologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, a été élevé à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour le clinicat ophthalmologique de la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer. M. le docteur Bellouard a été nommé chef de clinique titulaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés : 1° aides d'anatomie titulaires à la Faculté de médecine de Paris, pour une période de trois années à partir du 1er octobre 1881 : MM. Barette, Walther, Verchère, de la Personne, Leclerc, Pousson, Berne, Guinard.

2° Aides d'anatomie provisoires pour une année, à partir du 1er octobre 1881 : MM. Chaput, Clado, Tuffier, Damalis.

— Le mardi 26 juillet 1881, à deux heures, M. Carez soutiendra dans la salle d'histoire naturelle de la Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : Étude des terrains crétacés et tertiaires du nord de l'Espagne.

— M. le docteur Moreau (François-Armand), directeur-adjoint du laboratoire de physiologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Académie de médecine, a succombé, le 20 juillet 1881, à l'âge de cinquante-huit ans.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11477.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, ahémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée,* etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise,* et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques, les résultats ont toujours été remarquables; il en fut de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation... Nous préférons la forme de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement sup portée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur,* diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux & les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorur de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT; Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs JORET et HOMOLLE, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

Bonbons Tostain

Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boîte de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie TOSTAIN, 191, rue du Temple, Paris.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême).

GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

Nº 86. — JEUDI 28 JUILLET 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 28 JUILLET 1881. — Nº 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est la semaine prochaine que doit avoir lieu la séance annuelle de l'Académie, mais une séance peu solennelle, car aucun éloge d'académicien ne doit être lu par M. Béclard.

M. Gautier poursuit avec persévérance ses très-intéressantes études sur les principes toxiques contenus dans les venins de serpents. On savait depuis longtemps que ces venins agissaient proportionnellement à leur dose comme les poisons végétaux, et ne se multipliaient pas comme des ferments ou des microbes dans les liquides de l'économie. Tous les expérimentateurs étaient d'accord pour le reconnaître (1). Le sang d'animaux qui avaient succombé à une morsure de serpent, bien que paraissant altéré, comme il l'est du reste à la suite de divers empoisonnements proprement dits, n'avait pas acquis la propriété de causer la mort quand on l'inoculait; il en était de même de la salive et de diverses sécrétions. A ce point de vue donc, les venins de serpents différaient essentiellement du virus charbonneux et du virus rabique. On pouvait prévoir que la chimie arriverait à y reconnaître et à y séparer des principes actifs analogues aux poisons d'origine végétale. C'est, en effet, ce qui a lieu. Reste à savoir comment l'action toxique de ces poisons peut être annihilée. M. Gautier cherche dans cette voie, et il a déjà constaté que la potasse et la soude caustique en solution très-étendue, mélangées avec les venins, leur enlèvent leurs propriétés délétères.

Nous mentionnons pour mémoire une nouvelle démonstration expérimentale de l'incontestable efficacité des vaccinations préventives pratiquées par M. Pasteur contre les maladies charbonneuses.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Épilepsie symptomatique d'une tumeur cérébrale.

Je vais vous montrer un malade fort intéressant : c'est un homme de quarante-huit ans, sans antécédents de famille ni antécédents personnels; il n'est pas alcoolique, et son père a succombé, dit-il, à une congestion cérébrale. Les accidents dont il est atteint datent de douze ans, et le prennent qu'il soit assis ou couché, qu'il soit en train de travailler ou de manger, en un mot quel que soit l'acte auquel il se livre. Ils sont caractérisés par une absence, par la perte de conscience de soi, phénomène brusque, instantané, qui survient sans être précédé de quoi que ce soit. Cet homme reste ainsi quelques instants, une ou deux minutes à peine, quelquefois même moins, puis il revient à lui et continue l'action interrompue, travail ou autre, sans qu'il se souvienne de quoi que ce soit, sans qu'il ait en rien la notion de ce qui vient de se passer. Pendant tout le temps que dure cette absence, il se frotte d'abord les mains l'une contre l'autre, puis il frotte la main droite le long de la cuisse droite, et l'attaque se termine par une incontinence d'urine dont il n'a pas davantage conscience.

Ces accidents lui arrivent la nuit également, en dormant, ce dont sa femme s'aperçoit à certaine agitation de ses mains et aussi à l'humidité qui vient souiller draps et matelas.

Les attaques surviennent d'une manière très-irrégulière, se répétant tantôt deux ou trois fois dans une semaine, tantôt une seule fois dans un mois ou même dans l'espace de deux mois. Elles surviennent sans cause immédiate, sans qu'il sache pourquoi; il n'en a connaissance que par ce qu'on lui en dit et ne s'aperçoit qu'il est mouillé d'urine qu'après que l'attaque est passée. On lui a dit aussi que, pendant la durée de l'accès, sa figure pâlissait et ses yeux se retournaient.

Si, pendant ce temps, on lui parle, il n'entend rien. Enfin les attaques sont beaucoup plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois, et le pauvre homme, émailleur de son état, très-bon ouvrier, se fait renvoyer de toutes ses places par la crainte que, dans l'un de ses accès, il ne laisse tomber l'objet, souvent d'une grande valeur, qu'il tient dans ses mains, et ne le brise.

Dans l'intervalle des attaques, la force musculaire n'a subi aucune modification, mais l'intelligence et la mémoire sont assez notablement diminuées. La vue est très-bonne; par contre, cet homme est devenu sourd de l'oreille droite. Il se plaint de douleurs dans tout le côté droit de la tête, douleurs qui ne sont pas très-vives, mais qui siègent principalement autour de l'orbite et au niveau de la tempe droite. L'œil est agité pendant l'attaque de quelques mouvements convulsifs.

Nous sommes donc en présence d'attaques caractérisées par une absence momentanée des mouvements toujours les

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1875, page 717.

mêmes et la perte de conscience de soi-même et du monde extérieur. C'est une variété d'épilepsie, sans convulsions autres que certains mouvements oculaires, variété d'épilepsie que l'on a désignée sous les noms d'absence, de vertiges épileptiques et de petit mal.

Mais, dans ce petit mal, il y a plusieurs distinctions à faire quant aux phénomènes que présentent les malades. Ainsi, chez quelques-uns, il n'y a que de l'absence; l'individu s'interrompt tout à coup pendant quelques secondes, pour, s'il parlait par exemple, reprendre la phrase commencée au point même où il l'a laissée, sans s'apercevoir de cette interruption. Le phénomène se répète à des intervalles variés. Chez d'autres malades, c'est un étourdissement, un vertige instantané qui les force à s'arrêter, sans que le plus souvent les individus tombent; ordinairement ils font un mouvement comme s'ils allaient faire une chute, mais ils n'ont toujours nulle conscience d'eux-mêmes. Chez d'autres encore le fait est plus complexe et s'accompagne d'actes dont l'individu n'a pas conscience. Ainsi j'ai vu une jeune fille qui, pendant son absence, répétait constamment les mots : « Va-t'en, va-t'en. » Trousseau raconte l'histoire d'un magistrat de tribunal qui, de temps en temps, se trouvait pris de l'idée de sortir de la salle d'audience, allait dans la chambre du conseil, puis revenait, se rasseyait et continuait à écouter acte d'accusation ou plaidoiries. Si l'on s'informait de son éloignement momentané, il répondait, il affirmait qu'il n'avait pas bougé de son siège. Enfin, certain jour, on s'aperçut qu'à chacune de ses sorties il urinait inconsciemment sous lui dans la salle du conseil. Le même auteur raconte aussi le fait d'un ecclésiastique qui, de temps en temps, prononçait pendant une ou deux minutes des paroles dépourvues de sens, et qui, certain jour, alors qu'il encensait son évêque venu pour une cérémonie religieuse, se mit tout à coup à l'invectiver et à proférer contre lui les injures les plus grossières. Trousseau, consulté par ce prêtre qui, à la suite de cet acte, avait été interdit, reconnut qu'il était atteint aussi du petit mal épileptique, et que, pendant les attaques, ses actes étaient absolument inconscients.

Notre malade, lui aussi, a quelque chose de spécial dans ses attaques, qui se manifeste par les mouvements automatiques toujours les mêmes du frottement des mains, et il doit être considéré comme atteint également du petit mal.

En effet, l'instantanéité de l'attaque, l'inconscience de ce qui lui est arrivé, ainsi que tous les phénomènes qui la caractérisent, prouvent que cet homme est atteint de cette variété de l'épilepsie connue sous le nom d'absence.

Ces accidents ne sauraient se rattacher à ce que l'on a appelé le vertige auriculaire, malgré sa surdité, ni à quelque état athéromateux des artères cérébrales. Dans le vertige auriculaire, si les malades sont pris tout à coup d'étourdissements, s'ils voient les sièges ou leur lit se renverser ou la terre s'entr'ouvrir sous leurs pas, ils se trouvent jetés à terre par une violence irrésistible, se blessant plus ou moins grièvement dans leur chute, et, ce qui les distingue encore du petit mal épileptique, c'est qu'ils conservent la conscience de ce qui leur arrive, qu'ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux et qu'ils cherchent à résister à la force qui les renverse.

Quant au vertige athéromateux, les phénomènes sont également différents du petit mal; les étourdissements sont continus, les gens sont presque toujours titubants; ils tombent peu cependant, mais ils ont la conscience d'une chute possible; de plus, nulle instantanéité dans les accidents auxquels ils sont sujets; enfin ceux-ci s'accompagnent de lésions artérielles dans d'autres vaisseaux que les artères cérébrales, athéromes notamment des artères radiales, lésions aortiques, dégénérescence graisseuse du cœur.

Rien de tout cela n'existe chez notre malade, qui est bel et bien atteint d'absence de nature épileptique.

Mais il y a deux sortes d'épilepsie : l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale quelconque, distinction très-importante au point de vue de la thérapeutique à intervenir.

L'épilepsie symptomatique débute généralement à un certain âge, passé trente ou quarante ans, sans cause héréditaire, et certains médecins ont même été jusqu'à dire qu'à cet âge elle était toujours symptomatique; mais c'est aller beaucoup trop loin. L'attaque ne débute pas par un cri, par une aura, comme dans l'épilepsie idiopathique; elle ne laisse pas grandes traces après elle, pas de stertor, pas de période comateuse, peu ou point de convulsions, et celles-ci, quand elles existent, sont circonscrites à une région ou à un côté du corps.

L'épilepsie symptomatique est le résultat d'une affection cérébrale, d'une tumeur du cerveau, le plus souvent de nature syphilitique. Aussi, dans l'intervalle des attaques, trouve-t-on quelques phénomènes persistants : altération des sens, contractures d'un membre, douleurs céphaliques dans un point toujours le même, vomissements, etc., phénomènes que l'on n'observe pas dans l'épilepsie idiopathique.

Chez notre malade, nous avons la surdité à droite, les phénomènes oculaires à droite également; enfin le début de la maladie, vers l'âge de trente-six ans, sans antécédents héréditaires; et l'ensemble de ces faits nous porte à considérer son affection comme symptomatique d'une lésion cérébrale. Quant à la nature de la tumeur, la syphilis devant être écartée, nous sommes plus embarrassés pour nous prononcer. Quoi qu'il en soit, la thérapeutique doit avoir pour but, sinon de combattre le néoplasme et de guérir la maladie, tout au moins d'enrayer sa marche, et le médicament qui, dans ce cas, réussit le mieux, c'est le bromure de potassium à dose assez élevée, c'est-à-dire à 3, 4 et même 5 grammes. En même temps on applique un séton à la nuque.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Fracture de jambe, mort subite. — II. Pyoémie.

La mortalité n'a pas disparu de nos salles; nous avons perdu plusieurs de nos malades ces jours derniers, et nous allons en perdre certainement encore très-prochainement.

I. Hier même, l'un d'eux a succombé inopinément, d'une façon tout à fait imprévue. C'était un homme de soixante ans, fort, robuste, grand, qui était entré il y a deux mois et demi pour une fracture simple des deux os de la jambe. Celle-ci avait été soignée comme d'habitude, le membre mis dans une gouttière et couvert de compresses résolutives. Notre homme allait très-bien, il n'éprouvait aucun malaise, et je me demandais ces jours derniers pourquoi nous l'avions encore dans nos salles, pourquoi nous ne l'avions pas encore envoyé passer ses trois semaines à l'Asile de convalescence de Vincennes.

Un jour ou l'autre donc, il allait nous quitter, lorsque,

hier matin vers six heures, la surveillante, passant à son lit, lui trouva l'air un peu bizarre, un peu égaré, mais rien d'autre, pas une plainte, pas une douleur en quelque région que ce soit; il parlait comme d'habitude, et, seule, sa figure n'avait pas son air accoutumé. Il en était là lorsque, pendant la visite, on vient me dire que cet homme était mort. J'arrive aussitôt auprès de lui; la face était violette comme celle d'un individu asphyxié. La mort était survenue avec une telle soudaineté que je diagnostiquai une embolie.

Du reste, les embolies à la suite de fracture de jambe ne sont pas des faits rares; elles sont la conséquence de quelque thrombose des veines voisines de la lésion osseuse qui peut remonter jusqu'à la veine fémorale. De là ces œdèmes si communs qui accompagnent les fractures de la jambe. C'est alors que, soit dans un mouvement brusque, soit par un effort musculaire quelconque, l'un des caillots qui se sont formés dans l'une des veines inférieures, et qui sont peu adhérents, venant à se détacher, s'engage dans la veine fémorale, gagne la veine iliaque, puis, remontant dans la veine cave, arrive dans l'oreillette droite, de là dans le ventricule, et pénètre enfin dans l'artère pulmonaire qu'il obture, soit dans l'une de ses branches, soit à sa bifurcation en formant un éperon à cheval à ce niveau. De là, la mort subite comme dans l'asphyxie, et, lorsque vous faites l'autopsie de l'individu qui a succombé ainsi, vous trouvez généralement un caillot obturateur de l'artère pulmonaire ou de l'une de ses branches.

Ces faits, très-nets, sont le plus souvent d'un diagnostic facile. Mais ici, chez notre pauvre homme, il y avait une petite difficulté à justifier cette explication : c'est que, deux ou trois heures auparavant, sa figure avait exprimé un certain malaise, tandis que dans l'embolie l'accident est soudain, immédiat, et dure à peine une minute, sans qu'il y ait eu aucun phénomène précurseur.

Cependant cela n'est pas absolu, car il peut arriver parfois que les caillots se fragmentent, et que l'un de ces fragments, tout petit, se trouve entraîné, comme nous venons de le dire, dans le torrent circulatoire, occasionnant seulement quelque malaise jusqu'à ce qu'un fragment plus volumineux, s'engageant à son tour, détermine une véritable embolie et la mort. C'est ainsi que j'ai eu une malade qui a eu successivement dix ou douze embolies bénignes, lesquelles ont donné lieu seulement à des infarctus. J'ai vu le même fait se produire dans un cas de phlébite variqueuse.

L'autopsie du malade, qui est mort ainsi hier matin, a été faite avec le plus grand soin, et, à notre grande surprise, elle a été absolument négative. Tous les vaisseaux de la jambe étaient absolument sains, si ce n'est quelques petits caillots insignifiants dans les veines intra-musculaires au niveau de la fracture; l'ouverture de toutes les veines, ainsi que des artères pulmonaires n'a montré l'existence d'aucun caillot, le cœur était absolument vide. Le cerveau a été coupé tranche par tranche et n'a rien montré non plus de particulier; et j'en suis pour mon diagnostic d'embolie, bien qu'il n'y en eût pas d'autre à porter en pareille circonstance.

D'autre part, cet homme n'est pas mort de syncope, puisque la figure avait cette teinte asphyxique, violacée, dont je viens de vous parler.

Bien que les livres de médecine légale rapportent un certain nombre de cas de mort subite dans lesquels il y a eu doute complet sur l'origine de la mort, des faits pareils à celui que je viens de vous rapporter sont encore assez rares.

II. Le malade, auquel une amputation partielle de la langue a été pratiquée dernièrement pour un épithélioma de cet organe, allait très-bien, et je le comptais comme prochainement guéri, lorsqu'il a été pris de malaises généraux, en même temps qu'il se formait des rougeurs en différents points du corps, qu'il survenait de la fièvre, des frissons, un amaigrissement assez rapide; je diagnostiquai une pyoémie. Cet homme a succombé, et nous avons trouvé en effet à l'autopsie les lésions d'une septico-pyoémie, sans abcès métastatiques, ni infarctus ailleurs que dans le rein. Le pus était disséminé en différents points de la surface du corps, mais il n'en existait pas dans les viscères; ceux-ci étaient seulement congestionnés.

La pyoémie a disparu presque complètement du service; cette année nous n'en avons pas eu encore un seul cas, et c'est ce qui arrivera, du reste, partout où l'on voudra appliquer sérieusement la méthode antiseptique. On aura bien toujours quelques cas, mais ils seront de plus en plus rares, quelques cas tels que les plaies cavitaires à la suite d'opérations sur le rectum, le pharynx, les fosses nasales, etc., qui ne peuvent sûrement y échapper, en raison de certaines difficultés inhérentes, pour ainsi dire, au siège même de la plaie.

Quelques personnes ont dit que le traitement antiseptique n'empêchait pas la pyoémie, que celle-ci régnait un certain temps, puis disparaissait pour reparaître plus tard. Ceci est absolument faux. Elle ne règne plus endémiquement ni épidémiquement, mais elle existe toujours. Ce que l'on voit, c'est que, lorsque l'on opère sur des foyers pathologiques, des plaies contuses, des parties sphacélées, on détache des veines périphériques de petits caillots, d'où la possibilité d'accidents pyoémiques. Mais enfin ces phénomènes sont heureusement rares.

Une remarque particulière que je dois faire, ce sont les circonstances dans lesquelles j'ai eu une petite épidémie de quatre cas en 1879. Une malade entre dans le service, atteinte de mal perforant du pied, avec des phénomènes de pyoémie préexistant à son arrivée. Tandis qu'elle est dans le service, j'opère deux autres femmes de tumeurs du sein, dont l'une était très-peu volumineuse. Toutes deux sont prises à leur tour des mêmes accidents et succombent comme la première. Au même moment j'emmène en ville, comme aide, l'un de mes élèves pour une opération de tumeur du sein simple, et mon opérée, prise également des mêmes phénomènes de pyoémie, meurt aussi.

Cette affection existe donc. Sur ces quatre morts j'ai pu faire trois autopsies; une seule avait des abcès métastatiques, les deux autres présentaient seulement des foyers purulents dans le tissu cellulaire et dans quelques articulations.

III. Enfin, pour terminer ce nécrologe, je dois vous signaler encore la mort d'une femme qui a eu une fracture simple du bras, étant enceinte de sept mois. Elle est accouchée peu de temps après l'accident d'un enfant vivant, et a succombé quarante-huit heures après cet avortement, dans un état de stupeur des plus marqués, le ventre fortement ballonné, la température du corps abaissée à 36 degrés.

DE LA PÉRIOSTITE AIGUE

DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE CONSÉCUTIVE A DES INFLAMMATIONS DIVERSES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE, SEUL, SANS LÉSIONS DE L'OREILLE MOYENNE.

Par le docteur E. Ménière.

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion de rencontrer, dans ma pratique civile, plusieurs cas d'inflammation aiguë du périoste de la région mastoïdienne, survenant à la suite d'otite du conduit auditif externe, seul, sans maladie de l'oreille moyenne.

En parcourant les traités classiques de pathologie externe et les ouvrages spéciaux d'otologie, j'ai trouvé décrites, il est vrai, l'ostéo-périostite consécutive aux otites moyennes ou phlegmoneuses.

Mais les faits que j'ai observés ne sont pas dans les mêmes conditions et présentent certaines particularités dont il n'est pas question dans les ouvrages et qui me paraissent dignes de l'attention des chirurgiens.

Sur les neuf observations que je possède, je n'en donnerai que trois principales, chacune d'elles correspondant à des phases différentes.

Les voici aussi brèves, mais aussi complètes que possible.

I. — M. X..., trente-cinq ans, commis-voyageur, bonne santé habituelle, constitution solide, pas de diathèses apparentes, vient me demander conseil le 3 février, au neuvième jour de sa maladie.

Il a eu un abcès dans le conduit auditif externe gauche, qui s'est ouvert spontanément le sixième jour.

L'écoulement purulent n'est pas très-considérable; un peu de tuméfaction dans le conduit, à la portion moyenne et postérieure. Le tympan est grisâtre, épaissi, mais nullement perforé ; pas de traces d'inflammation de la caisse. L'audition a diminué.

Le malade se plaint de sentir une douleur sourde dans la région mastoïdienne depuis la veille. Au toucher, la douleur est presque insignifiante, et cependant il y a un peu de chaleur et d'empâtement de la région.

Je fis appliquer le soir même six sangsues derrière l'oreille et continuer l'emploi des bains d'oreilles avec eau de guimauve et de pavot, puis un purgatif, etc.

Le 13, un peu de rémission ; je fais continuer les bains d'oreille et j'ordonne, en outre, des frictions avec la pommade mercurielle et un large cataplasme pour recouvrir la région.

Le 14. L'empâtement augmente ; les douleurs sont un peu plus vives, plus profondes.

Le 16, même état, avec exacerbation des douleurs et augmentation de la rougeur, qui s'étend sur les parties environnantes. L'écoulement du pus par le conduit auditif continue.

Le 17. Les douleurs plus fortes irradiaient dans le côté gauche de la tête, surtout en haut. Au toucher, pas de fluctuation sensible, mais un empâtement considérable empêchant de sentir les contours de l'apophyse.

Je proposai une opération qui fut tout de suite acceptée.

Avec un fort bistouri, je fis sur l'apophyse mastoïde une incision de 5 centimètres comprenant les tissus, le périoste, et allant jusqu'à l'os.

Il s'écoula beaucoup de sang, mais pas une goutte de pus, visiblement du moins.

Après avoir introduit une mèche entre les lèvres de la plaie et l'avoir poussée jusqu'au fond, un large cataplasme fut appliqué.

Le soulagement fut notable et beaucoup plus accentué trois heures après.

Le 18, les symptômes inflammatoires s'amendèrent ; on changea la mèche deux fois par jour.

Dans les premiers jours de mars la cicatrisation était complète.

La suppuration de l'oreille fut traitée et guérie au bout de trois semaines. Il me fallut cautériser deux fois des bourgeons charnus situés au point où l'abcès s'était déclaré.

II. — M. X..., bonne constitution, habitant la province, me fut amené par ses parents au seizième jour d'une otite phlegmoneuse de moyenne intensité, ayant envahi le conduit auditif externe gauche à la suite d'un violent refroidissement.

Dès le premier examen, je constatai un gonflement assez considérable de l'oreille externe plus marqué en arrière à la partie moyenne. C'est là que le phlegmon avait pris naissance. La peau était rouge, tuméfiée et comme un peu déchiquetée.

Cependant, après avoir fait une injection d'eau tiède, je pus apercevoir le tympan, qui était gris plombé, fortement épaissi ; pas de trace de perforation, et, touché avec un stylet en baleine, il ne paraît pas plus sensible qu'à l'état normal.

Mais, en outre, le malade se plaint d'une douleur pesante dans la région mastoïdienne. L'empâtement et la rougeur sont manifestes ; il y a une tuméfaction qui gagne le voisinage, et il est à peine possible de sentir l'apophyse.

Tout le côté gauche de la tête est douloureux, et, lorsqu'on appuie avec le doigt, on augmente les douleurs, qui irradient jusqu'au cou. Impossible de trouver la moindre fluctuation, nette, caractéristique. Et cependant on serait porté à croire qu'il peut y avoir une petite collection purulente.

Je diagnostique une périostite simple et je propose de faire un débridement ; la famille me laissant libre d'agir, je pratiquai une incision de près de 5 centimètres allant jusqu'à l'os.

Quelques artérioles fournirent une assez grande quantité de sang, et tout de suite le soulagement fut marqué.

La plaie lavée à l'eau phéniquée, je plaçai une mèche allant jusqu'au fond de la plaie, et on recouvrit toute la région d'un vaste cataplasme.

Un traitement approprié fut institué, les douleurs disparurent, et vingt-un jours après la cicatrisation était complète.

Je vins à bout de l'otorrhée assez facilement.

III. — M. de B..., quinze ans, bonne santé et bonne constitution, me fut amené le 7 février 1878.

Depuis une huitaine de jours, il souffrait d'un abcès de l'oreille externe gauche, qui s'était ouvert la veille de sa visite chez moi.

L'écoulement était très-peu abondant. A l'examen otoscopique, je vois une solution de continuité d'aspect un peu grisâtre siégeant au niveau de la portion postéro-supérieure et moyenne du conduit.

Du côté du tympan, pas la moindre lésion, même coloration grisâtre, rien non plus du côté de l'oreille moyenne.

Le jeune malade n'accusait aucune douleur dans la région mastoïdienne, pas plus, du reste, que dans l'oreille externe.

Malgré ces signes négatifs, et instruit par l'expérience, je n'augurai pas bien de cette anfractuosité postérieure au niveau de la portion osseuse.

J'instituai un traitement en conséquence, tout en recommandant de grandes précautions.

Je n'avais que trop raison.

Le 10, on me fit appeler ; le jeune homme se plaignait de ressentir une douleur sourde, obscure, derrière l'oreille, irradiant par intermittences dans le côté gauche de la tête et le cou. Il y avait, en outre, de la rougeur et de l'empâtement.

Je fis immédiatement poser trois sangsues derrière l'oreille et faire des frictions mercurielles, craignant bien, malgré cela, de ne pas amener une résolution.

Le 11, les symptômes s'amendent un peu ; continuation du traitement antiphlogistique.

Le 14, je trouve une rougeur diffuse de la région ; douleurs plus pesantes et lancinantes ; tuméfaction très-marquée. Il n'y a rien d'anomal dans le conduit auditif externe ; un suintement se fait par l'ouverture postérieure, là où était primitivement l'abcès.

La mère paraissant alarmée en voyant ces symptômes et les douleurs violentes de l'enfant, j'appelai en consultation le médecin et le chirurgien de la famille, MM. J. Simon et Labbé.

Après examen et conférence, et quoique l'on ne sentît pas de fluctuation, il fut décidé, sur mes instances, qu'on ferait une incision sur l'apophyse mastoïde, comprenant tous les tissus jusqu'à l'os.

Nous chloroformisâmes l'enfant, et l'opération fut faite par M. Labbé. On ne ne trouva pas de pus.

Même traitement local et général que dans les autres cas. Au commencement du mois, la plaie était cicatrisée; à cette époque, il y avait au niveau de l'anfractuosité du conduit dont j'ai parlé deux bourgeons charnus, polypiformes, qui durent être cautérisés par moi avec vigueur, et, le 19 mars, la guérison était complète.

Comme je le disais au commencement de ce travail, beaucoup d'auteurs mentionnent l'ostéo-périostite parmi les complications de l'otite externe, surtout de l'otite moyenne; mais nulle part il n'est question de cette forme de périostite que je viens de décrire. Je n'ai pas la prétention n'avoir trouvé quelque chose de bien nouveau, mais, ayant été témoin plusieurs fois de faits semblables à ceux que j'ai décrits, il m'a paru utile de les énumérer et d'appeler là-dessus l'attention des spécialistes. J'ai cherché à me rendre compte de la façon dont se propageait l'inflammation; elle m'a paru suivre une voie qui est toujours la même. En effet, j'ai vu chaque fois la lésion initiale de l'oreille externe siéger à la partie postéro-supérieure au niveau de l'union du fibro-cartilage avec le canal osseux. Ce point correspond au bord antérieur de l'apophyse mastoïde.

Je me suis demandé, tout d'abord, quels étaient les tissus de la région pouvant être le siége d'une phlegmatie de voisinage.

La couche sous-cutanée est très-serrée et de plus intimement unie à l'aponévrose, laquelle, à la partie supérieure, est la terminaison du muscle occipito-frontal.

A la partie inférieure elle est formée par la lame fibreuse qui recouvre les muscles splénius et sterno-mastoïdien formant la couche musculaire. Au-dessous se trouve le périoste. Ce qui est important à noter, c'est la douleur, d'abord sourde, intermittente, puis profonde et plus tard lancinante. Comment expliquer ces douleurs par la simple inflammation de la couche sous-cutanée? D'autre part, il est admis qu'une ou plusieurs gouttelettes de pus sous le périoste peuvent amener des douleurs violentes dans la région.

Je ferai remarquer aussi la rapidité relative avec laquelle s'étend l'inflammation. Les symptômes sont assez sérieux pour faire penser à une phlegmatie des cellules mastoïdiennes avec ostéo-périostite. L'absence de lésions du côté de la caisse doit faire rejeter cette possibilité.

Mais est-on autorisé à dire que, abandonnée à elle-même, cette périostite amènerait la formation d'une collection purulente plus considérable ou une ostéo-périostite avec carie et nécrose possible?

J'ai demandé à quelques chirurgiens leur opinion à ce sujet.

Le professeur Verneuil est porté à croire que, sans l'intervention chirurgicale rapide, à ce premier degré, on verrait très-probablement se développer une collection de pus plus étendue.

Le professeur Trélat, mon maître et ami, m'a assuré n'avoir jamais eu l'occasion de voir cette forme de périostite aiguë sans inflammation de l'oreille moyenne.

J'ai gardé le souvenir d'un cas où mon maître Nélaton, croyant sentir sous l'empâtement de la région mastoïdienne une certaine fluctuation, fit un débridement sur l'apophyse et parut fort étonné de ne pas trouver de pus.

Je ferai remarquer encore que, dans les cas qui nous occupent, le traitement antiphlogistique, mis en œuvre au début, n'a pas amené de résolution.

Chez d'autres malades je l'ai poussé très-loin sans résultat.

Je n'insisterai pas plus longuement sur ces faits curieux qui me servent à tirer les conclusions suivantes:

1° Surveiller toujours attentivement l'otite du conduit auditif externe, quand il y a abcès ou phlegmon siégeant à la partie postéro-supérieure et moyenne, même en l'absence de toute lésion de la caisse du tympan;

2° Dès que l'on voit survenir les premiers symptômes indiquant l'envahissement de la région mastoïdienne, tenter un traitement antiphlogistique énergique; on peut toujours espérer la résolution;

3° Si l'on n'arrive pas à un résultat satisfaisant, si les douleurs, la rougeur et la tuméfaction s'accentuent, chercher avec beaucoup de soin l'extrémité de l'apophyse, et, à 1 centimètre de cette extrémité, enfoncer la pointe d'un fort bistouri, faire un débridement de 4 à 5 centimètres en incisant le périoste jusqu'à l'os.

Les suites de l'opération ont toujours été très-simples.

4° Un dernier mot encore sur le traitement qui me réussit fort bien depuis quelques années pour la guérison des otorrhées.

Je veux parler de l'emploi de la glycérine phéniquée à haute dose. De 1 à 10 grammes d'acide phénique pour 10 grammes de glycérine anglaise très-pure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend une lettre de remerciements de M. le docteur Penard (de Versailles), récemment nommé membre cerrespondant de l'Académie.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Armand Moreau, membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Sur l'invitation de M. le président, **M. Sappey** donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Moreau. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

RAPPORT

M. Bouis, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel sur le service des eaux minérales pendant l'année 1880.

M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu mardi prochain 2 août.

M. Boutet, vétérinaire à Chartres, secrétaire de la commission d'études des maladies charbonneuses dans le département d'Eure-et-Loir, membre correspondant, lit un travail intitulé: *Expériences sur la vaccination préventive du charbon chez les moutons.*

Ces expériences ont été faites par une commission qui s'est réunie le 10 juillet courant, à la ferme de Lambers, commune de Barjouville, près Chartres, où elle avait rassemblé depuis quelques jours, au milieu d'un pré, 16 moutons récemment achetés dans les environs et 19 moutons du troupeau d'Alfort, vaccinés préventivement par M. Pasteur. Ces 35 moutons furent inoculés au moyen de la seringue Pravaz, avec du sang d'un mouton mort du charbon depuis moins de douze heures. Chaque animal reçut dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse une dizaine de gouttes de sang charbonneux.

Le lendemain, la commission constata que pas un des moutons d'Alfort n'avait succombé, que pas un ne paraissait même indisposé; par contre, 10 moutons du lot beauceron étaient morts, et plusieurs paraissaient tristes et abattus. 5 autres de ces moutons beaucerons, sur les 6 qui restaient, moururent, soit dans la journée, soit le lendemain.

Tous les cadavres présentaient à l'autopsie les lésions caractéristiques du charbon. Quant aux moutons d'Alfort, ils ont tous continué à se bien porter. Ainsi, en résumé, 19 moutons qui avaient reçu la vaccination préventive ont tous résisté à l'inoculation charbonneuse, tandis que, sur 16 autres moutons qui n'avaient pas été soumis à une vaccination préalable, la même inoculation en a tué 15.

La conclusion de la commission est que la vaccination préventive des moutons met complètement à l'abri du charbon. Reste à savoir combien de temps durera cette immunité. C'est ce que la commission locale d'Eure-et-Loir se propose d'étudier ultérieurement.

RAPPORT

M. BOULEY donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Mond (de Lyon) intitulé : *Du principe de la rage et de ses moyens de guérison.*

COMMUNICATION

Sur les venins. M. Gautier vient de faire une série d'expériences sur le venin du cobra qui, injecté à la dose de 1 milligramme dans un quart de centimètre cube d'eau sous la peau d'un petit oiseau, tel qu'un moineau franc ou un pinson, le tue en neuf à douze minutes. Les symptômes observés sont d'abord de l'étonnement, de la stupeur, du coma, puis une période d'excitation avec mouvements convulsifs et contracture tétanique; telle est l'action du venin normal; si on le soumet à une ébullition prolongée, ou, après l'avoir humecté, à une température de 125 degrés durant plusieurs heures, il n'en garde pas moins toute son activité toxique. On ne peut donc pas dire que cette action soit due à la présence d'un ferment ou à une matière albuminoïde, car la chaleur, dans de telles conditions, coagulerait l'albumine et détruirait tout ferment.

Il s'agit donc d'alcaloïdes et de substances neutres, agissant proportionnellement à leurs doses et que M. Gautier étudie en ce moment.

Restait à savoir quels pourraient être les contre-poisons qui annuleraient ces venins.

M. Gautier en a mélangé successivement une certaine quantité avec du tannin, avec du perchlorure de fer étendu, avec du nitrate d'argent en solution faible, avec des essences diverses, avec de l'ammoniaque, avec des bicarbonates de soude et de potasse. Aucun de ces corps n'a empêché le venin d'amener la mort des animaux auxquels le mélange était ensuite inoculé. Seules, la potasse et la soude caustique ont eu cet effet quand on en mêlait avec les venins une solution telle qu'un litre en pût neutraliser 15 grammes d'acide sulfurique.

M. Gautier a encore constaté que l'acide gastrique, mêlé aux venins, loin de les détruire, les rendait encore plus actifs; bien qu'introduits dans l'estomac des animaux et absorbés par les voies digestives, les venins de serpent ne tuent pas.

M. Gautier revient, en terminant, sur le fait qui a fait le sujet de sa communication précédente : la présence dans la salive, mais en très-petite quantité, d'un alcaloïde semblable à celui qu'il a isolé du venin du trigonocéphale ou de celui du naja.

Cet alcaloïde produit sur les oiseaux des phénomènes de stupeur dont ils se remettent lentement et qui ressemblent à la première période de l'empoisonnement par le venin de serpent à forte dose, ou à ce qu'on observe quand la dose de ce venin est insuffisante pour amener la mort.

DISCUSSION

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne s'étonne pas que le venin de serpent puisse être absorbé sans danger par les voies digestives, bien que l'acide gastrique en développe encore l'activité. Il rappelle, en effet, que, suivant des expériences récentes, certains alcaloïdes sont détruits par le foie. Le venin de serpent, absorbé dans les voies digestives, est amené dans le foie par la veine-porte et il y perd ses propriétés.

M. COLIN n'a pas bien compris comment procède M. Gautier. Mêle-t-il le venin avec les substances telles que l'ammoniaque, etc., avant de l'inoculer, ou après? Dans ce dernier cas, la rapidité extrême avec laquelle s'absorbent les venins rendrait illusoires les expériences.

M. GAUTIER répète que ces mélanges se font toujours avant toute inoculation.

M. COLIN a constaté l'innocuité des venins absorbés par les voies digestives et inoculés depuis longtemps.

Il a fait manger les glandes à venin de vipères par des lapins, qui n'en ont éprouvé aucun accident. D'ailleurs les hérissons mangent des serpents en commençant par la tête, et ils ne sont pas incommodés par l'absorption de leur venin.

M. GAUTIER. Le venin de serpent, même inoculé sous la peau, paraît sans action sur les hérissons comme sur les serpents auxquels on l'emprunte.

M. COLIN. Le virus de la sepcémie et celui du charbon se conservent aussi intacts durant plusieurs heures dans l'estomac des animaux, et pourtant ils n'empoisonnent pas ces animaux lorsqu'ils sont absorbés par les voies digestives.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1881. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de mercure. — M. CONSTANTIN PAUL s'est occupé autrefois de la syphilis par la méthode sous-cutanée, et il lui reste dans l'esprit cette particularité que cette méthode paraissait surtout avantageuse dans certains cas de syphilis localisée; il semblait, dans ces cas, que le mercure, introduit par cette voie, agissait beaucoup plus rapidement que par la voie digestive. M. Martineau a-t-il observé cette particularité dans ses récentes expériences?

M. MARTINEAU. Le mercure agit d'une façon générale, par absorption. Les syphilis graves, généralisées, sont très-rapidement modifiées par cette méthode. M. Martineau n'a pas remarqué que les syphilis localisées fussent plus rapidement améliorées que les autres. Il persiste à croire que le mercure exerce, introduit par la voie sous-cutanée, une action générale. Le nombre de piqûres qu'il a faites jusqu'ici se monte à 1,900; il injecte maintenant 7 milligrammes, et ne produit ainsi ni salivation ni aucun accident hydrargyrique.

Anévrysmes chez les tuberculeux. — M. DAMASCHINO fait une communication sur ce sujet.

Péritonite essentielle de l'enfance. — M. LEGROUX présente un jeune homme de dix-neuf ans, couvreur, atteint, le 5 mars, de douleurs vives dans le ventre, qui ne durèrent que vingt-quatre heures, après lesquelles il put reprendre son travail; puis il tomba de nouveau malade et entra à l'Hôtel-Dieu, où il fut traité comme étant atteint de coliques de plomb. Il quitta l'Hôtel-Dieu et vint à Laennec, où M. Legroux le considéra d'abord comme atteint de péritonite tuberculeuse. Il avait déjà un aspect cachectique. Il eut une pleurésie du côté gauche, dont il guérit d'ailleurs très-rapidement. Le 5 mai, on vit se former à l'ombilic une tumeur rouge et douloureuse qui s'ouvrit spontanément et d'où s'échappa pendant un mois du pus en abondance.

Peu à peu il reprit ses forces, se leva; en l'espace d'un mois il gagna, en poids, près de 20 livres. L'écoulement purulent cessa, et aujourd'hui ce garçon est en parfaite santé.

Il s'agit là, selon M. Legroux, d'une péritonite essentielle, généralisée, de l'enfance, terminée et guérie spontanément par fistule ombilicale.

M. FÉRÉOL croit à une péritonite étendue, mais non généralisée, car il ne croit pas qu'une péritonite suppurée généralisée puisse ainsi se vider spontanément et se terminer par la guérison.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 juillet 1881, M. Coutance, pharmacien de première classe de la marine, a été promu, après concours, au grade de pharmacien professeur.

— D'après une circulaire du préfet de la Seine aux maires de Paris, les médecins de l'état civil auront désormais le droit de

réquisitionner des pompes funèbres la mise en bière immédiate des personnes décédées dans les cas de putréfaction, de maladies épidémiques ou contagieuses.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin dn Bureau central vient de se terminer. Ont été nommés : MM. les les docteurs Roques, Albert Robin et Balzer.

— Le concours pour le clinicat médical s'est terminé par la nomination de MM. Talamon et Josias, comme chefs de clinique titulaires, et de M. Jean, comme chef de clinique adjoint.

— Les commissions des prix à décerner par la Faculté de médecine de Paris en 1881 sont ainsi composées :

1° *Prix Corvisart.* — MM. Ball, Hardy, Lasègue, Potain et Germain Sée;

2° *Prix Châteauvillard.* — MM. Hayem, Laboulbène, Regnauld, Sappey et Trélat.

3° *Prix Montyon.* — MM. Bouchardat, Jaccoud, Laboulbène, Parrot et Peter;

4° *Prix Barbier.* — MM. Gosselin, Guyon, Lefort, Pajot et Verneuil.

— Le 21 octobre 1881, il sera ouvert, devant la Faculté de médecine de Lyon, quatre concours pour les places de chefs de clinique médicale, chirurgicale, obstétricale et ophthalmologique. La durée de ces fonctions est de deux années. Le traitement est de 1000 francs par an.

— La Société de médecine et de chirurgie de Toulouse vient de mettre les questions suivantes au concours :

1° Prix à décerner en 1882, d'une valeur de 300 francs : Étude comparative de l'uréthrotomie interne et externe; en démontrer les avantages et les inconvénients.

2° Prix à décerner en 1883 : *a.* d'une valeur de 300 francs : des falsifications des boissons alimentaires, des moyens de les reconnaître et de les réprimer. — *b.* Prix Jules Naudin, de la valeur de 1,000 francs : Comment meurent les goutteux? Étude clinique et thérapeutique. Une somme de 200 francs pourra être accordée, en sus, pour concourir aux frais de l'impression du mémoire, qui devra avoir lieu dans l'année.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, seuls admis à concourir, devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

— Le lundi 1er août 1881, à une heure, M. Charbonnel-Salle, soutiendra dans la salle d'histoire naturelle de la Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, les deux thèses suivantes : 1° Recherches expérimentales sur l'excitation électrique des nerfs moteurs et l'électrotonus; 2° recherches sur le rôle physiologique du tannin dans les végétaux.

Recherches expérimentales sur l'acide salicylique comme antipyrétique, par GRELLOT. In-4°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris, année 1880. 1 vol. in-8° — Prix : 1 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11494.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

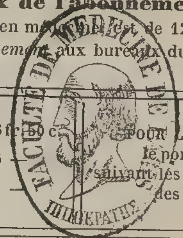
La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémoptysies pendant la grossesse.

A propos de notre dernière Revue clinique, notre cher maître, M. Depaul, nous a invité à venir voir dans son service une malade chez laquelle la grossesse a, sinon produit, du moins aggravé les hémoptysies sans que, jusqu'à présent, on trouve dans ses poumons des signes de lésions bien évidentes.

Il est vrai que cette jeune femme appartient à une famille de tuberculeux ; elle a vu mourir successivement de la poitrine, avec ou sans hémoptysies, sa mère, ses deux frères (l'un et l'autre également à l'âge de vingt-quatre ans), une de ses deux sœurs. La sœur qui lui reste est très-délicate, tousse habituellement, et ne peut élever ses enfants, qui, tous, succombent en bas âge.

Elle-même, la jeune femme en question, actuellement âgée de dix-sept ans et demi, n'a jamais été bien portante. Depuis quatre ou cinq ans au moins, elle crache souvent un peu de sang, et parfois après le repas elle vomit ce qu'elle a mangé. Elle a eu de grands chagrins et des émotions vives. Son père, loueur de voitures, est devenu fou furieux et est mort quinze jours après. Depuis quelque temps, elle est sujette à des hallucinations singulières ; elle s'imagine que quelqu'un passe auprès d'elle. La nuit, elle a des cauchemars ; il lui semble souvent qu'elle tombe d'une grande hauteur, et elle se réveille en sursaut. Elle a été réglée un an avant de devenir enceinte ; mais les règles n'ont paru que trois fois dans cette année.

Elle est aujourd'hui à peu près à terme, et il y a quatre mois environ qu'elle est devenue plus souffrante. Maintenant elle vomit, presque après tous les repas, des matières alimentaires et parfois du sang. Les hémoptysies, en dehors de tout vomissement, sont devenues quotidiennes et bien plus abondantes qu'elles n'étaient autrefois.

Malgré l'absence à peu près complète de signes positifs de phthisie (c'est à peine si l'on perçoit sur quelque point un peu de prolongement de l'expiration et un léger excès de résonnance de la voix), on ne peut pas dire que ce soient là des hémoptysies essentielles dues à la grossesse.

Mais c'est une confirmation de la théorie de M. Peter sur la pléthore gravidique et ses dangers pour les poumons.

Cette théorie est fort ingénieuse. C'est une de celles que M. Peter a le plus soigneusement développées. Il y revient souvent dans ses leçons cliniques.

« Quelle que soit la qualité primordiale du sang de la femme, dit-il à la page 125 du second volume, qu'il soit riche ou pauvre en globules avant la conception, la grossesse est à la femme une occasion de pléthore accessoire ; il faut faire du sang pour l'enfant, et il le faut hématoser : d'où l'obligation d'une plus grande activité respiratoire et la possibilité des congestions pulmonaires dans le cours de la gestation. On voit déjà ce qu'a de périlleux pour la femme une telle nécessité physiologique. »

Plus loin, page 500 :

« La grossesse, avec ses perturbations digestives, aggravant celles de la maladie tuberculeuse, avec sa pléthore pulmonaire gravidiqne, cause fréquente d'hémoptysie, et qui peut ainsi provoquer, si elle n'avait pas eu lieu déjà, l'hémoptysie tuberculeuse, la grossesse, enfin, avec sa pléthore *ad molem*, qui, l'accouchement terminé, l'utérus vidé, va, *quærens quem devoret*, se retourner vers le poumon malade et précipiter l'évolution de ses lésions multiples. »

Ailleurs encore, page 601 :

« Tous les accoucheurs ont mentionné les étouffements et même les hémoptysies de la grossesse. C'est là un fait pathologique fréquent qui indique et modère « par échappement » la pléthore sanguine. C'est toujours vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse (alors que le fœtus devient beaucoup plus volumineux, que la masse du sang s'accroît, que les capillaires se dilatent), c'est toujours au début de cette période que ces accidents se manifestent. »

Ces citations sont suffisantes pour faire comprendre, dans leur originalité, les idées de M. Peter sur le sujet qui nous occupe ; mais ce sont des fragments coupés dans un vaste ensemble.

En résumé donc, la grossesse, cause de pléthore pulmonaire, amènerait des hémoptysies ou pourrait rendre plus violentes les hémoptysies préexistantes chez ces personnes prédisposées, dans les cas de tuberculose, d'affections du cœur, etc. Ce point paraît incontestable.

Peut-être encore pourrait-elle produire à elle seule des

hémoptysies. Mais c'est ce qui reste à démontrer.

Dans notre dernière Revue clinique, nous avons parlé du seul fait qui paraissait un peu probant tant qu'on ignorait que cette femme, après l'accouchement, sans redevenir enceinte, avait été prise d'hémoptysies.

Aujourd'hui nous pouvons donner sur cette malade un nouveau détail qui fera disparaître jusqu'au dernier doute possible sur l'absence d'imprégnation depuis l'accouchement.

Cette femme vient d'avoir ses règles pour la première fois depuis sa délivrance. Elles ont d'abord duré deux jours, et pendant ces deux jours il n'y a pas eu d'hémoptysies ; puis elles ont paru s'arrêter durant un jour, et ce jour-là les hémoptysies sont revenues, pour cesser de nouveau le lendemain, en même temps que recommençait l'écoulement menstruel.

Fièvre continue compliquée de parotide double; guérison.

Trousseau donnait le nom de *parotides* aux gonflements inflammatoires de la région parotidienne qui surviennent dans le cours des fièvres continues, et il leur attribuait une très-grande importance au point de vue du pronostic.

« Pour moi, dit-il dans ses leçons cliniques, je regarde les parotides comme un accident très-grave, et presque jamais, soit dans la dothiénentérie, soit dans d'autres maladies fébriles, je n'ai vu guérir les individus qui en étaient affectés. »

Un des trois cas de fièvre typhoïde observés dans le service de M. Laboulbène, dont nous allons parler aujourd'hui en nous servant très-largement des notes de M. Hennequin, prouve que ce pronostic fatal n'est heureusement pas toujours justifié.

Au n° 16 de la salle Sainte-Marthe se trouve une jeune fille, âgée de dix-sept ans, originaire d'Auvergne, d'une bonne santé habituelle, et qui habitait Paris depuis deux ans comme domestique lorsqu'elle tomba malade au commencement de juin.

Après plusieurs jours de malaise général, de courbatures, de maux de tête, sans épistaxis, elle se sentit le 12 juin si souffrante qu'elle fut obligée de garder le lit. On continua à la soigner dans la maison où elle servait jusqu'au 23 juin. Comme elle se plaignait d'une constipation opiniâtre, on lui fit prendre un purgatif, à la suite duquel commença une diarrhée qui persista jusqu'au moment de la convalescence. La veille de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 22 juin, la malade s'était aperçue que la région parotidienne des deux côtés était légèrement gonflée et douloureuse.

Du 23 juin au 3 juillet, ce gonflement parotidien augmenta chaque jour d'une manière uniforme, élargissant la face de la malade, à laquelle il donnait une physionomie toute spéciale. La tumeur était assez volumineuse, mal limitée, molle, pâteuse, et douloureuse à la pression ; elle devint fluctuante à sa partie centrale; la peau qui la recouvrait, d'abord blanche, s'était teintée en rouge, puis en rouge vineux. Rien, d'ailleurs, du côté des seins ou des ovaires.

Pendant ce temps, la fièvre continue suivait son cours sans présenter une gravité exceptionnelle. Les taches rouges étaient bien évidentes, la diarrhée persistait toujours, la température montait chaque soir jusqu'à 40 degrés ; il existait de la somnolence, de la stupeur, mais pas de délire. Le ventre, ballonné, était peu douloureux; la langue, rouge à la pointe et sur les bords, était peu sèche; la rémission du matin était régulièrement de un degré et demi.

Le 3 juillet, on constata derrière le lobule de l'oreille, de chaque côté, la présence d'une petite tumeur allongée, assez molle, très-fluctuante, recouverte par une peau amincie. On remarqua également qu'il se faisait, par les conduits auditifs externes, un écoulement abondant jaunâtre. La surdité était très-marquée.

Le lendemain, M. Desprès, appelé par M. Laboulbène, fit, de chaque côté, à l'aide du bistouri, une ponction derrière le lobule de l'oreille au point le plus fluctuant et une seconde ponction vers l'angle de la mâchoire. Par cette double ouverture, il fit passer un drain, qu'il recommanda de laisser en place durant un mois. Un pus crémeux, épais, verdâtre, s'écoula très-abondamment ce jour-là et les jours suivants par ces petites plaies. Les oreilles continuaient également à couler ; puis la suppuration diminua des deux parts d'une façon rapide. L'ouïe se rétablit; en même temps les phénomènes généraux s'amendaient. Du 6 au 12 juillet, la température du sein baissa régulièrement de 40 à 39, puis à 38 degrés; la diarrhée cessa, la langue devint humide et rose ; l'intelligence se réveilla; la somnolence disparut; le teint reprit de la couleur ; les forces revinrent : la température tomba à 37 degrés.

La convalescence se déclara franche et rapide.

Une fois seulement, sans qu'il fût possible de savoir pourquoi, le pouls était remonté jusqu'à 40 degrés; puis tout était rentré dans l'ordre.

Aujourd'hui cette jeune fille peut être regardée comme complètement guérie, et elle réclame avec instance l'enlèvement des drains, qui ne donnent plus issue ni à du pus, ni même à un liquide séreux. Mais, pour les retirer, on attendra la date que M. Desprès avait fixée.

M. Desprès a, en effet, des idées toutes particulières sur la nature de cette affection, improprement appelée *parotide*, dans la plupart des cas.

Par respect pour l'autorité si considérable de Trousseau, il ne nie pas absolument que la glande parotide elle-même puisse quelquefois être affectée, soit dans la dothiénentérie, soit dans les fièvres continues.

Mais ce qu'il affirme, c'est que le plus souvent il s'agit, en réalité, non d'une véritable parotidite, mais d'une adénite. Les ganglions intra et extra-parotidiens peuvent s'enflammer et suppurer sous l'influence d'une lymphangite, dont on peut trouver le point de départ soit sur la peau soit sur les muqueuses. Il en serait de même des *parotides* que viennent compliquer les érysipèles graves. Dans des autopsies, M. Desprès aurait constaté en pareil cas l'intégrité complète de la glande parotide au milieu de la suppuration ganglionnaire.

Chez la malade dont il s'agit, le siège des abcès cadrait parfaitement avec cette donnée qui fait rentrer dans le cadre général des adénites les gonflements inflammatoires de la région parotidienne dans le cours des fièvres continues.

Quoi qu'il en soit de ce point, du reste, suivant M. Laboulbène, ces gonflements inflammatoires, ces *parotides* de Trousseau prourraient se diviser en deux classes, dont, au point de vue du pronostic, la signification serait bien différente : celles du début et les tardives.

Celles du début, survenant avant que le sang soit altéré, avant que les tissus aient subi l'atteinte de l'empoisonnement typhique, peuvent prendre quelquefois une

importance telle qu'elle soit complètement prédominante et que la fièvre continue en devienne larvée. Mais elles ont peu de gravité par elles-mêmes et elles ne prouvent aucunement que la fièvre doive être grave.

Les parotides tardives, au contraire, et c'est en cela que notre maître Trousseau avait complètement raison, coïncident le plus souvent avec de profondes altérations de la nutrition générale ; elles trahissent une tendance à la déchéance organique, à la gangrène des tissus. Ce sont des affections *mali moris*, dont il faut chercher la portée en dehors de leur appareil symptomatique.

Érysipèle de la face au début d'une fièvre continue; guérison.

On a également signalé l'érysipèle de la face au nombre des complications qui peuvent se présenter dans le cours des fièvres continues, particulièrement du *typhus fever*.

Chez un malade de M. Laboulbène, il est apparu brusquement avant tout autre phénomène, de telle sorte qu'il a fallu y regarder de près pour reconnaître une fièvre continue larvée.

Cet homme, âgé de vingt-un ans, entra salle Saint-Michel, à la Charité, le 29 juin dernier. Deux jours avant, inopinément, s'étant bien porté jusque-là, vers onze heures du matin, il fut pris de frissons et d'un grand malaise ; il remarqua du gonflement et de la rougeur sur son nez. Il se coucha et garda le lit jusqu'au moment où on le transporta à l'hôpital.

Il avait alors une fièvre vive, 39°,8, la langue blanche, de la constipation. Une rougeur érysipélateuse, en forme de papillon, occupait le dos du nez et une partie des joues. Le reste des joues, le front, le menton, n'étaient pas atteints.

Du 1er au 4 juillet, l'érysipèle s'étendit de proche en proche, gagnant le reste des joues, le front, le cuir chevelu dans toute sa région antérieure.

La température se maintenait élevée, entre 39°,8 et 40°,2 ; il y avait eu d'abord une sorte de subdelirium nocturne, doux et tranquille ; puis un délire vrai, agité et continuel, s'était déclaré ; la constipation avait fait place à une diarrhée qui ne cessait plus.

Le 5 juillet, la température baissa jusqu'à 38°,6, sans aucune amélioration dans l'état du malade.

Cet état s'aggrava encore le 6 et le 7 juillet. Le délire, qui alternait avec un état comateux, était devenu tellement violent qu'il fallut attacher cet homme ; la diarrhée persistait, de plus en plus abondante ; la langue était sèche, fendillée, noirâtre. On remarquait des soubresauts dans les tendons. Depuis le 4, l'érysipèle ne faisait plus aucun progrès.

Le 8, la fièvre était moins vive ; la température, qui, la veille, s'était élevée jusqu'à 40°,6, n'était plus que de 39°,2 ; le délire avait cessé ; le malade répondait bien aux questions qu'on lui adressait ; on découvrit des taches rosées, parfaitement nettes, sur l'abdomen et sur la base du thorax.

Ces taches rosées lenticulaires devenaient de plus en plus nombreuses, comme dans le typhus exanthématique; et cette éruption persista, aussi marquée, durant une quinzaine de jours. Quant à l'érysipèle, il s'effaçait sur place ; il n'en restait plus rien dès le 12 juillet.

Le délire ne reparut plus, la diarrhée se calma peu à peu, la langue cessa d'être sèche, et cependant la convalescence proprement dite se faisait attendre. La température se maintint longtemps entre 39 et 40 degrés ; à plusieurs reprises, on constata la présence de l'albumine dans l'urine ; il y eut dans les deux poumons des râles sous-crépitants nombreux.

Bref, après la disparition complète de l'érysipèle, la fièvre continue eut une marche bénigne, mais se prolongea quelque temps encore parfaitement caractérisée.

M. Laboulbène l'avait reconnue dès les premiers jours, d'après la marche de l'érysipèle, qui était devenu stationnaire alors que le délire était le plus violent.

Exanthème malin à la fin d'une fièvre typhoïde ; mort.

La terminaison n'a pas été aussi heureuse dans le cas suivant.

Une jeune fille de vingt-deux ans, domestique, déjà malade depuis une huitaine de jours, entra le 20 juin dans le service de M. Laboulbène avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. Jusqu'au 2 juillet, la température oscilla entre 39 et 40 degrés, sauf un abaissement momentané de 3 degrés, à la suite d'une hémorrhagie intestinale. Auparavant il y avait eu quotidiennement des hémorrhagies nasales très-abondantes. Il avait même fallu pratiquer le tamponnement pour les arrêter.

Le 3 juillet, eut lieu une défervescence qui semblait marquer le début d'une convalescence définitive ; la température était tombée à 37 degrés, et elle se maintint à ce degré les deux jours suivants. La malade se sentait bien ; elle n'avait plus de délire ni de diarrhée, elle se croyait guérie.

Le 6 juillet, on remarqua sur le dos des poignets une plaque érythémateuse d'une rougeur uniforme à sa partie centrale et formée à la périphérie par un semis de petits points rouges saillants.

Les jours suivants, cette éruption envahit progressivement le tronc, la face, le cou, les membres, sous forme de petits points rouges, légèrement saillants, s'effaçant facilement sous la pression du doigt, séparés, isolés les uns des autres sur la plus grande partie du corps, très-rapprochés en d'autres endroits, formant par places (poignets, cou-de-pied, tronc, cou et face) des plaques d'une rougeur intense, légèrement saillantes, n'occasionnant aucune démangeaison. Nous empruntons textuellement cette description très-exacte, ainsi que presque tous les détails de ces observations, aux notes que M. Hennequin a bien voulu prendre pour nous.

Depuis le début de l'éruption, la température montait peu à peu; elle atteignait 40 degrés le cinquième jour (11 juillet). A ce moment la face, d'un rouge très-vif, était très-gonflée, et, par suite du boursouflement des paupières, les yeux ne pouvaient s'ouvrir que difficilement ; du reste, il existait de la photophobie. Les lèvres, gonflées elles-mêmes et très-rouges, étaient ulcérées vers leur partie moyenne. Le voile du palais et la luette étaient d'une rougeur piquetée. La langue aussi, sur sa partie moyenne et à la pointe, était très-rouge, avec des saillies papillaires très-accusées.

Les jours suivants, la température continue encore à s'accroître, avec une rémission de 1 degré le matin. Le 14 au soir, elle avait atteint 41°,4. Depuis ce moment jusqu'au 17, jour de la mort, elle resta stationnaire sans aucune rémission. L'éruption, devenue uniforme, avait légèrement pâli sur la surface du corps et s'effaçait toujours sous la pression du doigt; la peau de la face était d'un rouge vineux, comme parcheminée ; il se faisait une desquamation par lamelles furfuracées. Des lotions froides, puis un bain froid, avaient été bien supportés, mais sans avoir aucune influence sur la température du corps.

Le 17, à cinq heures du soir, cette température avait atteint 42°,4 ; à sept heures, 43°,4. A huit heures, la malade mourut.

L'autopsie ne put être faite, car c'était dans les jours de plus grande chaleur, et le surlendemain le cadavre se trouvait dans un état de décomposition qui ne permettait plus aucune recherche.

Maintenant, quelle est la nature de l'éruption qui précéda la mort?

Faut-il y voir une vraie rougeole, survenant accidentellement après une fièvre typhoïde?

Mais la rougeole ne procède pas ainsi. Elle a une période d'invasion avant que l'éruption apparaisse. Celle-ci ne commence pas sur les poignets; elle ne survient pas dans l'apyrexie pour s'accompagner d'une fièvre lentement, progressivement, régulièrement croissante.

D'ailleurs, dans les rougeoles graves, il y a le plus souvent de la toux; et cette femme ne toussait pas.

Une scarlatine?

Mais la scarlatine n'a pas cet aspect boutonneux. Quand nous avons examiné cette malade, sur une grande partie du corps, l'éruption offrait tout à fait l'aspect de la rougeole boutonneuse. C'étaient de petites saillies rouges, isolées les unes des autres et ayant un certain relief.

Ailleurs, il est vrai, existaient de très-larges plaques rappelant plutôt une scarlatine très-confluente. Mais dans cette dernière maladie on ne trouve pas cette association de formes diverses.

M. Laboulbène tend à admettre, dans ce cas, un de ces exanthèmes *mali moris*, comme on en rencontre quelquefois à la suite des opérations, dans le cours des fièvres puerpérales, dans certaines diphthéries malignes, dans quelques empoisonnements, en un mot dans des cas variés où ils trahissent seulement l'atteinte qui vient menacer l'existence. Ces éruptions peuvent être morbilliformes, scarlatiniformes, quand la congestion des vaisseaux capillaires du derme ne va pas jusqu'à l'hémorrhagie. Dans le cas contraire, elles deviennent purpuriformes. Mais peu importe: elles indiquent toujours que le sang n'est plus dans son état normal.

Chez la malade dont il s'agit, il ne faut pas perdre de vue des hémorrhagies si fréquentes, soit nasales, soit intestinales, qui s'étaient produites peu de jours avant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Calcul uréthral; taille. — M. FLEURY (de Clermont) adresse, avec pièces à l'appui, une observation de calcul énorme de la portion spongieuse du canal de l'urèthre, datant de vingt ans, opéré avec succès par la taille périnéale. Ce calcul mesure 5 centimètres de diamètre. M. Fleury consulte la Société sur la question de savoir s'il vaut mieux, dans ces cas, abandonner la plaie à elle-même ou s'il est préférable de dilater la portion antérieure du canal avec une sonde à demeure.

M. TILLAUX croit qu'il vaut mieux laisser la plaie se cicatriser et ne pas recourir à la dilatation par les sondes. Celle-ci sera pratiquée ultérieurement s'il y a du rétrécissement.

M. DESPRÈS croit, au contraire, qu'il vaut mieux passer immédiatement une sonde à demeure. Il cite un cas, analogue à celui de M. Fleury, où cette conduite lui a été très-utile.

M. LE DENTU. S'il n'y a pas de rétrécissement, il n'y a pas lieu de passer les sondes,

M. DUPLAY, comme MM. Tillaux et Le Dentu, croit qu'il est préférable de ne jamais mettre la sonde à demeure dans ces cas. S'il survient du rétrécissement, on le traitera à son temps.

M. DESPRÈS. Il ne faut pas confondre la taille perinéale, pratiquée directement au niveau de la vessie, avec la taille uréthrale. Dans le premier cas, il n'y a pas besoin de sonde; dans le second, il y a toujours à craindre un rétrécissement consécutif, et c'est pour le prévenir qu'il est utile de recourir à la sonde à demeure.

M. GILLETTE, dans un cas analogue à celui de M. Fleury, a mis une sonde à demeure et a été obligé de la retirer le lendemain, à cause des souffrances qu'elle déterminait. Le malade a été très-bien guéri sans fistule.

Traitement des angiomes pulsatiles. — M. TERRILLON fait un rapport sur un travail de M. Gustave Richelot, relatif à l'extirpation des angiomes pulsatiles.

Grâce aux méthodes actuelles d'hémostase et aux pansements antiseptiques, l'extirpation est, selon M. Richelot, le meilleur traitement des angiomes pulsatiles. Comparant ce mode de traitement avec la méthode des injections coagulantes, M. Richelot cherche à démontrer que cette dernière n'est pas exempte de dangers et peut éehouer. Il fait, au contraire, ressortir tous les avantages de l'extirpation. Il cite deux observations, empruntées au service de M. Verneuil, dans lesquelles, les injections coagulantes étant restées sans effet, on a eu recours à l'extirpation avec l'instrument tranchant, qui a pu être faite sans hémorrhagie sérieuse et qui a été suivie d'une complète guérison. M. Richelot préfère l'instrument tranchant et les pinces à forcipressure au thermocautère.

M. VERNEUIL. On pourrait s'étonner que, dans ces cas, l'on puisse donner la préférence à l'instrument tranchant sur les autres méthodes; dans les deux cas dont a parlé M. Richelot, il n'y avait cependant pas autre chose à faire. Dans le second, M. Verneuil a dû placer quatorze pinces hémostatiques pour assurer l'hémostase, et l'opération a pu être faite presque sans écoulement de sang. Il rappelle le travail de M. Decès (de Reims) sur ce sujet.

M. DESPRÈS pense que l'extirpation est la meilleure méthode de traitement, dans ces cas.

M. GUÉNIOT rappelle que la question a déjà été discutée au sein de la Société, et qu'on était arrivé à une conclusion contraire, c'est-à-dire qu'il fallait donner la préférence aux injections coagulantes.

En 1868, remplaçant M. Broca, il opéra un garçon boucher d'une tumeur cirsoïde du cuir chevelu s'étendant sur une très-grande surface. Malgré toutes les précautions qu'il put prendre, il fut débordé par une hémorrhagie considérable. Il dut placer plus de vingt ligatures. Cependant le malade n'en a pas moins très-bien guéri. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 153 : *Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri.*)

M. TRÉLAT. Au moment où Decès père préconisa le premier l'ablation d'une tumeur par l'instrument tranchant, les injections coagulantes étaient en honneur. Alors que je remplaçais M. Alph. Guérin, j'opérai une tumeur cirsoïde occupant le médius et la paume de la main. Il y eut une hémorrhagie considérable, qui m'obligea à faire la ligature de l'humérale. Consécutivement, je dus faire l'amputation de l'avant-bras.

M. VERNEUIL préconise l'extirpation de ces tumeurs, en raison des moyens d'hémostase dont on dispose aujourd'hui. Dans le cas qu'il a communiqué à la Société de chirurgie et qui fait l'objet du travail de M. Richelot, il ne fut nullement inquiété par le sang, grâce à l'emploi d'un gros tube de caoutchouc préalablement placé sur le front, du thermocautère et de la forcipressure.

M. TILLAUX, en opérant une tumeur pulsatile de la joue, chez une jeune fille, eut une hémorrhagie terrible, malgré l'emploi du galvanocautère. Il croit qu'il faut distinguer les cas et ne pas dire que l'extirpation est le seul mode de traitement de ces tumeurs. Quand elles sont ulcérées, il faut les extirper, non pas avec le bistouri, mais avec le thermocautère, mieux encore le galvanocautère,

Quand elles ne sont pas ulcérées, il vaut mieux recourir aux cautérisations interstitielles.

M. DESPRÈS préfère l'extirpation pour les anévrysmes cirsoïdes et les cautérisations interstitielles pour les tumeurs érectiles.

De la greffe cutanée. — M. MONOD fait un rapport sur une observation de M. Meyer intitulée : Épithélioma de l'angle interne de l'œil, ablation, greffe dermique, guérison.

M. BERGER rappelle avoir présenté à la Société une malade atteinte d'un lupus de la face à laquelle il a, il y a deux ans, pratiqué la suture palpébrale du côté gauche ; il avait, on s'en souvient, comblé la perte de substance par un lambeau pris au bras, lambeau qui était resté adhérent au bras par son pédicule pendant vingt-deux jours. Cette autoplastie, par la méthode italienne, avait très-bien réussi. L'œil gauche étant presque complètement perdu et devenu le siège de douleurs intenses, par suite de la kératite vasculaire généralisée, je songeai à en pratiquer l'énucléation. Puis je me résolus à libérer les paupières et à les suturer. Pour empêcher la rétraction cicatricielle. je comblai la perte de substance avec un lambeau pris sur le dos de la malade, au niveau de la fosse sous-épineuse. Ce lambeau avait 11 centimètres de longueur et 4 de largeur. L'hémostase ayant été faite sur la perte de substance avec une éponge, je circonscrivis très-rapidement mon lambeau, le nettoyai sur sa face profonde en le débarrassant de tout le tissu cellulo-adipeux et l'appliquai simplement sur la perte de substance, sans le fixer par des sutures. Je le recouvris d'un pansement antiseptique. Quand j'enlevai ce pansement, le surlendemain, je trouvai le lambeau grisâtre, insensible, en apparence mortifié. Après plusieurs jours, j'excisai cette partie grisâtre et trouvai dessous le lambeau parfaitement vasculaire et vivant. Il s'était fait seulement, au centre du lambeau, une exfoliation insensible. Il se rétracta considérablement et se réduisit à 3 centimètres de long sur 4 ou 5 millimètres de large. Toutefois, il n'y a pas eu de mortification, et le résultat définitif a été des plus heureux. En outre, les douleurs, de ce côté, ont cessé, et la cornée est devenue en partie transparente.

M. GILLETTE a fait, à Beaujon, il y a trois ans, une autoplastie du même genre, mais dans laquelle il emprunta son lambeau à une malade endormie qui allait subir l'amputation du bras. C'était donc une hétéroplastie. Il s'agissait de combler une perte de substance résultant de l'ablation d'un épithélioma de la face. L'insuccès a été complet.

M. LE DENTU a souvent eu l'occasion, à Saint-Louis, de faire des opérations de ce genre dans les cas de lupus. On peut obtenir de très-bons résultats, dans certains cas d'ectropion, avec la simple suture des paupières. Il cite plusieurs cas, deux entre autres du service de M. Besnier, dans lequels la simple suture des paupières lui a donné d'assez bons résultats ; dans un grand nombre de cas la simple suture palpébrale peut suffire, sans qu'il soit besoin de recourir a des opérations antiplastiques analogues à celles qu'a pratiquées M. Berger, et qui lui ont, d'ailleurs, donné de très-bons résultats.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert RENÉ,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

IV

Les honoraires des professeurs, ou gages, comme on disait alors, furent très-variables. Le Pois, d'après ses provisions, eut 800 francs de gages ; Fournier n'en eut que 400 et reçut en plus, à titre de pension, 150 francs. Barot n'obtint que 400 francs, ainsi que Baudin ; mais, à la mort de Fournier, ils reçurent chacun 200 francs en plus. Ces gages étaient payés en deux termes, à la saint Jean-Baptiste et à Noël. Le traitement des professeurs de droit était bien plus considérable, car, dès 1628, il était de 1,200 francs. Un édit de 1720 ajouta au traitement des professeurs de médecine une somme de 150 livres représentant les gages du titre de conseiller médecin ordinaire accordé aux professeurs de médecine.

Les professeurs de médecine recevaient enfin des honoraires pour les attestations d'études, pour les examens et les différents degrés des candidats. Ils avaient, de plus, un droit à percevoir sur les apothicaires et pharmaciens de la ville et sur les maîtres chirurgiens qui obtenaient, par examen passé devant eux, la permission d'exercer.

Les professeurs de la Faculté de droit, avons-nous dit, étaient mieux payés : ainsi Grégoire de Toulouse recevait à Pont-à-Mousson 3,300 francs, Barclay 1,800, et les autres professeurs 1,000 francs. Le traitement du doyen de la Faculté de droit, en y comprenant les divers avantages et les recettes éventuelles, devait être d'au moins 4,000 francs. Barclay tenait pension d'étudiants au prix de 10 francs par jour pour cinq personnes (un marquis, son maître d'hôtel et trois serviteurs).

Citons comparativement à ces traitements ceux des autres fonctionnaires de Lorraine à la même époque (1602) ; le gouverneur de Nancy recevait 3,000 francs ; le grand chambellan 3,000 ; le président de la chambre des comptes 400 ; un conseiller d'État 600 ; un maréchal de Lorraine 600 ; un sénéchal de Lorraine 600 ; le procureur général de Lorraine 500 ; le grand écuyer 400, etc. On voit donc que, parmi les hautes fonctions d'alors, il n'en était guère auxquelles fussent attachés des traitements supérieurs à ceux des professeurs de l'Université mussipontaine. En comparant ces chiffres avec les traitements de nos jours et en tenant compte des différences de la valeur de l'argent aux deux époques, M. Dubois arrive aux chiffres probables de 16,000 et de 17,600 francs environ représentant le traitement du doyen de la Faculté de droit. Pour les professeurs de médecine, nous trouvons par un calcul analogue pour le total des honoraires, traitement fixe à peu près doublé par l'éventuel, sans compter divers autres avantages, un chiffre approximatif de 8 à 12,000 francs pour les professeurs et le doyen de la Faculté de médecine.

Les places vacantes dans la Faculté, qui étaient à la nomination du duc de Lorraine, furent mises au concours sous la domination française ; ce mode fut suivi sous Léopold après la paix de Ryswick. Le premier concours annoncé dans la Faculté fut ouvert à l'occasion de la vacance de la chaire de Christophe Pillement. Un seul candidat se présenta, Guillaume Pacquotte ; il fut nommé. Les concours suivants ne se firent pas toujours devant la Faculté de Pont-à-Mousson ; une lettre de cachet, en 1756, signifia aux professeurs que les concours se tiendraient à Nancy devant un jury composé de professeurs de la Faculté et de commissaires nommés par Léopold. En cas de ballottage, on préférait le plus âgé des candidats ; ce bénéfice d'âge fut supprimé aux deux Facultés de médecine et de droit, à la suite d'une réclamation du chancelier.

La Faculté de médecine eut à plusieurs reprises des difficultés graves avec l'autorité souveraine, au sujet des candidats aux chaires vacantes et des aspirants aux degrés. Déjà, en 1707, la Faculté avait reçu une lettre de cachet pour recevoir docteur sans formalités ni examens Eustache Malissain, premier chirurgien du duc de Lorraine. Quelques jours après, le même Malissain était imposé à la Faculté comme professeur à la chaire de chirurgie. Ceci se passait en 1707.

En 1763, cet abus de pouvoir se représenta. Le roi de Pologne, sur la simple information qu'un sieur Weiss avait exercé la médecine à Paris et ailleurs avec distinction pendant vingt-cinq ans, disait le chancelier La Galaizière, voulut que la Faculté l'admît aux degrés jusqu'au doctorat inclusivement, sans exiger de lui aucunes preuves de temps d'études dans d'autres Universités. Dans une lettre de recommandation du roi, il était même demandé qu'on lui fît grâce de la langue latine et de la thèse publique. La

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juillet 1881.

Faculté conclut sur ces exemptions demandées que Weiss n'était pas médecin, qu'il n'avait pas fait d'études, et que, par conséquent, il n'avait pas la capacité requise par les ordonnances de la province et les règlements de la Faculté pour être admis au premier degré. Si le candidat est admis sans examen, est-il dit, sa réception sera une formalité non-seulement contraire aux ordonnances expresses de 1708, mais deviendra très-préjudiciable à l'honneur de la Faculté. Donc, pour ne pas s'exposer à la censure des autres Universités, on ne l'admettra qu'avec des lettres de jussion de Sa Majesté, autrement dit *ex mandato*.

La même année, on sollicita vivement le roi de donner au sieur Perrin, docteur résidant à Lunéville, la chaire vacante par la mort de Parisot, sous prétexte qu'il avait concouru. Jadelot, prenant en main la cause de la Faculté, dont l'indépendance et l'honneur étaient menacés par ces nominations arbitraires, écrivit aussitôt au roi pour lui remontrer humblement combien cette nomination serait nuisible au bien public et détruirait toute l'ardeur pour les études médicales et l'émulation du concours qui fournissait les meilleurs sujets. Il demandait, au cas de la suppression de ce concours, que la chaire échût à son fils par égard pour ses quarante années de services dans la Faculté et pour les talents que ce fils avait déjà fait paraître dans les discussions publiques.

Des difficultés du même genre survinrent au sujet d'un médecin stipendié de Darney, Toussaint, que le Collège royal de médecine voulait faire agréger à la Faculté de Pont-à-Mousson sans examen, sans acte public et sans payer les droits de 100 livres qui étaient les trois conditions requises pour une agrégation valide.

Une lettre écrite par Jadelot fils à la Faculté de médecine de Paris laisse entrevoir combien ces tentatives étaient fréquentes et avec quelle énergie son père travailla à rétablir l'honneur compromis de sa Faculté accusée de se relâcher trop facilement des règles prescrites en accordant des grades à des gens sans mérite. Il parle des sollicitations de plusieurs chirurgiens (Simon, Lagrave, le frère jésuite apothicaire Millard, un chirurgien major, Colombier, plus tard admis à la Faculté de Paris), qui voulaient obtenir sans peine le grade de docteur, et du refus catégorique de son père, qui en écrivit à l'illustre Boyer, de la Faculté de Paris, et en reçut en récompense une lettre flatteuse. Il lui annonçait que, pour le féliciter de son zèle, de sa probité et de son amour pour la médecine, il lui serait présenté à chaque licence deux jetons d'argent, ainsi qu'à chaque docteur, et qu'on lui enverrait toutes les thèses soutenues dans la Faculté ainsi que tous les mémoires qu'elle ferait paraître.

La Faculté de droit avait, elle aussi, des discussions analogues. Le recteur, ayant été informé que cette Faculté avait accordé des grades à deux étudiants pratiquant la religion réformée, sans que ceux-ci eussent fait profession de foi, convoqua l'Université le 25 novembre 1648, et, après avoir adressé de vifs reproches aux professeurs, fit renouveler le statut portant que, conformément à la bulle papale, nul ne serait pourvu de grades dans aucune Faculté avant d'avoir fait profession de foi entre les mains du recteur. En conséquence, la Faculté refusa, peu de temps après, des lettres de licence à un nommé Lalouette, protestant de la ville de Metz. Celui-ci eut recours au Parlement de cette ville et obtint un arrêt qui enjoignait aux professeurs de faire expédier et délivrer au réclamant ses lettres de licence dans un délai de trois jours. Cet arrêt ayant été signifié aux professeurs de droit, ils en instruisirent le recteur de l'Université qui leur enjoignit de se conformer au texte de la bulle de Sixte-Quint. Mais, ceux-ci ayant préféré obéir à l'arrêt du Parlement, le recteur se pourvut au conseil du roi, qui ordonna de surseoir aux arrêts du Parlement et défendit aux professeurs de rien faire qui fût contraire ou préjudiciable aux statuts de l'Université.

Le recteur jésuite était jaloux de ses prérogatives; ainsi, un jour, le duc Léopold étant venu à Pont-à-Mousson, tous les corps allèrent au-devant de lui, à l'exception de l'Université qui les attendit en dehors des portes de la ville. Les Altesses ne voulurent recevoir de compliments que le lendemain; le P. recteur prononça le sien à la tête de l'Université. Le doyen de la Faculté de droit fit un compliment au nom de cette Faculté et de celle de médecine. Mal lui en prit, car, malgré ses explications, le recteur exigea du doyen une déclaration par laquelle celui-ci reconnut que, lorsque toute l'Université était assemblée par commandement du recteur, à ce dernier seul appartenait le droit de haranguer et de porter la parole au nom de toutes les Facultés. Un autre jour, à la mort de Léopold, l'Université fut convoquée aux obsèques à Nancy. Elle eut rang immédiatement après les chambres des comptes. Mais le recteur se plaignit encore de ce qu'on avait adressé des lettres de convocation particulières aux doyens des Facultés de droit et de médecine, prétendant que la sienne suffisait pour toutes les Facultés. Une autre fois encore, le même recteur obtint un arrêt de la Cour souveraine contre les Facultés de droit et de médecine qui lui contestaient le droit de nommer l'imprimeur de l'Université.

Ce n'est pas seulement avec l'autorité souveraine que la Faculté de médecine eut des démêlés plus ou moins vifs. La paix ne régnait pas toujours entre la Faculté de droit et la Faculté de médecine; des querelles de préséance troublèrent plus d'une fois l'harmonie entre les Facultés laïques. Nous n'insisterons pas ici sur la grande lutte du rectorat ni sur la querelle philologique sur le nom de la ville; les jésuites l'appelaient *Mussipontum*, les professeurs de droit *Pontimussum*. Les médecins, qui alors étaient en délicatesse avec les deux partis pour refus d'obéissance et question de préséance, eurent un nom à leur usage particulier. Leur doyen, Ch. Le Pois, ne se servait que du mot *Pons ad Monticulum*, qui, après tout, était le plus logique. La guerre resta à l'état permanent. Elle éclatait à tout moment. En 1602, les médecins avaient assisté à la procession du recteur, le jour de Sainte-Madeleine; la même année, à la fête de Saint-Nicolas, il y eut une nouvelle procession. A l'entrée de l'église Saint-Laurent, une contestation s'éleva entre les doyens et professeurs de la Faculté de droit et ceux de la Faculté de médecine à propos de leur place. La Faculté de médecine demanda un banc séparé de celui de la Faculté de droit, ce qui lui fut accordé. Elle se plaça dans le milieu de l'église, les jésuites à droite, le recteur et le chancelier sur des sièges séparés, et la Faculté de droit à gauche. Tout alla bien ce jour-là; mais, en 1604, pendant la procession, nouvelle querelle pour la place dans le cortège que le duc de Lorraine dut régler officiellement.

En 1629, à l'occasion de la réception solennelle d'un maître ès arts, les étudiants en droit et en médecine, étant arrivés à l'avance dans la cour du collège, repoussèrent les bancs réservés aux théologiens et établirent leurs doyens sur des places qui ne leur étaient pas réservées. Le recteur jésuite ne dit rien; mais il enjoignit au bedeau de ne leur offrir les gants, qu'on avait coutume de distribuer ce jour-là aux dignitaires de l'Université, qu'après les avoir présentés aux docteurs en théologie. Les deux doyens, irrités, refusèrent les gants et se retirèrent suivis de tous les professeurs et de tous leurs élèves. Ils se rendirent au local de la Faculté de droit, et, là, ils rédigèrent en commun une protestation dans laquelle ils déclaraient qu'ils ne prendraient part à aucune des cérémonies de l'Université avant d'avoir obtenu satisfaction. Il fallut l'intervention personnelle du cardinal de Lorraine, frère du duc Charles IV, pour tout apaiser.

Terminons par une scène digne du *Lutrin*. En 1718, alors que tout semblait apaisé, la procession du recteur fut troublée par le fait d'un simple bedeau qui réveilla toutes les anciennes querelles. Le bedeau de la Faculté de théologie, qui était jésuite, déplaça de sa pleine autorité le banc destiné dans l'église Saint-Laurent, au chœur, à la Faculté de droit. Celle-ci le fait rapporter à sa place primitive; le bedeau l'ôte encore; on le lui fait rapporter. Ces allées et venues se firent jusqu'à trois reprises. La victoire resta pourtant à la Faculté de droit, le recteur n'ayant osé donner raison à son bedeau.

Étonnons-nous, après cela, de voir un appariteur de la Faculté de droit, laissant courir sa plume sur le registre de cette Faculté, écrire en guise de litanie sur la marge : *A cautelâ Jesuitarum libera nos, Domine!*

Amen, ajoute Ory à qui nous empruntons ces détails.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Duret et Henriet comme chefs de clinique titulaires. Il n'a pas été nommé de chefs adjoints.

— La Chambre des députés a adopté, dans la séance de mardi 26 juillet, le projet de loi relatif à la reconstruction et à l'agrandissement des bâtiments de la Sorbonne, déjà voté par le Conseil municipal, et dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre numéro du 28 juin dernier.

— La troisième liste de souscription pour élever un monument à la mémoire de Paul Broca vient d'être publiée. Les sommes versées jusqu'à ce jour s'élèvent à un total de 19,868 fr. 75.

Les souscriptions doivent être adressées par mandat sur la poste au secrétaire de la commission, M. le docteur Pozzi, professeur agrégé, 10, place Vendôme, à Paris.

— La Société d'anthropologie vient de décerner, dans sa séance générale annuelle, le prix Godard à M. le docteur Mondières, médecin de la marine, pour son travail intitulé : *Monographies sur les femmes de la Cochinchine.* Des médailles de bronze ont été accordées : 1° à M. le docteur Atgier, également médecin de la marine, pour son mémoire : *Les bords de la Mayenne à l'âge de la pierre;* 2° à M. le docteur Manouvriez, pour un travail ayant pour titre : *Recherckes sur les caractères du crâne et du cerveau au point de vue de l'anatomie pathologique et de la physiologie.*

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera, du 4 au 11 août 1881, une excursion géologique en Belgique. Le rendez-vous est à Paris, à la gare du Nord, le jeudi 4 août, à huit heures vingt minutes du matin. Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie du Muséum avant le mardi 1er août à quatre heures.

Programme. — Jeudi 4 août : de Paris à Dinant, en chemin de fer; coucher à Dinant. — Vendredi 5 août : de Dinant à Namur par la Meuse en bateau à vapeur. Environs de Namur, terrains devonien, carbonifère et houiller. Chemin de fer pour Liège. Étude des psammites de Condroz. Gîte à végétaux d'Évieux, etc. Coucher à Liège. — Samedi 6 août : chemin de fer pour Maëstricht. Visite aux célèbres cryptes de la montagne de Saint-Pierre. Gîte calaminaire de la Vieille-Montagne. Coucher à Maëstricht. — Dimanche 7 août : repos; on pourra aller visiter Aix-la-Chapelle. Coucher à Liège. — Lundi 8 août : chemin de fer pour Louvain, dont on étudiera le terrain tertiaire. Coucher à Bruxelles. — Mardi 9 août : terrains tertiaires et quaternaires des environs de Bruxelles. Visite des collections du Musée royal. Coucher à Bruxelles. — Mercredi 10 août : environs de Mons-Craie, de Ciply. A Spiennes, ateliers de l'âge de la pierre polie. Le mont Panisel. Coucher à Mons. — Jeudi 11 août : retour à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11508.

N° 88. — MARDI 2 AOUT 1881. 54e ANNÉE. MARDI 2 AOUT 1881. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Des abcès froids.

L'enfant que je veux tout d'abord vous montrer, en commençant cette leçon, a été opéré le 20 du mois dernier d'un abcès froid de la paroi thoracique. Aujourd'hui, il est à peu près complètement guéri; il ne lui reste depuis huit jours qu'une petite plaie superficielle. Celle-ci même en deux jours se fermerait si, au lieu d'être à l'hôpital, cet enfant pouvait aller à la campagne. On le panse actuellement avec de la vaseline, du coton et un bandage sec.

Ainsi donc voici un enfant de seize ans qui a eu un abcès froid très-caractérisé, d'un diagnostic facile, situé au niveau des neuvième et dixième côtes, dont l'étendue était de 6 à 7 centimètres et que l'on aurait attribué autrefois à une carie costale, tandis que je l'ai considéré comme d'origine tuberculeuse.

Je l'ai gratté, ruginé avec une curette, et j'ai pu constater qu'il n'existait aucune dénudation des côtes, mais que j'avais bien affaire, comme je l'avais indiqué, à un abcès situé au-dessous des muscles superficiels et reposant sur les neuvième et dixième côtes. J'ai suturé ensuite la plaie et appliqué le pansement. C'est donc un cas de guérison par première intention en dix jours à peine.

Pendant le courant de l'année scolaire j'ai eu ainsi plusieurs faits assez analogues que je vais résumer brièvement.

Au mois de décembre dernier, j'ai fait présenter à la Société de chirurgie, par M. Campenon, en mon absence, un jeune homme qui avait été opéré de la même façon pour un abcès froid du cou. J'ai eu également dans mon service un autre jeune garçon qui présentait deux abcès de même nature, l'un au cou, l'autre à la hanche ou plutôt le long de la crête iliaque, et que j'ai traités par le même procédé. Celui du cou s'est terminé par première intention; celui de la hanche, au contraire, par seconde intention. Tous deux néanmoins ont parfaitement guéri.

D'autre part, j'ai eu encore un malade au sujet duquel M. Grancher a bien voulu venir faire ici une leçon sur la tuberculose. Cet homme avait eu une enfance de scrofuleux. Cependant les accidents avaient si bien cessé dès l'âge de dix-sept ans et sa santé s'était tellement améliorée qu'il avait fait, comme engagé volontaire, la campagne du Mexique. Cependant, tombé là-bas gravement malade d'une dysentérie intense, il avait été renvoyé en France; mais, dès qu'il fut guéri, il retourna au Mexique et n'en revint que la guerre terminée. A son retour définitif à Paris, il devint sergent de ville, puis brigadier, et sa santé était parfaite lorsqu'il vint à perdre successivement deux de ses enfants.

Peu de temps après, il avait une pleurésie droite, puis un abcès au mollet, qui dura sept mois. A peine était-il convalescent qu'il était atteint d'une pleurésie du côté opposé, puis d'un gonflement testiculaire. Il se formait un petit abcès qui laissait à sa suite un trajet fistuleux au niveau de la partie inférieure du scrotum du côté gauche.

Enfin, à l'avant-bras gauche, il se développait un abcès froid sous-cutané. J'en pratiquai le raclage, mais la peau violacée était tellement amincie que la réunion par première intention ne put être obtenue. Sur ces entrefaites, je partais pour le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. A mon retour, cet homme n'étant pas guéri, je fis le curage de quelques petits points qui persistaient encore. Depuis lors, il alla parfaitement, engraissant même, et, lorsqu'il nous quitta, il se portait à merveille.

A ces faits j'ajouterai celui d'une jeune fille de la ville, âgée de quinze ans, atteinte de polysarcie strumeuse. Elle fut soignée, il y a quelques années, pour un abcès par congestion de la fosse iliaque droite tenant à un mal de Pott, dont le siège était au niveau de la troisième vertèbre lombaire. La collection purulente fut ponctionnée, deux injections de teinture d'iode furent faites; l'abcès diminua assez rapidement, ne laissant après lui qu'un petit noyau dur et indolent. C'était là un très-heureux résultat, il ne restait qu'une légère incurvation de la colonne vertébrale, et la malade commençait à marcher un peu, lorsqu'elle s'aperçut d'une petite bosselure au niveau de la région trochantérienne. Cela se passait en 1878; six mois plus tard, l'existence d'un foyer purulent était nettement constatée. Enfin, il y a quatorze ou quinze mois, ponction, écoulement de quelques gouttes de liquide, la canule se bouche; nouvelle séance quelques jours après, avec un trocart plus gros, impossibilité d'évacuer la poche. L'état général étant bon, l'appétit excellent, la mine rose, je patientai quelque temps; aujourd'hui je ne patienterais plus, tout retard en pareilles conditions étant absolument inutile, si même il ne présente parfois de véritables inconvénients.

Bref, dans ces derniers temps, nul changement n'étant survenu, je considérai la tumeur comme un abcès froid, et

l'ouvris par une incision de 16 à 18 centimètres. C'était bien un abcès, dont le contenu se trouvait parvenu à diverses périodes de ramollissement, et dont les parois fibreuses étaient très-résistantes. J'en fis le grattage et m'aperçus bientôt que la cavité présentait un diverticulum profond, passant en arrière du grand trochanter, et large de quatre doigts. J'en pratiquai également le curage, et, après avoir placé un tube et suturé la plaie, j'appliquai le pansement de Lister.

Le succès fut très-beau et très-rapide, surtout si j'ajoute que la poche, non compris son diverticulum, mesurait 17 centimètres de long sur 9 de large.

J'ai eu encore, il y a quelque temps, à l'hôpital, un homme d'une cinquantaine d'années qui nous a présenté un type d'abcès froid, de date ancienne, de la région scapulaire. Cet abcès, resté fistuleux, se prolongeait par deux foyers en galerie remplis de matière tuberculeuse qui avaient fini par déterminer la carie de l'omoplate. Ces deux longs diverticules étaient ce que l'on appelait autrefois des abcès migrateurs.

Cet homme, malade depuis longtemps, était dans un tel état de santé qu'il a succombé à un érysipèle critique.

Ceci brièvement dit sur les différents faits que j'ai observés depuis quelque temps, je me bornerai à vous rappeler ce que j'exposais dernièrement au Congrès d'Alger.

Autrefois on craignait tellement la septicité à l'intérieur de ces foyers qu'on ne les ouvrait pas du tout, ou bien, si on les ouvrait, on le faisait le plus tard possible, ou bien encore au moyen d'instruments aspirateurs du genre de celui que M. J. Guérin avait imaginé. Si Lister et son école nous ont montré que l'on pouvait ouvrir ces abcès, les vider, les désinfecter et empêcher tout développement de septicité, ils ne nous ont pas appris à les guérir, en tant qu'ils ne nous donnaient aucune notion nouvelle sur leur constitution. Ce n'est que plus tard que nous avons appris, par les recherches de MM. Charcot, Grancher, Lannelongue, et par nos propres recherches aussi, que ces tumeurs ne sont pas, à proprement parler, de véritables abcès, mais bien des gommes tuberculeuses, subissant un travail de ramollissement et d'accroissement, et limitées par un tissu dense et dur. Ceci étant admis, la conclusion thérapeutique se trouvait tout indiquée : ouvrir, évacuer, gratter et appliquer le pansement antiseptique.

Il s'est donc fait là un double progrès : le pansement de Lister et le traitement chirurgical. Le premier n'existerait pas que le second permettrait encore d'obtenir la guérison, tandis que le pansement de Lister seul ne suffirait pas pour arriver à un heureux résultat.

Récemment je prenais la parole à la Société de chirurgie dans une discussion sur certains kystes de l'omoplate qui ne sont pas autre chose que des abcès froids à diverses périodes de régression ou de transformation naturelle, pouvant ainsi guérir spontanément à chacune de leurs périodes.

J'ai eu en effet, à la Charité, il y a un peu plus d'un an, un homme présentant une tumeur de la joue, ferme, solide, profonde, qui augmentait peu à peu, mais ne s'accompagnait d'aucun ganglion ; j'étais assez embarrassé sur le diagnostic à émettre, lorsque, au bout de quelque temps, je vis une seconde tumeur se développer, puis quelques scrofulides cutanées. Je diagnostiquai alors une affection scrofuleuse. J'instituai immédiatement un traitement interne par la teinture d'iode et l'iodure de potassium, et les tumeurs disparurent complètement.

Un autre malade, entré ici il y a sept ou huit mois, pour une gomme scrofuleuse, a guéri par le même traitement dans l'espace de trois semaines.

Semblables faits ont été énoncés par M. Grancher, dans sa leçon sur la guérison du tubercule.

Lorsque, il y a six ans, j'enseignai à la Faculté les maladies des os, j'étudiai avec grand soin la question des ostéites et des périostites, et je me rappelle les difficultés que j'éprouvai à m'éclairer moi-même. A cette époque, j'avais cru devoir admettre une périostite externe que je décrivis pour expliquer l'existence de certains abcès profonds sans communication avec l'os lui-même. M. Verneuil y fut alors très-opposé. M. Duplay, frappé à son tour des abcès froids de la paroi thoracique que l'on rencontre chez les jeunes gens, a publié aussi un mémoire sur la périostite externe.

Aujourd'hui la question est vidée : ces abcès de périostite externe ne sont autre chose que des abcès froids tuberculeux qui respectent ou qui détruisent les os.

Le jeune garçon que je vous ai présenté en commençant cette leçon en est un exemple ; son abcès arrivait bien jusque sur les côtes, mais sans les avoir atteintes.

Enfin, cette année, après avoir amputé la cuisse et la mâchoire d'un jeune sujet, j'ai étudié le genou et les lésions qu'il présentait ; j'ai trouvé des foyers tuberculeux solides, d'autres qui étaient ramollis, d'autres encore qui avaient gagné peu à peu le périoste et les os ; les condyles du fémur et du tibia, ainsi que la rotule, avaient été envahis par la tuberculose voisine.

La vérité clinique est donc que, si des abcès très-voisins du périoste peuvent guérir sans l'atteindre, d'autres peuvent l'envahir à leur tour ; ce sont des abcès froids pouvant siéger sous le tégument, mais qui, le plus souvent, sont profonds et peuvent être aussi sous-périostiques.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

Complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme articulaire aigu est une affection dont l'un des caractères est la fréquence des complications viscérales, notamment de l'organe central de la circulation.

En effet, agissant surtout, comme maladie générale, sur les tissus fibreux et sur les synoviales, elle présente une grande tendance à se montrer partout où elle rencontre un tissu semblable aux synoviales articulaires ; de là la grande fréquence des inflammations du centre circulatoire venant compliquer le rhumatisme articulaire. Ce fait a été reconnu et signalé par notre illustre maître, M. Bouillaud, qui a posé à peu près dans les termes suivants la loi qui régit les rapports des complications cardiaques avec le rhumatisme articulaire aigu : « Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite est la règle, et la non-coïncidence, l'exception ; par contre, dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, cette coïncidence est l'exception, et la non-coïncidence, la règle ».

Ainsi nous voyons que, plus le rhumatisme articulaire est aigu et généralisé, plus les complications cardiaques sont la loi, et plus, au contraire, le rhumatisme est partiel et peu intense, plus ces complications feront défaut. Et, a ajouté M. Bouillaud, l'endocardite n'est pas la seule complication

ordinaire, mais il faut aussi savoir y ajouter la péricardite.

Bien que cette loi ait été attaquée et contestée, elle n'en est pas moins restée absolument vraie. Des recherches statistiques faites sur la proportion de ces complications relativement au rhumatisme articulaire ont donné un chiffre de moitié environ (415 complications cardiaques sur 1,121 cas thèse Ball ; 37 sur 75, travail Taylor). De plus, pour les uns, tels que M. Bamberger, l'endocardite serait plus fréquente que la péricardite; pour d'autres, ce serait le contraire.

En ce moment ces complications sont plus rares, ce qui dépend de l'époque où nous sommes, et aussi de ce que, grâce à certains moyens de traitement nouveaux, nous parvenons à enrayer la maladie rhumatismale beaucoup plus vite.

Si ces statistiques sont bonnes dans l'ensemble, cependant elles laissent encore à désirer, par ce fait que, les complications cardiaques n'étant pas toujours très-faciles à diagnostiquer, un certain nombre d'entre elles passent inaperçues, d'autant plus que parfois elles n'entraînent d'autres troubles fonctionnels qu'une dyspnée légère, dont les malades se plaignent à peine.

Les complications cardiaques peuvent donc atteindre l'endocarde, le myocarde et le péricarde.

De ces trois lésions, l'endocardite rhumatismale est la plus fréquente ; elle porte principalement sur certains orifices du cœur et sur certains appareils valvulaires. C'est ainsi que les orifices du cœur droit sont généralement respectés par le rhumatisme, de même que souvent aussi l'orifice aortique; par contre l'orifice mitral est le plus fréquemment atteint. De là un bruit systolique à la pointe du cœur, se propageant vers l'aisselle, qui indique non pas une insuffisance mitrale véritable, ce qui semblerait signifier l'existence d'une lésion permanente, mais bien une endocardite mitrale s'accompagnant d'une insuffisance passagère due à une sorte de paralysie inflammatoire des colonnes charnues qui tendent la valvule mitrale. Nous ajouterons que cette insuffisance, généralement passagère, peut se perpétuer et devenir permanente, par suite d'un raccourcissement de ces colonnes charnues consécutif à l'endocardite.

Quant à l'orifice aortique, si parfois il est pris dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, le fait est assez rare, tandis qu'il est pour ainsi dire constant dans les affections rhumatismales chroniques et dans la goutte.

Rien ne ressemble moins à la péricardite classique que la péricardite rhumatismale. Cette dernière est beaucoup plus circonscrite, partielle, elle ne donne pas lieu à ces larges frottements que l'on perçoit dans la péricardite ordinaire; aussi le diagnostic en est-il plus difficile. Ces frottements s'entendent surtout vers la base du cœur ; ils sont plus ou moins rudes, plus ou moins soufflés.

S'ils se manifestent loin des orifices, la maladie est plus facile à reconnaître ; si, au contraire, la lésion existe dans leur voisinage, ce qui est le cas le plus fréquent, elle sera beaucoup plus difficile à distinguer. En effet c'est surtout dans le voisinage ou au niveau des orifices des artères pulmonaires, au deuxième temps, que ce bruit soufflé se rencontre. Il est dû à la formation d'un exsudat fibrineux, dans les replis du péricarde, sur les vaisseaux qui émergent du cœur. De là la possibilité de le confondre avec un bruit aortique. Cependant j'ajouterai, comme signe distinctif, qu'il siège surtout à gauche, s'étendant vers la pointe du sternum, qu'il est circonscrit et susceptible de se modifier.

Du reste, je n'insiste pas davantage ; il me suffira d'avoir signalé les erreurs auxquelles ces bruits peuvent donner lieu.

Le rhumatisme articulaire aigu peut aussi se localiser sur le muscle cardiaque; dans ce cas il est à peu près impossible de diagnostiquer la lésion, et nous en sommes réduits le plus souvent à de simples présomptions. On suppose que le myocarde est pris, lorsque les bruits du cœur sont très-étouffés, que la précipitation des battements est considérable, et que leur persistance est en désaccord avec le peu d'intensité de la fièvre.

Les phénomènes inflammatoires du rhumatisme de l'organe central de la circulation ne diffèrent pas de ceux que l'on observe sur les articulations. Ce sont les mêmes lésions anatomiques, les mêmes fluxions inflammatoires superficielles ; et la seule différence, c'est que, lorsque le cœur est touché par le rhumatisme, son tissu, si la lésion devient permanente, a de la tendance à une dégénérescence que l'on pourrait comparer à celle des vieillards. C'est ainsi que le rhumatisant, atteint à un âge peu avancé, sera sujet dès l'âge de quarante ou cinquante ans à une dégénérescence sénile précoce, et exposé par suite à une mort prématurée. Ce sont quelquefois des altérations crétacées des valvules qui s'effritent, et l'on constate une endocardite ulcéreuse avec des caractères typhiques. Ce sont aussi certains infarctus qui peuvent être la conséquence plus ou moins éloignée de l'affection rhumatismale, etc., etc.

Si nous passons à d'autres complications viscérales, nous verrons que la plèvre peut également se trouver atteinte et son inflammation donner lieu à un épanchement peu considérable, surtout lorsque le rhumatisme est de moyenne intensité : il en est de même pour les autres séreuses, les méninges, le péritoine. Cette dernière cependant est beaucoup moins souvent envahie que les autres par l'inflammation rhumatismale. J'en ai observé un exemple remarquable, il y a cinq ou six ans, chez une femme; la péritonite a débuté spontanément, elle s'est généralisée, mais elle est restée peu intense, et ce n'est que plusieurs jours après les accidents péritonéaux que l'endocardite rhumatismale est apparue ; quant au rhumatisme, il s'est localisé plus tard sur les articulations; enfin la maladie s'est terminée par un érythème rhumatismal.

L'évolution a donc, dans ce cas, parcouru toute la gamme des manifestations rhumatismales, débutant par une séreuse ; se continuant par l'organe central de la circulation, et arrivant aux synoviales articulaires, pour se terminer enfin par le système cutané.

Je signalerai aussi, parmi les complications viscérales qui peuvent survenir pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme cérébral, sans qu'il soit nécessaire ici de m'y arrêter autrement.

D'après ce que nous venons de dire, l'un des caractères importants du rhumatisme articulaire aigu est donc la complication que l'on peut rencontrer, et que l'on rencontre dans près de la moitié des cas, du côté du cœur et de ses enveloppes ; que ses manifestations atteignent l'endocarde, le myocarde ou le péricarde, la nature des phénomènes inflammatoires qu'elles déterminent est analogue à celle des phénomènes qui se passent du côté des synoviales articulaires.

Ces cardiopathies peuvent se montrer isolées ou non du rhumatisme articulaire aigu, soit qu'elles le précèdent, soit qu'elles l'accompagnent, soit qu'elles lui succèdent ; mais

elles sont, au même titre que les arthropathies, des manifestations d'une affection rhumatismale articulaire aiguë.

DE LA GREFFE DERMIQUE

Par M. Charles Monod (1).

Le 30 mars, M. Meyer pratiquait chez une femme de cinquante-neuf ans l'ablation d'un épithélioma de l'angle interne de l'œil. L'opération achevée, il résolut de combler la perte de substance, qui était considérable, par un lambeau autoplastique emprunté à la malade elle-même et pris dans une région éloignée de celle où il allait être transplanté et complètement détaché, sans pédicule se reliant à son lieu d'emprunt. Donc, séance tenante, un fragment de peau de même dimension que la perte de substance, c'est-à-dire mesurant 6 centimètres dans son plus grand diamètre, fut pris à la partie antérieure de l'avant-bras de l'opérée. Débarrassé des débris de tissu cellulaire graisseux qui adhéraient à sa face profonde, il fut aussitôt transplanté sur la plaie et fixé par douze sutures appliquées à sa circonférence. Le pansement, antiseptique et légèrement compressif, fut laissé en place pendant cinq jours; à ce moment, le lambeau greffé est adhérent par toute sa surface; six sutures sont enlevées. Quatre jours après, les autres sutures sont enlevées; seize jours après l'opération, la guérison était complète. Un mois après, la malade est présentée à la Société de chirurgie; le lambeau greffé est parfaitement reconnaissable à la teinte un peu différente de celles des parties voisines et à la ligne de cicatrisation. Il était considérablement réduit en étendue; il ne mesurait plus que 15 millimètres dans sa plus grande largeur, au lieu de 60 millimètres qu'il mesurait au moment de son application.

Voici le résumé des réflexions de M. Monod, chargé de faire un rapport sur cette intéressante observation :

La greffe avait ici joué un rôle utile en permettant la guérison rapide, sans suppuration, d'une plaie relativement étendue et en évitant les inconvénients d'une rétraction cicatricielle fâcheuse. Quel nom convient-il de donner à cette variété d'autoplastie? C'est là essentiellement, dit M. Monod, une greffe, ou, si l'on veut, une anaplastie par greffe autoplastique; le lambeau ayant été emprunté à l'opéré lui-même, hétéroplastique s'il avait été pris sur un autre individu. C'est, en outre, une greffe cutanée. Ainsi conduite, l'opération n'a été, jusque dans ces derniers temps, que fort rarement pratiquée. On trouverait plus facilement bon nombre d'exemples de transplantations de petits lambeaux cutanés sur plaies bourgeonnantes. M. Monod, faisant ici l'historique de la question, cite successivement les recherches de Reverdin sur la greffe épidermique, celles d'Ollier sur la greffe dermo-épidermique, de Wecker sur la greffe dermique en mosaïque, de Dubrueil (de Montpellier), de Follet (de Lille), de Benjamin Auger, etc., d'étrangers tels qu'Hamilton, Lawson, Stelle, de Hofmolk, de Netolitsky, etc. Il faut aussi citer les recherches de M. Ollier sur le même sujet. La plupart des tentatives furent heureuses : un fragment de peau complètement séparé du corps de l'animal, placé dans certaines conditions favorables de milieu et de température, peut continuer à vivre en s'unissant organiquement à la partie au contact de laquelle elle est maintenue. Ces tentatives, jointes aux expériences faites par les physiologistes, prouvent que la greffe cutanée est possible. Le fait de M. Meyer et d'autres analogues marquent une phase nouvelle dans l'histoire de la greffe animale. Le lambeau transplanté est placé dans une plaie que vient de créer le chirurgien; il remplit exactement toute la perte de substance, qui est instantanément comblée. Le malade est dès lors à l'abri des dangers d'une plaie ouverte, et il évite les conséquences d'une cicatrisation par bourgeonnement.

Est-ce à dire qu'il s'agit d'une méthode nouvelle?

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, compte-rendu de la Société de chirurgie, p. 693.

Les koomas ou potiers de l'Inde, qui reconstituaient un nez absent avec un lambeau de peau emprunté à la fesse du patient, faisaient de l'anaplastie par greffe.

Quoi qu'il en soit et malgré des faits plus récents de Bunger, de Laugier, la plupart des auteurs considèrent la greffe après séparation complète comme inadmissible. En 1848, Lantilhac (de Montpellier) vantait cependant, mais sans aucun fait à l'appui, les services que pourrait rendre l'autoplastie par greffe. Aussi, lorsqu'en 1875 un chirurgien écossais, Wolf, publia une observation de guérison d'un ectropion obtenue à l'aide d'un lambeau emprunté à l'avant-bras de la malade, il ne s'éleva aucune réclamation de priorité. Wolf eut bientôt des imitateurs, et ce procédé de cure de l'ectropion fut désigné sous le nom de méthode de Wolf. Or c'est en France, cinq ans avant la publication du travail du chirurgien écossais, que cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Le Fort. Un première tentative fut faite par lui le 15 février 1870; l'insuccès fut complet. M. Le Fort renouvela cette même tentative en 1872, et, cette fois, l'opération fut couronnée d'un plein succès. Il avait eu soin de ne pas comprendre dans son lambeau le tissu cellulo-graisseux. Deux ans plus tard, le docteur Sichel pratiqua la même opération et obtint un résultat très-satisfaisant. Enfin, un an encore avant l'opération de Wolf, Stellway von Carion (de Vienne) publiait un cas semblable. Wecker, trois fois dans la même année, eut l'occasion d'appliquer ce procédé.

A la veille de la réunion d'un congrès où seront sans doute rapportés de nouveaux faits de guérison de l'ectropion par la méthode de Wolf, il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient. Toutefois il faut reconnaître que c'est surtout depuis la publication du chirurgien écossais que la nouvelle méthode prit son essor. Jusqu'en 1875, en effet, on ne connaissait que cinq observations. Depuis lors, on en compte trente et une. On arrive aujourd'hui à un total de trente-neuf opérations, sur lesquelles on compte vingt-trois succès, treize insuccès, trois résultats inconnus.

Les résultats définitifs de ce genre d'opération ne peuvent être jugés qu'après quelques mois à cause de la tendance du lambeau greffé à revenir sur lui-même et à diminuer d'étendue. Ce retrait consécutif du lambeau peut le réduire à la moitié de ses dimensions primitives.

M. Monod indique, en quelques mots, les données pratiques qui ressortent de l'étude de ces observations. En ce qui concerne d'abord la nature du lambeau, dans aucun cas celui-ci n'a été emprunté à un animal. L'étendue de la perte de substance n'a jamais été telle qu'il ait paru impossible d'emprunter au sujet lui-même le lambeau nécessaire pour la combler. C'est, jusqu'ici, le malade lui-même qui a toujours fait les frais de son autoplastie. Le lieu d'emprunt du lambeau a été, dans la majorité des cas, soit la face antérieure ou postérieure de l'avant-bras, soit la face interne du bras. Il importe de choisir un point où la peau soit fine, peu couverte de poils, peu chargée de graisse, se détachant facilement de l'aponévrose sous-jacente. M. Le Fort, lors de sa première opération, fit appliquer un sinapisme sur la région dans laquelle il devait tailler son lambeau. Cette précaution a été reconnue inutile.

Quelle doit être l'étendue de ce lambeau? Il devra dépasser notablement, en étendue, la plaie qu'il doit recouvrir. Pour arriver facilement à ce résultat, on peut prendre le patron de la perte de substance, l'appliquer sur la région où l'on emprunte le lambeau et tailler celui-ci en se tenant toujours à une bonne distance des bords du patron dont on suivra les contours.

Il faut procéder à la toilette du lambeau, c'est-à-dire à l'ablation de tout le tissu cellulo-adipeux qui adhère à la face profonde. Convient-il de laisser le lambeau entier ou de le découper en fragments plus petits? Cette dernière manière de faire nous semble compliquer inutilement l'opération, déjà délicate, et qui doit être faite rapidement. Nous préférons le lambeau unique. Comment maintenir le lambeau? Et d'abord pas de sutures; elles peuvent être nuisibles en provoquant de petits points de suppuration, et, en général, elles ne sont pas nécessaires. Tout au plus, lorsque le lambeau sera très-grand, sera-t-il avantageux de le fixer à ses deux

extrémités par deux points de suture faite avec de la soie très-fine. Une mince lame de baudruche gommée sera appliquée à la surface du lambeau et en dépassera les bords. Les auteurs s'accordent à reconnaître les avantages de ce mode de pansement. On pourra en garnir les bords avec du collodion. Par-dessus la baudruche, rondelle de lin trempée dans une solution d'acide borique, légère couche d'ouate désinfectée et bande de flanelle. Cet appareil sera laissé en place le plus longtemps possible. Le premier pansement sera retardé jusqu'au quatrième ou cinquième jour. Dans les cas favorables, aucune suppuration ne se produit. Souvent il y a mortification partielle du lambeau; celle-ci peut ne pas compromettre le résultat final.

M. Monod insiste, en terminant, sur la nécessité de suivre les malades et de surveiller le retrait du lambeau. C'est là, dit-il, la pierre d'achoppement de la méthode. Toutefois les essais jusqu'ici sont encourageants et doivent être poursuivis.

Jusqu'à présent, l'autoplastie par greffe n'a guère été appliquée que dans des cas d'ectropion, c'est-à-dire dans des conditions défavorables. Nulle part, cependant, la méthode ne peut trouver meilleure indication. Si, en effet, la tentative échoue, on n'a en rien aggravé la situation du malade. Cette considération suffirait à encourager les chirurgiens.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Action de l'inula helenium, L. — M. le docteur A. de Korab-Bajenski appelle l'attention du corps médical sur l'action de la grande aunée (inula helenium, L. D.). Cette plante indigène, dont Gubler recommandait l'étude à ses élèves, rend de grands services dans les affections respiratoires, comme expectorant et calmant.

Traitement de la phthisie laryngée. — M. le docteur Maurice Schmidt utilise surtout contre la phthisie laryngée la méthode antiseptique. Il recommande surtout les inhalations avec le baume du Pérou. Voici comment il procède :

On prend un demi-litre d'eau bouillante (que l'on maintient telle en la plaçant sur un réchaud à l'esprit-de-vin) dans lequel on verse dix (10) gouttes de la mixture suivante :

Baume du Pérou.	10 grammes.
Esprit-de-vin.	5 —

Le malade fait, trois à quatre fois par jour, pendant cinq minutes, les inhalations au moyen d'une espèce d'entonnoir conique formé d'une feuille de papier à cartes de la longueur de 1 mètre. La largeur de l'entonnoir, à son extrémité supérieure, doit avoir la grandeur de la bouche, et à son extrémité inférieure la largeur du vase contenant l'eau. Ces inhalations doivent être continuées pendant longtemps, depuis un mois jusqu'à un an.

A ce traitement, le docteur Schmidt ajoute la scarification de la partie supérieure et postérieure du larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.*)

Diarrhée séreuse des enfants et salicylate de chaux. — M. le docteur Alexandre Hutchins, a traité par le salicylate de chaux un certain nombre d'enfants atteints de diarrhée séreuse. Dans tous les cas la dose de ce médicament a été de 15 à 25 centigrammes, administrés toutes les deux ou trois heures dans du sirop ou roulés dans du sucre et légèrement humectés. La quantité totale prise par chaque malade variait entre six et dix-huit prises. Chez quelques enfants de petites doses d'aconit et de vératrine furent données en raison de la persistance d'une forte température. Dans d'autres cas, de petites doses de quinine furent administrées après la disparition de la maladie.

Le sel de chaux n'a pas d'effet appréciable sur les autres formes de flux intestinal; la diarrhée séreuse semble seule être justiciable du salicylate de chaux; chacune des autres formes réclame un traitement spécial.

Il est encore à noter que les vomissements qui accompagnaient la diarrhée séreuse des enfants cessaient aussitôt que l'agent médical commençait à modifier les selles, prouvant ainsi, sans aucun doute, la tolérance de l'estomac. (*Paris médical.*)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — M. le docteur Carpani Luigi formule ainsi les conditions du traitement du rhumatisme articulaire aigu, selon ses causes et ses manifestations. Le salicylate de soude est indiqué dans les cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, lorsque les phénomènes articulaires sont très-prononcés.

La quinine est le médicament le meilleur et le plus rapide lorsque l'on peut supposer qu'il est une manifestation de la malaria ou que celle-ci le complique. L'acide benzoïque ou le benzoate de soude convient aux cas compliqués de néphrite. Enfin les vésicants sont le plus sûr traitement si le rhumatisme est mono-articulaire ou si les articulations prises sont en petit nombre.

L'auteur donne comme contre-indications à l'emploi du salicylate de soude : 1° les affections graves du cœur; 2° des troubles gastriques persistants; 3° des complications rénales; non pas parce que le salicylate de soude pourrait produire une néphrite, mais parce qu'il aggrave les maladies des reins. Il faut donc, avant de prescrire ce médicament, avoir soin d'analyser les urines. En tous cas le salicylate de soude ne doit être donné qu'avec une très-grande prudence aux enfants et aux grandes personnes âgées ou affaiblies par quelques longues maladies. (*Annali universali di medicina e chirurgia.*)

Hydrate de chloral et camphre à doses thérapeutiques. — M. D.-B. Simons, ayant observé un fait d'empoisonnement par une mixture composée de parties égales d'hydrate de chloral et de camphre, a eu l'idée d'employer la même préparation à dose thérapeutique.

Vingt gouttes de cette mixture dans une potion gommeuse calmèrent un accès de manie aiguë. L'auteur pense que l'on pourrait l'employer également dans la rage, le tétanos et le delirium tremens. Le camphre et l'hydrate de chloral, ainsi associés, agiraient avec plus d'énergie que séparément. (*Rev. des sciences méd.*).

Traitement de la gale à la campagne. — On peut employer commodément à la campagne, à défaut de bains, le traitement de William Peters, qui consiste en frictions avec un mélange dont la composition a été ainsi modifiée par le docteur Vidal :

Onguent styrax.	2 parties.
Huile.	1 —

Mêlez.

Une onction matin et soir pendant quatre ou cinq jours. Cette pommade, dès la première application, calme les démangeaisons et guérit rapidement les éruptions pustuleuses et croûteuses provoquées par les acares. C'est un excellent traitement de la gale chez les très-jeunes enfants. Ils le supportent bien et la guérison est rapide. Pour les enfants au-dessous de trois ans, une seule friction par jour pendant quatre ou cinq jours. (*Revue d'hyg.*)

Collyre antiseptique. — C'est dans le cas d'ulcère rongeant de la cornée que des compresses imbibées du liquide suivant seront appliquées sur l'œil :

Acide salicylique.	1 gramme.
Acide borique.	3 —
Eau distillée.	100 —

Faites dissoudre.

On s'efforcera, en outre, d'arrêter la marche envahissante de l'ulcère par la cautérisation ignée, pratiquée d'une manière légère et superficielle, au moyen d'une petite olive pointue. Cette cautérisation, qui n'est pas douloureuse, a besoin parfois d'être répétée, et elle abrège sûrement la durée du traitement.

Il est important de s'assurer que l'acide borique ne renferme pas de sels de plomb, comme cela arrive souvent, car il en résulterait un danger sérieux pour l'œil. (*Union médicale*).

Lavement alimentaire. — On introduit dans un ballon de verre 500 grammes de viande aussi maigre que possible et finement hachée. On verse dessus 3 litres d'eau ordinaire et 30 centimètres cubes d'acide chlorydrique d'une densité de 1,15. Enfin on y ajoute 2gr,50 de pepsine pure du commerce, au maximum d'activité, c'est-à-dire digérant environ deux cents fois son poids de fibrine humide. On fait digérer le tout pendant vingt-quatre heures à une température de 45°, soit au bain-marie, soit à l'étuve ; puis on transvase dans une capsule de porcelaine, on porte à l'ébullition, et, pendant que le liquide bout, on y verse une solution alcaline (250 grammes de carbonate de soude pour 1,000 grammes d'eau) jusqu'à ce qu'il présente lui-même une très-faible réaction alcaline. Il faut en ajouter de 165 à 170 centimètres cubes.

Quand ce résultat a été obtenu, on passe la liqueur à l'eau bouillante à travers un linge fin, en exprimant le résidu insoluble, et ce liquide, dont le volume est d'environ 2 litres et demi, est réduit au bain-marie à 1,500 ou 1,800 centimètres cubes. On en administre la moitié chaque jour, en trois lavements, en y ajoutant 200 grammes de sucre blanc pour les vingt-quatre heures.

Toute la viande n'entre pas en dissolution ; la graisse, les tendons, les tissus conjonctifs et élastiques forment un résidu insoluble, qui s'élève à un tiers environ de la viande employée. (*Union médicale.*)

Traitement de l'esthiomène ulcéreux de la vulve par le sulfure de carbone iodoformé. — Le sulfure de carbone ayant été préconisé contre l'esthiomène ulcéreux de la vulve, et les résultats obtenus n'étant pas douteux, M. le docteur J. Chéron a pensé augmenter l'action de cette substance en lui adjoignant l'iodoforme, qui jouit aussi de propriétés cicatrisantes remarquables et dont l'action anesthésique locale est bien connue.

L'iodoforme se dissout très-bien dans le sulfure de carbone ; la solution est d'un rouge vineux ; l'odeur du sulfure de carbone et celle de l'iodoforme se trouvent mutuellement atténuées par leur association. Pour appliquer cette solution sur les parties malades, on doit se servir d'une baguette de verre qui ne peut porter qu'une très-petite quantité de liquide à la fois.

Dès que l'évaporation du sulfure de carbone est terminée, on aperçoit sur l'ulcère une tache jaune d'iodoforme d'autant plus adhérente que la solution a rendu ce médicament impalpable. Cette tache jaune permet d'apprécier si l'ulcère a été, oui ou non, touché dans toutes ses parties.

La formule de la solution employée par M. le docteur J. Chéron, dans son service de Saint-Lazare, est la suivante :

Sulfure de carbone. . . . . . . 30 grammes.
Iodoforme. . . . . 5 —

La douleur de l'application de cette solution est moins vive que celle à laquelle donne lieu le sulfure de carbone pur. Elle ne dure que le temps nécessaire à l'évaporation.

En faisant des applications de sulfure de carbone iodoformé tous les jours, on arrive en très-peu de temps à la cicatrisation. M. J. Chéron est parvenu ainsi, à l'aide de ce moyen, à obtenir la cicatrisation dans de nombreux cas rebelles jusqu'alors aux médications classiques. (*Revue méd.-chirur. des maladies des femmes* et *le Médecin praticien.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 juillet 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATION

M. Gellé, s'apercevant que l'un des cobayes qu'il a rendus sourds il y a un an par destruction des deux limaçons offre depuis peu une opacité croissante de l'œil droit, avec chute de la paupière et léger écoulement sanieux palpébral, se décide à le sacrifier pour constater les lésions otiques qui ont causé la surdité si nette observée sur l'animal. Quel rapport y a-t-il entre les lésions traumatiques et consécutives de l'oreille droite et l'altération prononcée des milieux de l'œil de ce côté ?

L'autopsie l'explique très-catégoriquement.

En effet, on constate à l'ouverture du crâne, une fois le cerveau enlevé, que la fosse sphénoïdale et une partie de l'écaille temporale et de la face antérieure du rocher sont cachées par une vaste collection purulente qui soulève la dure-mère en saillie arrondie, refoulant le trijumeau qui, entouré de pus, est ramolli, rougeâtre, facile à déchirer, dans tout son parcours, au niveau du ganglion de Gasfer. Désormais l'altération trophique du milieu de l'œil s'explique tout naturellement.

L'œil offre une cornée polie, lisse, transparente ; l'opacité est centrale, totale. Mais il sera examiné au point de vue histologique, sous la liqueur de Muller.

L'examen des lésions optiques ayant amené la surdité du cobaye sera fait ultérieurement ; on sait, par la première observation, que le pus s'est porté de la bulle et de l'oreille interne ouverte vers la base du cône et a détruit le trijumeau, d'où les troubles trophiques oculaires.

M. Gellé, à ce propos, rappelle combien fréquemment, en clinique, on voit coïncider avec l'otorrhée ou une oreille sourde des lésions plus ou moins graves de l'œil du même côté. L'autopsie actuelle montre un des modes de production de semblables retentissements qu'on a plutôt expliqués par un effet de sympathie.

La séance est levée.

Séance du 30 juillet 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Suppuration chez les oiseaux. — **M. Mégnin** a montré à la dernière séance un cardinal gris et qui était affecté de deux énormes tumeurs symétriques, chacune grosse comme la tête, au-dessus de chaque œil, tumeurs qu'il croyait sanguines. Cet oiseau, dit-il, étant sur le point de mourir, j'ai fait des ponctions exploratrices et j'ai été très-surpris de reconnaître que ces tumeurs étaient d'énormes abcès remplis de pus liquide et ayant pour siège la cavité orbitaire. La suppuration liquide est extraordinairement rare chez les oiseaux, chez lesquels le pus est ordinairement concret ; il y a du reste beaucoup d'observations à faire sur les différences que présentent l'inflammation et ses produits chez les oiseaux et chez les mammifères. J'en entretiendrai un jour la Société.

Je présente aujourd'hui la tête d'un coq, affecté d'un eczéma qui occupe exclusivement le côté droit de la crête. Ce coq vivait chez un éleveur chez lequel plusieurs autres coqs présentent la même affection à des degrés divers ds développement. Cet eczéma n'a pourtant rien de parasitaire ni de contagieux, ainsi que je m'en suis assuré ; une cause générale a donc agi sur toutes les volailles affectées. Cette maladie, comme on peut le voir, présente un caractère singulier : le côté droit de la crête seul est malade, et on peut remarquer que la crête tombe naturellement à gauche, que le côté gauche est continuellement à l'ombre et le côté droit constamment à la lumière ou au soleil. Cette analogie avec la pellagre me frappa, et j'écrivis immédiatement à l'éleveur pour avoir des renseignements sur la manière dont il nourrissait ses volailles ; il m'apprit que le maïs entrait pour une grande part dans leur régime. Or on sait que les graines que l'on donne aux volailles sont généralement des résidus, des criblures, des graines de qualité inférieure enfin. Il y a donc aussi là une analogie dans les causes, car on sait que, pour beaucoup d'auteurs, la pellagre a pour cause exclusive l'usage du maïs altéré. Je suivrai du reste cette affection et tâcherai de m'assurer si l'analogie peut être poussée jusqu'à l'identité.

Cette observation indique peut-être que les coqs (je ne parle pas des poules qui, quand elles en ont, n'ont qu'un rudiment de crête) seraient d'excellents sujets d'expérience pour vider enfin cette éternelle question de l'origine de la pellagre attribuée par

les uns exclusivement à l'usage du mais altéré et par les autres à toutes les causes qui engendrent la misère.

Force neurique. — M. RICHET présente, au nom de M. Barety (de Nice), un travail intitulé : Des propriétés physiques d'une force particulière du corps humain (force neurique rayonnante) connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal. M. Barety a pu doser cette force neurique ; il a vu qu'en la faisant passer à travers un prisme, elle est déviée comme les rayons lumineux.

Des nerfs des membres. — M. PAUL BERT. On sait que les nerfs qui animent les muscles des membres sortent par cinq racines. Ce type des cinq racines existe chez tous les vertébrés. Comment ces racines se distribuent-elles aux muscles auxquels le nerf donne le mouvement? Chaque muscle est-il animé par un filet provenant de plusieurs racines, auquel cas la disparition d'une racine n'amènerait pas une paralysie totale de ce muscle ; ou bien une seule racine anime-t-elle plusieurs muscles, de telle sorte qu'il y aurait des racines n'animant que des muscles extenseurs, ou des muscles fléchisseurs, etc.? L'expérience a donné raison à l'hypothèse qui repousse la multiplicité des racines agissant sur un seul muscle et qui veut que les muscles issus d'une même racine aient une synergie fonctionnelle. Ayant pris, chez le chien, ces nerfs issus du plexus lombaire, voici ce qui a été constaté :

La première racine fait mouvoir le couturier, le droit antérieur et le psoas. Ce sont là, chez les quadrupèdes, les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. La seconde racine donne le mouvement à la partie antérieure du vaste externe, à une portion du tenseur du fascia lata et au vaste interne. Ces muscles président au mouvement d'extension de la jambe. La troisième racine anime le reste du vaste externe et la partie antérieure du biceps. La quatrième racine, la partie postérieure du biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux, les deuxième et troisième adducteurs. La cinquième racine, enfin, préside, chez le chien, aux mouvements d'oscillation de la queue. Il résulte de ces recherches qu'une même région musculaire n'est pas innervée par plusieurs racines. Chaque racine agit sur certaines régions musculaires concourant à la même fonction. Autrement dit, chaque racine motrice préside à un département musculaire. On comprend dès lors comment, dans la moelle, se trouve une région qui corresponde à la contraction d'un petit nombre de muscles ; c'est celle d'où part la racine qui préside au mouvement exécuté par ces muscles.

Ce qui a été fait pour les racines motrices reste à faire pour les racines sensibles.

Ces recherches ont été faites en collaboration avec M. Marcazzi. Ce ne sont là que des données préalables qui précéderont un grand travail sur cette importante question de physiologie.

M. LABORDE. Ce qui se passe dans certaines affections de la moelle vient confirmer les importants résultats constatés par M. Paul Bert : dans la paralysie infantile, par exemple, ce sont toujours les mêmes muscles qui sont atteints, c'est toujours la même déformation que l'on constate.

Germination des amandes amères, production d'acide cyanhydrique. — M. PAUL BERT. Lorsqu'on place une certaine quantité d'amandes amères dans certaines conditions qui permettent leur germination, et une quantité égale dans des conditions telles qu'elles ne puissent germer, on constate qu'il se produit bien moins d'acide cyanhydrique pendant la germination que dans les amandes qui ne germent pas. M. Paul Bert signale ce fait sans l'expliquer.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 11 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

— Pendant les vacances, c'est-à-dire du 15 août au 14 octobre 1881, la bibliotèque de la Faculté de médecine de Paris sera ouverte seulement trois fois par semaine, les mardis, jeudis et samedis, de onze heures du matin à quatre heures du soir. Il n'y aura pas de service du soir.

Cours d'accouchement de la Faculté de médecine, leçon d'ouverture, par le docteur G. CHANTREUIL. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11519.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique,

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina
et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix: 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Peptones de Catillon
Rue Fontaine-Saint-Georges, 1, Paris.

Poudre : Peptone pure à l'état sec, — pas de dilution, contrôle facile, plus d'équivoque dans le dosage. 1 cuillerée à café représente 45gr de viande.

Solution : contient 3 parties de viande. *Lavement nutritif: 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum,* 0,30 *bicarbonate de soude.*

Sirop : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 cuillerée contient 30gr de viande.

Vin : utile complément de nutrition. 1 verre à madère contient 30gr de viande.

Chocolat, *avec ou sans phosphate de chaux*, en CROQUETTES contenant 8gr de viande et 0gr,25 phosphate de chaux, pour le goûter des enfants; en TABLETTES content^t 20gr de viande p. 1 déjeuner.

Peptones pepsiques
à la viande de bœuf

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe, de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très-pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique.* Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

Conserve DE PEPTONE DE Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

Vin de Peptone de Chapoteaut.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très-agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose d'un ou deux verres.

INDICATIONS PRINCIPALES. — *Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.*

Gros : CHAPOTEAUT, pharmacien, 8, rue Vivienne; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres ET Pastilles DE Paterson
BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

ECZEMA, ULCERES DE LA JAMBE.
GUÉRISON RADICALE ET RAPIDE PAR LES

Bandages élastiques
DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. AUBRY, 6, boulevard Saint-Michel; MM. COLLIN et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine; MM. GALANTE et FILS, 2, rue de l'École-de-Médecine; M. MATHIEU, 113, boulevard Saint-Germain; Pharmacie ROBERTS et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage.

Se défier des contrefaçons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes *(Basses-Pyrénées)*.

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Bonbons Tostain
Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boîte de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie TOSTAIN, 191, rue du Temple, Paris.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorure de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT; Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste.

N° 89. — JEUDI 4 AOUT 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 4 AOUT 1881. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bien peu de membres de l'Académie assistaient à cette séance. Quelques-uns venaient par habitude, mais ne sont pas entrés dans la salle, ou l'ont quittée avant la fin. Les invités eux-mêmes étaient clairsemés. Beaucoup de places étaient vides. C'est que, dans ce genre de solennité académique, l'éloquence de M. Béclard, comme attraction, serait indispensable. M. Bergeron a toujours écrit avec élégance, et cette année il a su mieux se faire entendre. Mais, quoique, dans une série de phrases bien tournées, comme tout ce qui sort de sa plume, il ait également parlé des morts et des vivants, on regrettait l'absence d'un véritable éloge, tel qu'en méritaient plusieurs de ceux-là.

Nous avons vu, avec un grand plaisir, couronner par l'Académie plusieurs ouvrages d'un vrai mérite dont les auteurs sont nos amis. Un d'entre eux, même, M. Galippe, est un de nos excellents confrères en journalisme.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Abcès chaud de la cuisse. — II. Fracture de la mâchoire inférieure.

I. Au n° 1 *bis* de notre salle des femmes, nous avons une malade entrée pour un abcès chaud, qui présente une forme insolite.

Cette femme, âgée de cinquante ans, est maigre, pâle, fatiguée, d'apparence délicate, bien qu'elle soit porteuse à la Halle, ce qui est un métier fatigant. Elle n'a aucun antécédent d'affection aiguë ou chronique. Elle a commencé à éprouver, il y a quatorze jours, quelques douleurs dans la cuisse gauche, vers l'extrémité inférieure, douleurs accompagnées de gonflements, d'un peu de chaleur de la peau, sans rougeur, enfin d'une fièvre légère qui dura une trantaine de jours environ. Elle s'est soignée chez elle par le repos et les cataplasmes; mais, n'éprouvant aucune amélioration, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Le lendemain matin, j'ai constaté une fièvre modérée, un état général assez bon ; puis, du côté de la cuisse, du gonflement, de la chaleur, une fluctuation profonde s'étendant depuis la partie moyenne de la cuisse, en avant et en dedans, jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule. Mais, pour sentir nettement le flot purulent, il m'a fallu exercer une pression profonde et prolongée, soit de haut en bas, soit de bas en haut et d'avant en arrière.

Nous avions donc là un abcès sous-aponévrotique, intermusculaire, profond, devant contenir au moins un demi-verre de pus, qui s'était formé en quatorze jours, abcès chaud, non des plus aigus, accompagné d'un état fébrile très-modéré, enfin de cause assez difficile à déterminer.

Les abcès chauds et profonds des membres, notamment de la cuisse, sont ordinairement symptomatiques d'une inflammation des os et du périoste, d'une ostéo-périostite, avec suppuration du périoste, dénudation des os et imminence de névrose. Ces abcès ostéo-périostiques sont quelquefois la conséquence d'une lésion traumatique spontanée. Est-ce là ce que nous avions chez notre malade? Mais elle ne nous indiquait aucun traumatisme originel. De plus elle a dépassé l'âge où se forment généralement ces abcès. En effet, ceux-ci appartiennent surtout à l'enfance et à l'adolescence, où ils apparaissent à la suite de fatigues ou d'une croissance rapide, chez des sujets dont l'ossification n'est pas complète.

Si donc nous tenions compte de l'âge de cette femme, qui était dans sa cinquante et unième année, nous devions repousser l'idée d'une ostéo-périostite primitive.

Cet abcès serait-il consécutif à une simple contusion des parties molles suivie d'un épanchement de sang dans les fibres musculaires et dans les interstices des muscles, comme cela se rencontre quelquefois à la cuisse, mais surtout à la région fessière ?

Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, cette femme n'avait reçu aucun coup, elle n'avait été soumise à aucune violence extérieure, elle n'avait fait non plus dans l'exercice de sa profession aucun effort considérable pouvant entraîner quelque rupture de fibres musculaires, enfin le membre inférieur n'avait été le siège d'aucun épanchement.

J'ai également songé, parmi les causes qui ont pu déterminer la formation de cet abcès, à quelque hydatide de la cuisse qui se serait enflammée. Mais, bien que je n'aie pas voulu la repousser d'une façon absolue, la chose ne me paraissait pas probable, d'abord parce que les parois de l'hydatide suppurée sont généralement beaucoup moins épaisses qu'elles ne l'étaient ici, ensuite parce que la fluc-

tuation était, comme je vous le disais en commençant, très-profonde, tandis que, dans l'abcès suite d'hydatide, elle est ordinairement beaucoup plus superficielle.

Enfin j'ajouterai cependant que le diagnostic des abcès hydatiques ne peut jamais être établi à l'avance sans commémoratif d'une tumeur antérieure.

Après avoir ainsi passé en revue les différents abcès de la cuisse, je suis arrivé, par exclusion, à émettre le diagnostic d'un abcès idiopathique, spontané, sans cause connue appréciable, dont l'incision pourrait seule nous dire la nature exacte.

J'ai fait hier une ponction exploratrice, non pour savoir si nous avions bien affaire à une tumeur liquide, mais pour connaître exactement la nature même du liquide, pour savoir si nous ne serions pas en présence d'une tumeur sanguine, ou d'une hydatide suppurée, ou bien encore d'une de ces collections séreuses sous-périostiques qui ont été décrites par M. Ollier (de Lyon). Cette ponction ayant donné issue à du pus épais, phlegmoneux, crémeux, j'ai fait alors à la peau une première incision de 4 à 5 centimètres de longueur avec le thermocautère.

A ce sujet, je vous dirai, entre parenthèse, que, si je me suis servi du thermocautère de préférence au bistouri pour inciser la peau et l'aponévrose, c'est que, tant à l'hôpital qu'en ville, nous sommes encore soumis à l'influence des érysipèles.

Le thermocautère exposant donc moins que tout instrument tranchant aux inflammations érysipélateuses, je m'en suis servi pour diviser la peau et l'aponévrose fémorale; puis, me servant du bistouri et du doigt, je suis arrivé sur un foyer purulent, situé derrière le muscle droit antérieur de la cuisse, et contenant plus d'un verre de pus. Chemin faisant, j'ai cherché à m'assurer s'il n'existait pas quelque hydatide primitive, s'il n'y avait pas eu quelque épanchement de sang antérieur; je n'ai rien trouvé de semblable. J'ai exploré aussi avec le doigt pour savoir si le tissu osseux était atteint; je n'ai trouvé ni inflammation ni dénudation.

Cet abcès ne me paraît donc pas le résultat d'une ostéo-périostite du fémur, mais bien un abcès chaud, idiopathique, profond, spontané, intermusculaire.

Dans ces sortes de collections purulentes il faut non seulement se préoccuper des chances possibles de l'érysipèle, mais aussi faciliter l'écoulement du pus en multipliant les ouvertures et en plaçant plusieurs drains un peu gros au fond de la plaie. Ici j'ai pratiqué trois ouvertures. Enfin, pour parer le plus possible aux accidents consécutifs, j'ai terminé l'opération par le pansement antiseptique au moyen de l'alcool camphré.

II. Le malade du nº 5 de la salle des hommes est atteint d'une fracture unilatérale gauche de la mâchoire inférieure, caractérisée par un gonflement très-douloureux à la pression, au niveau de la réunion de la branche montante avec le corps de l'os. On sent une mobilité assez nette, lorsque l'on vient à saisir le maxillaire, mais sans crépitation; cependant, si le malade remue la mâchoire, il perçoit une sorte de craquement. Il n'existe point de déformation de la région dentaire, contrairement à ce que l'on trouve assez fréquemment.

La fracture est actuellement simple; elle était, au début, compliquée d'une plaie maintenant cicatrisée. Elle est en voie de consolidation, mais avec gonflement anomal dû à la formation d'une hyperostose qui, je l'espère, ne donnera pas lieu à des accidents avec nécrose.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

Caractère dominant des maladies de la peau chez l'enfant.

(Leçon recueillie par M. Martinet, interne du service.)

Il en est, à certains égards, des plantes comme des maladies de la peau: les unes recherchent les terrains secs et rocailleux, les autres, au contraire, ont besoin, pour se développer, d'une terre humide, chaude et arrosée. C'est ainsi qu'en dermatologie vous trouvez des affections cutanées qui siègent dans des régions où la peau est sèche, aride, revêtue d'une couche épidermique épaisse; tel est le psoriasis, tel est le prurigo. D'autres dermatoses, au contraire, comme l'eczéma, comme l'herpès, comme l'impétigo, se plaisent davantage partout où la peau leur offre de la finesse, de l'humidité, d'abondantes sécrétions sudorales et sébacées.

Mais ce n'est pas tout: parmi les plantes, les unes appartiennent au printemps, les autres à l'automne. Bien différents sont les caractères des plantes qu'alimente la sève chaude et abondante du printemps, et les caractères de celles dont la poussée plus lente se contente de la sève moins abondante et plus froide de l'automne.

Il en est encore ainsi des dermatoses; les unes ont besoin, pour se développer, de la chaleur, de la vitalité exubérante du printemps de la vie, c'est-à-dire de l'enfance et de la jeunesse; pour les autres, il ne faut que la température refroidie de l'arrière-saison, de l'automne de la vie, c'est-à-dire de la vieillesse, car la vie humaine a aussi ses saisons bien tranchées.

Or, à ces deux extrêmes, à ces deux pôles de la vie, les maladies cutanées sont essentiellement différentes; la jeunesse et la vieillesse leur impriment les caractères les plus opposés; elles leur donnent l'aspect, le type, la physionomie, l'évolution les plus dissemblables. C'est là ce que je veux examiner avec vous. Aujourd'hui nous allons voir ce que sont les maladies de la peau dans l'enfance et dans la jeunesse, quel est leur caractère dominant, quel est leur cachet, quelle est leur forme la plus habituelle, et quelles sont les indications thérapeutiques qui en découlent.

Mais, pour nous rendre compte des particularités que nous allons observer, voyons d'abord ce qu'est l'organisme de l'enfant. C'est dans cette étude préalable que nous devons aller chercher les causes, les raisons de la dermatologie spéciale du jeune âge.

Pour l'adulte, vivre c'est se maintenir dans un juste milieu entre l'augmentation et la déperdition, c'est conserver l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Mais l'enfant, lui, a besoin de se développer, de s'accroître; il ne demande qu'à prendre des forces, à grandir, à pousser; il y a donc deux vies chez lui, l'une de conservation, l'autre d'accroissement. Tout dans son jeune organisme travaille en vue de ce développement; il en résulte une exubérance de forces, une suractivité prodigieuse. L'enfant est toujours en mouvement, sans un instant de repos, il est en proie à une agitation perpétuelle, et ses fonctions physiologiques, voyez comme elles sont actives, quelle ampleur et quelle fréquence a sa respiration, la respiration dite puérile, avec

quelle facilité et quelle rapidité se fait sa circulation; aussi sa température est-elle plus élevée que chez l'adulte; tout en lui respire enfin la vie surabondante qui déborde.

Cependant les qualités ont leurs défauts; à côté du bienfait, il y a le danger, et nombreuses sont les maladies auxquelles l'enfant est exposé par le fait même de sa suractivité physiologique, vitale. Ces maladies prennent en outre un caractère tout particulier; ce sont des maladies chaudes, aiguës, c'est le type inflammatoire qui domine en elles.

On trouve chez l'enfant toutes les affections dites pseudo-exanthématiques; quant aux exanthèmes véritables, la peau de l'enfant est leur terrain de choix, de prédilection. On peut considérer comme de véritables exceptions les enfants qui par hasard y ont échappé.

Si nous passons à l'examen des maladies des membranes muqueuses, nous sommes frappés de leur trouver les mêmes caractères inflammatoires. Les muqueuses ne sont-elles pas en effet la continuation du tégument externe qui ne fait que modifier sa structure en se réfléchissant pour aller tapisser les cavités? Elles s'enflamment avec la plus grande facilité et la plus grande fréquence; chez l'enfant, le coryza est, pour ainsi dire, perpétuel; on observe chez lui toutes les variétés de stomatites, aphtheuses, ulcéro-membraneuses, etc., et toute la série des angines, catarrhale, pultacée, herpétique, diphthéritique.

La muqueuse bronchique est souvent atteinte, et, dans bien des cas, de la façon la plus grave. Il n'est pas jusqu'à la muqueuse vulvaire qui ne présente elle-même cette inflammation désignée sous le nom de vulvite purulente et qu'on voit survenir chez les petites filles de un à six ans, en dehors de toute tentative criminelle et de toute irritation locale.

Ce que nous trouvons pour les muqueuses et pour l'organisme entier, nous le constatons aussi pour la peau; les affections de la peau, si remarquables par leur fréquence et leur variété, dans le jeune âge, ne le sont pas moins par leur type inflammatoire et leur évolution rapide.

A la fin du premier mois ou dans le cours du second, la tête se couvre de ces croûtes *laiteuses* ou *gourmes*, qui ne sont autre chose que de l'eczéma impétigineux; la face entière peut être masquée par une carapace croûteuse; c'est là une affection des plus communes.

L'enfant a des formes arrondies; il les doit au développement considérable du tissu graisseux sous-cutané; sa peau, dans ces conditions, est en contact, en opposition, en frottement avec elle-même, elle présente des plis souvent très-marqués, et cette disposition l'expose aux inflammations érythémateuses purifluentes, aux diverses formes de l'intertrigo.

Chez l'enfant, le coup de soleil, l'érythème solaire est très-commun, et, si c'est le froid qui agit sur lui, il se produit l'érythème *pernio* ou engelure, inflammation de mauvaise nature, désorganisation confinant à la gangrène.

Le strophulus, vulgairement appelé *feu de dents,* couvre souvent le corps de l'enfant de ses papules blanches, entourées à leur base d'un cercle inflammatoire.

On lui voit aussi très-souvent l'urticaire qui n'a pas ici sa raison d'être, dans un trouble quelconque des fonctions digestives. Il faut en chercher la cause dans une disposition spéciale de la peau de l'enfant à se congestionner, par suite de sa finesse, de son impressionnabilité et de la richesse de son réseau capillaire.

Le grand nombre des glandes sudorales et sébacées et l'abondance de leur sécrétion exige, chez l'enfant, de très-grands soins de propreté; sinon, les produits sécrétés, outre l'irritation qu'ils occasionnent par leur présence, répandent une odeur fétide.

C'est donc uniquement dans sa structure anatomique que la peau de l'enfant doit sa facile tendance à l'inflammation. Elle y est aidée, en outre, par la suractivité fonctionnelle des organes internes, toujours prêts à dépasser la limite physiologique.

Mais ici il me semble voir se dresser l'imposante figure de l'illustre Bazin; il m'arrête et me dit que, strophulus, engelures, intertrigo, croûtes d'impétigo, ne sont pas des lésions inflammatoires, mais scrofuleuses, et que ce sont des *scrofulides* qu'il appelle *primitives, bénignes, superficielles.* Et Bazin tenait tellement à cette théorie, il la croyait si vraie, si conforme à une saine interprétation des faits, qu'il a divisé ces prétendues scrofulides en trois groupes : 1° exsudatives, eczéma, impétigo; 2° érythémateuses : engelure; 3° boutonneuses : lichen ruber, strophulus.

Devons-nous accepter ces idées de Bazin? Malgré tout le respect dont nous entourons la mémoire de ce grand médecin de l'hôpital Saint-Louis, je n'hésite pas à déclarer, à la suite de M. Hardy, que cette théorie n'a pas pour elle la vérité.

D'abord, si ces affections étaient de nature scrofuleuse, il en résulterait que tous les enfants sont des scrofuleux, car presque tous, pour ne pas dire tous, en sont atteints. Assurément on les rencontre quelquefois chez des enfants scrofuleux, mais elles n'ont alors aucun caractère spécial. Or il est impossible d'admettre que la même affection, sans aucun caractère différent, soit tantôt scrofuleuse et tantôt non scrofuleuse.

De plus, il est impossible d'admettre qu'une diathèse aussi grave, aussi profondément implantée dans l'organisme, aussi chronique dans son évolution, aussi torpide dans ses allures, aussi longue dans sa durée, soit représentée par des lésions aussi fugaces, aussi superficielles, et qui guérissent sans aucun traitement diathésique. Donc ce sont bien là des lésions idiopathiques et purement inflammatoires.

La diathèse herpétique existe chez l'enfant, elle y apparaît de la deuxième à la cinquième année et s'y manifeste presque toujours par des affections à caractère inflammatoire, à sécrétion humide, à forme aiguë, telles que l'eczéma, l'impétigo, l'ecthyma. Les herpétides à forme chronique, telles que le prurigo, le psoriasis, ne s'observent presque jamais chez l'enfant.

La syphilis n'épargne pas l'enfant; elle l'atteint souvent jusque dans la vie intra-utérine où elle le tue; la plupart des fausses couches, par suite de la mort du fœtus, en sont la conséquence. Si le fœtus résiste à son action délétère et qu'il naisse vivant, ses diverses manifestations se succèdent rapidement dans la première enfance, et la terminaison fatale en est souvent la conséquence.

Par contre, si la maladie marche vers la guérison, c'est avec la même rapidité qu'on voit s'opérer son heureuse évolution.

C'est ordinairement dans les trois ou quatre premières années de la vie qu'apparaît la scrofule; elle attaque d'abord la muqueuse nasale, puis les paupières. Ce n'est que plus tard que les ganglions lymphatiques s'engorgent et suppurent, et c'est au-delà de l'enfance, dans l'adolescence et l'âge mûr, que les lésions scrofuleuses atteignent leur plus haut degré de gravité et consomment leurs désastres.

Mais voici d'autres affections d'un type bien différent : le pemphigus, l'ecthyma, le rupia surtout. Il paraît étonnant de les rencontrer chez l'enfant; elles ne semblent pas faites pour lui, ce sont les lésions de la cachexie. Cela est vrai, mais ne savez-vous pas que l'enfance a aussi sa vieillesse et sa cachexie? Qui de vous n'a pas vu déjà de ces pauvres petits êtres rabougris, ratatinés, dont la figure couverte de rides et la peau jaune, flétrie, inspirent le dégoût et la commisération? Est-il rien, en effet, de plus hideux à voir qu'un vieillard de six mois ou de deux ans? Eh bien, ces malheureux petits êtres qui, par suite d'une nourriture mauvaise et insuffisante, d'une hygiène déplorable, de la malpropreté, de la misère, en sont arrivés à ce degré de déchéance organique, seront atteints des lésions cutanées symptomatiques de la cachexie. Ce ne sont plus des enfants, ce sont déjà des vieillards ; rien d'étonnant donc qu'ils aient les maladies de la vieillesse. Il est tout naturel qu'on observe chez eux l'ecthyma, le pemphigus et le rupia de la cachexie.

Ainsi le caractère général des affections de la peau chez l'enfant, c'est l'inflammation, c'est la forme aiguë, c'est l'évolution rapide. Si tel est en effet le caractère dominant de la dermatologie infantile, il en résulte que la thérapeutique de ces maladies doit être une thérapeutique antiphlogistique, émolliente, qui se résumera en révulsifs intestinaux, boissons tempérantes, bains émollients répétés et applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre, de poudres siccatives et isolantes, et tel est le traitement qui convient à des affections ayant le plus souvent le type aigu, inflammatoire, et se développant sur une peau fine, impressionnable et possédant tous les éléments favorables au développement de tout ce qui est phlegmasique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 2 août 1881. — Présidence de M. Henri Roger.

RAPPORT

Prix de 1880. — M. BERGERON donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1880.

Ont été proclamés lauréats de l'Académie pour 1880 :

Prix de l'Académie. — Question proposée : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement.* — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Portal. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix de Civrieux. — Question proposée : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.* — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. Trois mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois, médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges). — Elle accorde : 1° une première mention honorable à M. le docteur Arnaud, médecin à Beauvoisin (Gard); 2° une deuxième mention honorable à M. le docteur Lamarre (Édouard), médecin à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Prix Capuron. — Question proposée : *Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin.* — Ce prix était de 1,500 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur Verrier (Eugène), médecin à Paris.

Prix Barbier. — Ce prix était de la valeur de 7,000 francs. Onze ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° 2,000 francs à M. le docteur Edmond Delorme, chirurgien-major de première classe, pour son mémoire sur la *Ligature des artères de la paume de la main*; 2° 1,000 francs à M. le docteur E. Masse (de Bordeaux), pour son travail intitulé : *De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations*; 3° 1,000 francs à M. le docteur Christian Smith (de Bruxelles), pour son travail intitulé : *Affections des voies urinaires chez l'homme*; 4° 1,000 francs à M. le docteur P. Burot, médecin de première classe de la marine, pour son ouvrage : *De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane.*

Prix Ernest Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la *Pathologie interne*. Il était de la valeur de 1,500 francs. Quinze ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie ne décerne pas le prix : elle accorde à titre de *récompense*: 1° 600 francs à M. le docteur Grasset (de Montpellier), pour ses travaux sur les *Localisations dans les maladies cérébrales et les maladies du système nerveux*; 2° 400 francs à M. le docteur Damaschino, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage sur les *Maladies des voies digestives*. — Elle accorde, à titre de *mention honorable* : 250 francs à M. le docteur Angel Marvaud, médecin aide-major à l'hôpital du Dey d'Alger, pour son mémoire manuscrit, intitulé : *Études thermométriques et cliniques des principales formes fébriles observées dans les hôpitaux militaires de l'Algérie*; 250 francs à MM. les docteurs E. Brissaud et A. Josias, médecins à Paris, pour leur ouvrage sur *les gommes scrofuleuses et leur nature tuberculeuse.*

Prix Desportes. — Il était de la valeur de 2,000 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, pour son ouvrage en deux volumes, ayant pour titre : *Traité de thérapeutique appliquée.*

Prix Henri Buignet. — Ce prix est de la valeur de 1,500 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs H. Beauregard et V. Galippe, pour leur ouvrage intitulé : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie.* — Elle accorde : 1° une mention très-honorable à M. le docteur Badal, pour ses travaux intitulés : *Clinique ophthalmologique ; Influence du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion sur l'acuité visuelle*; 2° une mention honorable à M. le docteur Chapuis, pour son ouvrage ayant pour titre : *Influence des corps gras sur l'absorption de l'arsenic.*

Prix Orfila. — Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix Falret. — Question : *De la folie désignée sous les dénominations de : folie circulaire ; folie à double forme; folie à formes alternes.* — Les concurrents devaient réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques. — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. Quatre mémoires ont concouru. L'Académie décerne un prix de 1,000 francs à M. le docteur Ritti (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton. — Elle accorde, en outre, une récompense de 500 francs à M. le docteur A. Mordret, médecin en chef de l'asile de la Sarthe, au Mans.

Prix Huguier. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il était de la valeur de 2,000 francs. Deux ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Petit (Henri), sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Saint-Lager. — Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.* — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire.

Mais elle a accordé les récompenses suivantes aux auteurs des mémoires ne répondant pas à la question proposée, savoir :

1° *Des médailles d'argent à* M. le docteur Bibard, président de la Société protectrice de l'enfance, à Pontoise, pour son travail intitulé : *Observations sur les résultats de la loi Roussel*; M. Henri Fauvel, chimiste au laboratoire municipal (avec une allocation de 400 francs), pour sa note sur les altérations du lait dans les bibe-

rons, et comme encouragement à poursuivre ses recherches sur le même sujet; M. le docteur Louis Pénard, président de l'Association des médecins de Seine-et-Oise, pour son mémoire imprimé sur le rétablissement des tours, bien que l'Académie ne se considère pas comme solidaire de toutes les opinions émises par l'auteur; M. le docteur Zinnis, médecin à Athènes, pour son étude sur les principales causes léthifères chez les enfants, à Athènes.

2° *Des médailles de bronze à* M. le docteur Diard (de Rambouillet), pour son travail intitulé : *Les nourrices, les nourrissons, la loi Roussel dans le canton de Rambouillet;* M. le docteur René Blache, pour son travail sur l'*Allaitement maternel au point de vue des avantages que l'enfant et la mère peuvent en retirer;* M. le docteur Mignot (de Chantelle (Allier), pour ses *Observations sur l'allaitement artificiel.*

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1879 :

1° *Une médaille d'or à* M. le docteur Pilat, médecin à Lille, pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord, et principalement pour un rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde.

2° *Rappel de médaille d'or à* M. le docteur Lecadre, du Havre.

3° *Des médailles d'argent à* M. le docteur Deligny, médecin à Toul, pour son *Étude statistique et hygiénique des communes rurales des deux cantons de Toul (Meurthe-et-Moselle)*; M. le docteur Gerlier, médecin à Ferney-Voltaire (Ain), pour sa *Relation d'une épidémie de fièvre trichophytique à Ferney;* M. le docteur Geschwind, médecin-major du 6e bataillon de chasseurs à pied, pour ses *Recherches étiologiques sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la caserne de Romorantin en avril* 1879 ; M. le docteur Lardier, médecin à Rambervillers (Vosges), pour un travail intitulé : *Des causes de mortalité dans certaines épidémies de rougeole;* M. le docteur Longet, médecin-major de première classe, pour un *Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi à la Roche-sur-Yon, sur le 93e régiment de ligne;* M. le docteur Mauricet, médecin à Vannes, pour son *Compte-rendu des épidémies et des épizooties du Morbihan;* M. le docteur Pestel, médecin à Saint-Chartier, pour son *Rapport sur les épidémies qui ont existé dans l'arrondissement de La Châtre (Indre)*; M. le docteur Ch. Viry, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital d'Aumale, et M. le docteur Eugène Richard, médecin-major de deuxième classe à Philippeville (Algérie), pour un rapport (en collaboration) intitulé : *De la nature du goître épidémique, à propos de l'épidémie qui a sévi sur les troupes de la garnison de Belfort en* 1877.

4° *Rappels de médailles d'argent à* M. le docteur Barbrau, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Rochefort;* M. le docteur Daniel, de Brest, 2e rappel; M. le docteur Farges, d'Angers ; M. le docteur Remilly, de Versailles.

5° *Des médailles de bronze à* M. le docteur Barbarin, médecin à Briançon, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Briançon (Hautes-Alpes)*; M. le docteur Comballat, médecin à Marseille, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Marseille;* M. le docteur Dardignac, médecin-major de deuxième classe au 143e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire des maladies du soldat dans ses garnisons;* M. le docteur Fournier, médecin à Soissons, pour son *Rapport sur les épidémies de Soissons;* M. le docteur Huguenard, aide-major de première classe à la place de Paris, pour sa *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à la caserne de la Nouvelle-France;* M. le docteur Jablonski, médecin à Poitiers, pour son *Étude médicale sur l'arrondissement de Poitiers;* M. le docteur Lamenant des Chesnais, médecin à Authon-du-Perche (Eure-et-Loir), pour son *Étude sur une épidémie de diarrhée infantile;* M. le docteur Lallemand, médecin à Dieppe, pour son *Rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Dieppe;* M. le docteur Ringeisen, médecin à Schlestadt, pour un travail intitulé : *Relevés statistiques et rapports du médecin du bureau de bienfaisance de la ville de Schlestadt (Alsace);* M. le docteur Rousseau, médecin à Vouziers, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes);* M. le docteur Sauvé, médecin à la Rochelle, pour un *Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur une compagnie du 4e bataillon du 123e de ligne en garnison à Saint-Martin-de-Ré.*

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1878 :

1° *Médailles d'argent à* M. le docteur Japhet, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien, pour ses travaux sur l'*Histoire naturelle et médicale des eaux d'Enghien;* M. le docteur Bloc, médecin-inspecteur à Andabre et Cayla, pour son *Rapport réglementaire très-complet.*

2° *Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à* M. le docteur Planche, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc; M. le docteur Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Brides et Salins; M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Ax-sur-Ariège ; M. le docteur Boissier, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou.

3° *Médailles de bronze à* M. le docteur Weber, médecin-principal de première classe à Amélie-les-Bains; M. le docteur Renard, médecin-major de première classe à Hammam-Rira; M. le docteur Souligoux, médecin à Vichy.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1879. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs partagé entre* M. le docteur Antony, médecin-major de première classe au 25e régiment d'artillerie à Châlons-sur-Marne; M. le docteur Boucher, médecin-major de deuxième classe au 139e régiment de ligne à Clermont-Ferrand; M. le docteur Claudot (Maurice), médecin-major à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon.

2° *Des médailles d'or à* M. le docteur Amat (Ch.), aide-major de deuxième classe à Bou-Saada (Algérie); M. le docteur Ciaudo, conservateur du vaccin à Nice; M. le docteur David, à Nolay (Côte-d'Or); M. le docteur Van-Maris, médecin en chef de la garnison de Dunkerque (Nord).

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie : MM. les docteurs Adhéran, à Annonay; Allemandou, à Saint-Alban; Amat, médecin aide-major au 81e de ligne à Rodez; Annesley, médecin-major au 25e de ligne à Paris; Artance, à Clermont-Ferrand; Augé, à Pithiviers; Baley, à Châteaulin; Benoist, à Saint-Nazaire; Benoît (Léopold), à Apt; Bernard (Henri), à Grenoble; Bosc, à Mondauphin; Brachet, médecin-major de deuxième classe au 14e chasseurs à cheval, à Auch; Bucquoy, à Paris; Carles (Conrad), à Nice; Charras, à Lamastre; Clément, à Beaujeu; Croquison, officier de santé, à Allouagne; Chambon, vaccinateur, à Paris; MM. les docteurs Daumas, à Paris; de Fleury, à Angoulême; Delaunégrie, à Morlaix; Duverger, officier de santé, à Aix; MM. les docteurs Eymery, à Paris; Fédérowicz, à Paris; Foriat, à Charlieu; Fuzet-du-Poujet, à Casteljean; Guézennec, à Tréguier; Guillet, à Le Faou ; Grinda (Jean-Baptiste), à Nice; Hallé, à Paris; Héritier, à Tallard; Herviaux, à Maure; Izard, à Paris ; Laroche, à Montignac; Le Garec, à Plouay; Liébaut, à Nogent-sur-Marne; Louboutin, à Crozon; Martin, à Aubenas; Ménard, à Feurs; Monnot, à Besançon; Munier, à Malzieu; Nicolas, à Paulhan ; Péreton, à Commentry; Piégu, à Paris; Regnault, à Paris; Rey (François), à Annecy; Richard, médecin aide-major de première classe au 10e de ligne, à Auxonne; Rivairol, à Montauban; Roëlandis, à Courbevoie; Roger, officier de santé, à Plouigneau; MM. les docteurs Rondeau (Georges), à Aigurande; Ruelle, à Paris; Schmitt, médecin aide-major de première classe au 69e de ligne, à Nantes; Sortais, à Blain; Tachard, médecin-major de l'hôpital militaire, à Saint-Omer; Védel, à Lunel; Weil (Jacob), médecin-major de première classe au 8e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne.

Aux sages-femmes dont les noms suivent : Mmes Abriou, à Massay ; Amalvy, à Castres; veuve Auguste, à Chambon; Mlles Bau-

duin, à Vannes; Élise Belette, à Lubersac; Mmes veuve Bellebarbe, à Cherbourg; veuve Belloque, à Pontivy; Burrellier, à Roanne; Caumel, à Monflanquin; Chapeau, à Jars; Charlon, à Issoudun; Chéquer, à Callac; veuve Damemme, à Saint-Lô; Dauvillers, à Soissons; Debruyne-Vernesch, à Roubaix; Desplanques-Dumoulin, à Tourcoing; Duchesne, à Soissons; Faure, à la Souterraine; Finqueneisel, à Constantine; Frès, à Langogne; Mlle Guernet; Mmes Grossemy, à Saint-Quentin; Lachaud, à Renaison; veuve Landren, à Lorient; Lebrun, à Saint-Quentin; Mlle Leclerc, à la Ferté-Macé; Léger, à Chârost; Mlle Martin, à Saint-Maur; Mmes Miedzychwska, à Castres; Morvan, à Bourbriac; Mlle Naizin, à Vannes; Mmes Noiller, à Limoges; Péjout, à Limoges; Pélissier, à Nîmes; Prélin, à Châtellerault; Prieur, à la Ferté-Macé; veuve Rigal, à Tonneins; Sauvage et Brunel, à Mende; Mlle Templer, à Vannes; Mmes Thibaud, à Saint-Germain-Laval; Tricart-Moreau, à Denain; Vallée, à Fresnoy-le-Grand.

Prix proposés pour l'année 1882. — Prix de l'Académie. — Question : De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : Le système lymphatique au point de vue pathologique. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voyez les conditions du concours dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 juillet 1880.) — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. — Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par Mme veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée à l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question : De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc. — D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi : que deviennent ces poisons après avoir été absorbés ? dans quels organes séjournent-ils ? à quelles époques sont-ils éliminés et par quelles voies ? quels troubles amènent-ils dans les fonctions ? quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent ? quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ? quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets ? enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques, avant la mort, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang ? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang ; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs ? » — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir les épreuves du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — La valeur de ce prix sera de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Question : Des vertiges avec délire. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*. — Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la destination susdite, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1882 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français et en latin, accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et les adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Buigniet, Desportes, Saint-Paul et Itard, pouvant adresser des travaux manuscrits ou imprimés, sont exemptés de cette dernière disposition.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

284. M. Girma. Des hallucinations dans la paralysie générale. Observations. — 285. M. Bar. Recherches pour servir à l'histoire pathogénique de l'hydramnios. — 286. M. Bobrie. L'Islande. De sa pathologie et en particulier des kystes hydatiques. — 287. M. Dupeyrat. Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'épilepsie. — 288. M. Dazevedo. Du béribéri. — 289. M. Tanguy.

De l'hémorrhagie post-puerpérale, de son traitement, et principalement de la faradisation. — 290. M. LAURAND. Les anévrysmes valvulaires du cœur. — 291. M. MISTRAL. Essai clinique sur les troubles de la menstruation. — 292. M. ROUTIER. Du pied-bot accidentel. — 293. M. GARDILLON. Essai sur le chancre du vagin. — 294. M. THIÈME. De la conservation des réflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice. — 295. M. BONFILS. Contribution à l'étude de l'alcool et à son emploi thérapeutique et hygiénique chez les enfants. — 296. M. MONIER. Des complications et des conséquences de l'opération de l'empyème. — 297. M. LAMBERT. Étude sur le traitement de l'endométrite granulo-fongueuse hémorrhagique par la cautérisation intra-utérine. — 298. M. TRIPET. De l'électrolyse appliquée au traitement curatif des retrécissements uréthraux. — 299. M. FOULLIARON. Contribution à l'étude des perforations de l'intestin après la kélotomie. — 300. M. ALIX. De l'iritis séreuse et des phénomènes glaucomateux. — 301. M. CREYX. D'un nouveau procédé opératoire des kystes hydatiques du foie. — 302. M. VIARD. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. — 303. M. BARBIER. Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique. — 304. M. DE LA CUÉVA. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er août 1881, M. Lotar (Henri-Aimé) est nommé professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 10 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 3 septembre jusqu'au samedi 24 septembre inclusivement.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11519.

Vin du docteur Vivien
A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien,** à l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

H. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros: J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail: Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*. FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Pharmacie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart, Paris, et toutes les pharmacies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général: pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Vichy, eau minérale naturelle

SOURCES: *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie; affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Etablissement orthopédique
DE LYON.

dirigé par le docteur PRAVAZ, 46, route des Étroits.

Consacré au traitement des *déviations de la colonne vertébrale, maladies osseuses et articulaires, torticolis, pieds-bots, paralysies infantiles.*

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Arséniate Diastasé
du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22, 20 et 19 rue Drouot.

Dr V. Baud

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

Capsules Dartois
(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule.

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Nephrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose: 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens
du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à l'**Huile de Foie de Morue,**

Formules des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble*, d'*odeur agréable, à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contres, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit- » tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna
(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

N° 90. — SAMEDI 6 AOUT 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 6 AOUT 1881. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tuberculisation pulmonaire entravée par la production d'un hydro-pneumothorax.

L'influence parfois heureuse que peut avoir le pneumothorax sur la marche de la tuberculisation pulmonaire a été signalée d'abord, l'année dernière, par M. le docteur Toussaint, qui a traité ce sujet longuement dans une excellente thèse inaugurale.

M. Toussaint s'était attaché à prouver que « non-seulement la perforation pulmonaire d'origine tuberculeuse peut guérir; mais que, dans certains cas, elle a une influence favorable sur la maladie primitive, et qu'on l'a vue même parfois arrêter l'évolution des tubercules et enrayer la marche de la phthisie ».

Les observations rassemblées par lui dans cette thèse étaient au nombre de 24, dont 15 empruntées à divers ouvrages, 5 inédites et communiquées par leurs auteurs, 4 personnelles.

Plus récemment, au congrès d'Alger, M. Hérard est venu joindre une nouvelle observation à celles de M. Toussaint, et il s'est proposé, à son tour, « de montrer que, si le plus ordinairement l'hydro-pneumothorax survenant dans le cours de la phthisie constitue une complication redoutable, très-souvent mortelle, dans un certain nombre de cas, plus fréquents qu'on ne serait porté à le supposer, il exerce une influence heureuse sur la marche de la tuberculose, qu'il peut en arrêter les progrès et devenir ainsi pour le malade un moyen de salut, véritablement inespéré ».

Voilà donc un fait entré dans la science, dont on ne saurait plus mettre en doute la possibilité, mais dont il reste à établir le degré de fréquence.

A ce point de vue, tous les cas nouveaux que l'on peut observer ont leur intérêt, et il est bon de les faire connaître.

Un des plus probants, peut-être, de tous, est celui d'un malade qui se trouve actuellement encore dans le service de M. Dumontpallier, à la Pitié.

L'histoire de cet homme peut se résumer en très-peu de mots.

Agé de trente-deux ans, d'une carrure solide, ayant une large poitrine, des muscles puissants, il a exercé pendant longtemps le métier très-dur de tailleur de limes.

Il raconte que dans sa famille on vit très-vieux, et il attribue à des causes tout accidentelles la maladie de son père, qui est mort poitrinaire à l'âge de vingt-sept ans. Il n'a ni frère ni sœur.

Lui-même, dit-il, bien que ne prenant aucune précaution, il ne s'enrhumait pas d'habitude, et, sauf un rhumatisme articulaire il y a six ans, il n'avait pas eu de maladie ni même d'indisposition un peu sérieuse jusqu'au mois de décembre de l'année dernière. Ce serait alors qu'il aurait pris froid en travaillant, par une des journées les plus glaciales, à la réparation d'une conduite d'eau sur une toiture.

Quoi qu'il en soit, depuis ce moment, pendant plus de six mois, il ne cessa pas de tousser chaque jour davantage, avec des quintes très-fatigantes, ramenant en grande abondance des crachats épais, muco-purulents, de couleurs diverses, mais jamais de sang.

Il dormait très-peu, car c'était surtout la nuit qu'il toussait; il maigrissait beaucoup, bien qu'il eût soin de prendre la nourriture la plus restaurante, et il sentait diminuer ses forces.

Le 26 juin, au milieu d'une quinte, il fut pris tout à coup de douleurs atroces dans le côté gauche de la poitrine. Ces douleurs persistèrent les jours suivants; elles étaient exaspérées par les secousses de la toux. Elles s'accompagnaient d'une grande oppression. L'appétit avait disparu complètement, et le malade ne mangeait plus rien, éprouvant du dégoût pour tous les aliments.

Dans ces conditions, il entra à l'hôpital, le 1er juillet.

Tout en l'auscultant, M. Dumontpallier reconnut un souffle amphorique qui lui fit aussitôt songer à une perforation pulmonaire suivie d'hydro-pneumothorax.

Et il constata, en effet, l'ensemble complet des signes physiques qui révèlent cet accident: exagération considérable de la sonorité en avant et sur le côté; matité en bas, en arrière; tintement métallique; bruit de flot dans la succussion, etc.

Que devait-il advenir de cet homme?

Il y a très-peu d'années encore, on l'aurait cru irrémédiablement perdu, car un hydro-pneumothorax, suite de tuberculisation, était généralement considéré comme un accident toujours fatal. Mais aujourd'hui on sait que le pronostic doit varier selon les cas.

Chez cet homme, le poumon droit paraissait complètement sain. Il était probable que l'évolution des tubercules s'était faite dans le poumon gauche, actuellement refoulé, comprimé en arrière, contre la colonne vertébrale, par l'air aspiré dans la plèvre.

C'étaient là des conditions bonnes et qui pouvaient faire espérer un dénouement favorable.

En effet, un changement des plus heureux ne tarda pas à se produire. Non-seulement la toux et l'expectoration, mais le besoin de tousser, cessèrent; le sommeil devint ininterrompu et réparateur. L'appétit reparut, et il se dessina de plus en plus satisfaisant; les forces revinrent.

Aujourd'hui cet homme aurait tendance à se considérer comme complètement guéri. Il faut qu'on lui prêche la prudence. La plèvre gauche est toujours pleine d'air. Un peu de liquide s'y trouve encore à la partie inférieure: quand on imprime de violentes secousses à la poitrine de ce malade, on entend nettement et il perçoit lui-même le bruit de succussion hippocratique.

Mais, par rapport à l'état où il était, il y a quelques semaines, antérieurement à la perforation pulmonaire et à l'hydro-pneumothorax, quelle différence considérable et quelle immense amélioration !

Aucun signe de phthisie actuelle; rien qui indique dans les poumons un travail morbide. Tout est rentré dans le calme et dans l'ordre.

Comment expliquer ce résultat, si contraire aux idées anciennes ?

M. Toussaint s'était posé cette question, et il y répondait par une théorie, peut-être trop peu développée, mais qui avait déjà le mérite de s'appliquer à la généralité des faits.

M. Hérard a mis en saillie des points qui étaient restés dans l'ombre. Il a divisé le sujet, avec méthode, suivant les périodes de la maladie, et, telle qu'il l'expose, la théorie, qui est toujours identique au fond, devient plus facile à saisir dans ses applications diverses.

Chacun des deux auteurs peut donc légitimement réclamer une certaine part dans la formule définitive.

Voyons d'abord comment s'exprimait le premier en date :

« Qu'arrive-t-il, » dit M. Toussaint, « au moment de la formation du pneumothorax et de l'épanchement? Le poumon malade est notablement refoulé, *comprimé; les parois des cavernes se rapprochent; la compression amène une anémie locale défavorable à la suppuration pulmonaire et à l'hypersécrétion bronchique*. A partir de ce jour, les symptômes sont en rapport avec cet état anatomique nouveau; *l'expectoration purulente se supprime,* fait capital, indiquant clairement l'arrêt de la suppuration. La fièvre, les sueurs, la diarrhée, la dyspepsie, disparaissent, car leur générateur, l'ulcération pulmonaire, se cicatrise, comme l'autopsie vient le démontrer. »

Ainsi, compression du poumon, et, par suite, anémie locale, ou, en d'autres termes, décongestion des parties malades, rapprochement des parois des cavernes, s'il en existe, tels seraient, suivant M. Toussaint, les grands facteurs dont l'action serait utile dans certains cas d'hydro-pneumothorax.

Bien qu'il distingue suivant les cas, M. Hérard n'a rien ajouté à ces facteurs. Que les lésions soient à leur début, ou qu'il y ait déjà des cavernes dans le lobe supérieur du poumon affecté, l'amélioration se produit toujours suivant un même mécanisme : compression et tassement de l'organe, diminution de l'afflux sanguin, anémie des produits morbides qui empêche leur nutrition, etc.

L'amélioration peut n'être que momentanée, ou la guérison devenir complète.

Les tumeurs péri-utérines cataméniales de cause hémorrhagique.

Il est quelquefois bien difficile de distinguer l'une de l'autre les deux grandes espèces de tumeurs qui peuvent se produire dans le petit bassin, chez la femme, au moment des règles : d'une part les tumeurs sanguines, les hématocèles ou hématomes, d'une autre part les tumeurs phlegmasiques péri-utérines, qui sont le plus souvent des péritonites.

Cette question s'étant posée à propos d'une de ses malades, M. Dumontpallier nous a développé, à cette occasion, des vues personnelles qui ne sont pas dépourvues d'originalité.

Suivant lui, ces tumeurs diverses pourraient avoir des origines très-analogues. Si quelquefois la déhiscence d'un ovule, fécondé ou non, peut amener une hémorrhagie ovarienne assez abondante pour que le sang une fois enfermé par les adhérences qu'il provoque forme une tumeur considérable, il peut aussi se faire que le sang ne tombe que goutte à goutte, en petite quantité, de la plaie ovarienne, et qu'il excite par sa présence une inflammation de la séreuse aboutissant à la production d'une tumeur péritonitique.

Cette théorie est d'autant plus probable que M. Sappey a remarqué souvent dans les petites cupules péritonéales qui sont situées en dessous des ovaires, en dehors des ligaments de Douglas, des traces évidentes d'une irritation causée, suivant lui, par le contact de gouttelettes de sang échappées de l'ovaire. Ces cupules sont si peu profondes que le sang n'y saurait séjourner en quantité notable. Il se ramasse nécessairement dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin, où son séjour plus prolongé peut éveiller une inflammation plus durable et plus étendue.

Ainsi les tumeurs péri-utérines cataméniales, celles qui surviennent au moment des règles et qui peuvent se renouveler à plusieurs époques menstruelles, seraient souvent le résultat d'une hémorrhagie, soit abondante et très-rapide, soit en petite quantité et s'effectuant très-lentement.

Dans ce dernier cas, bien entendu, on ne retrouverait pas les traits du tableau classique de l'hématome : la soudaineté du début, la douleur extrêmement violente, les frissons répétés, les lipothymies, la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, etc. Tous ces signes, qui déjà peuvent si souvent manquer quand la tumeur occasionnée par une hémorrhagie interne assez abondante est une véritable tumeur sanguine, feront défaut, à plus forte raison, quand la péritonite locale aura été occasionnée par un simple suintement sanguin et se sera lentement accrue.

Cela ne veut pas dire que chez toutes les femmes un peu de sang, tombé ainsi sur la séreuse du petit bassin, y deviendra le point de départ d'un mouvement inflammatoire d'une certaine intensité. Le sang par lui-même, à l'état normal, a des qualités très-peu irritantes, et, sur une séreuse absolument saine, il peut rapidement être résorbé dans laisser de traces de son passage.

Ce point a été démontré par des expériences très-nombreuses sur les animaux, dont quelques unes se trouvent relatées dans la thèse d'agrégation de M. Poncet.

Mais, à l'époque menstruelle, la séreuse du petit bassin se trouve dans des conditions qui peuvent la prédisposer à un travail inflammatoire. Tous les organes sur lesquels elle repose sont congestionnés, plus ou moins. En ce qui touche l'utérus, la congestion peut être telle qu'elle fasse plus que double son volume et son poids. Nous avons vu, à l'autopsie de femmes mortes par accident pendant leurs règles, les parois de cet organe épaissies, ramollies, rouges, gorgées de sang dans toute leur épaisseur. Évidemment, chez celles-là, il eût fallu bien peu de chose pour exciter la surface extérieure d'un organe ainsi fluxionné.

Or cette fluxion cataméniale de l'utérus dans tout son ensemble n'est pas un fait très-exceptionnel; on en rencontre tous les jours des exemples dans la pratique, bien qu'il y ait aussi d'autres femmes chez lesquelles le sang s'exhale par la muqueuse comme une sécrétion quelconque, pour ainsi dire, sans gonflement bien appréciable de la matrice.

Il faut donc tenir le plus grand compte des différences individuelles quand il s'agit de l'étiologie des tumeurs péri-utérines, de cause hémorrhagique ou non.

Les pelvi-péritonites de cause fluxionnaire.

Nous venons de voir que la fluxion assez violente de l'utérus, qui se produit chez certaines femmes au moment des règles, pouvait puissamment contribuer à faire naître une péritonite sous l'action irritante de quelques gouttes de sang.

Elle le peut d'autant mieux qu'elle est même capable de produire ce résultat à elle seule, sans que la séreuse ait eu à subir le contact d'une quantité de sang quelconque, provenant de l'ovaire ou d'ailleurs.

En effet, en dehors des règles, cette fluxion de l'utérus peut également se rencontrer et s'accompagner de métrorrhagie. C'est là un genre d'affection que nous avons depuis longtemps étudié dans la *Gazette des hôpitaux* (1), et il nous arrive tous les jours d'en observer dans les hôpitaux, comme dans la clientèle, des cas parfaitement caractérisés.

Rappelons-en brièvement la physionomie et la marche. Ce genre de pertes se produit le plus souvent chez des personnes très-nerveuses et dans une anémie relative.

Peu de temps après leur début, on voit se dessiner, autour de la partie sus-vaginale du col, dans cette zone où le tissu cellulaire a une certaine épaisseur, une petite tumeur allongée, accolée très-intimement à l'utérus, qu'elle embrasse, comme une portion plus ou moins complète d'anneau, et le suivant dans tous les mouvements qu'on lui communique.

A cette période, et fréquemment tout s'arrête là, il paraît probable que la séreuse est encore indemne. Mais, si l'affection se prolonge, il n'en est bientôt plus ainsi.

L'utérus, dont le volume s'est graduellement accru d'une façon considérable, perd alors sa mobilité et devient comme enclavé au sein d'une tumeur qui remplit tous les culs-de-sac, qui est le siége de battements, qui est douloureuse au toucher, comme l'était déjà, du reste, la petite tumeur fluxionnaire du tissu cellulaire péri-cervical.

Autrefois on aurait pensé que cette même tumeur se serait accrue et aurait acquis un volume énorme, en restant toujours à l'état de phlegmon sous-péritonéal. Mais, après les belles recherches de M. Bernutz, on sait aujourd'hui qu'en dehors des ligaments larges et de la petite zone péri-cervicale déjà indiquée il n'existe pas dans le voisinage immédiat de l'utérus une couche un peu épaisse de tissu conjonctif. Toute tumeur considérable, capable de refouler l'utérus en avant et de l'immobiliser, doit donc avoir pour siége la cavité du péritoine.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 17 juillet 1869.

Ainsi la fluxion, accompagnée de métrorrhagie, envahirait successivement les parois de l'utérus dans toute leur épaisseur, la zone de tissu cellulaire péri-cervical, et, en dernier lieu, la séreuse immédiatement superposée.

D'ailleurs cette participation de la séreuse aux affections d'un organe sous-jacent n'aurait rien que de très-conforme à ce qu'on observe d'ordinaire. Il y a même des médecins qui vont jusqu'à prétendre que les séreuses, étant de simples surfaces, à moins d'irritation directe et pour ainsi dire traumatique, ne sont jamais malades que par propagation.

Telle est, par exemple, l'idée mère des théories de M. Lasègue au sujet de la pleurésie, théories déjà exposées dans la *Gazette des hôpitaux* (1).

Quoi qu'il en soit, la production de péritonites pelviennes dont le point de départ est dans l'utérus ne saurait être mise en doute.

Nous appelons aujourd'hui l'attention sur une de leurs espèces les plus dignes d'intérêt et généralement les plus mal connues.

Le pronostic en est favorable. Comme les pleurésies franchement inflammatoires, où le liquide exsudé est très-riche en fibrine, elles tendent à la guérison, et elles disparaissent parfois d'une façon rapide, quand la fluxion hémorrhagique de l'utérus s'est apaisée.

Elles peuvent apparaître à la suite de l'époque cataméniale comme sans relation aucune avec cette époque, car, ainsi que nous l'avons vu, la fluxion de l'utérus peut se produire dans les deux cas et sous une forme identique.

Les hématocèles de cause fluxionnaire ou névralgique.

Sous des influences tout à fait semblables, il pourrait également se faire des hématocèles péri-utérines, suivant une théorie développée, il y a huit ans, par M. Marotte dans les *Archives de médecine*.

Nous avions été vivement étonné de ne pas voir, au moins discutée comme elle le mérite, cette théorie de M. Marotte dans la thèse de M. Poncet, où quelques autres, beaucoup moins plausibles, occupent une si large place.

Les faits invoqués par M. Marotte paraissent très-bien observés; toute la question est de savoir si, dans quelques-uns d'entre eux du moins, il s'agit de péritonites ou de véritables hématomes.

Mais, ce qui paraît incontestable, c'est que des tumeurs peuvent se produire dans les alentours de l'utérus, par suite d'une fluxion hémorrhagique de cet organe.

M. Marotte va plus loin que nous, en ce qu'il rattache directement, comme un effet à une cause, cette fluxion à une névralgie du nerf lombo-abdominal.

Les arguments qu'il donne ne sont pas sans valeur. Il aurait vu, dans certains cas, la névralgie lombo-abdominale et l'hémorrhagie utérine revenir simultanément, d'une façon régulièrement intermittente, et être coupées à la fois par l'administration du sulfate de quinine.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 17 juillet 1875 et du 24 juin 1876.

Il aurait retrouvé d'ailleurs tous les points douloureux indiqués par Valleix sur le trajet du nerf en question.

Ajoutons que la ressemblance avec les névralgies dentaires et les fluxions qui peuvent accompagner ces névralgies est séduisante pour l'esprit.

Seulement rien n'est plus fréquent qu'une névralgie lombo-abdominale, c'est presque la règle chez les femmes nerveuses ; or la fluxion hémorrhagique est relativement assez rare.

C'est en vain, même, que nous avons cherché s'il existait quelque différence dans l'intensité de la névralgie lombo-abdominale, chez une femme donnée, dans les périodes de métrorrhagies et dans les périodes intermédiaires.

Nous trouvons bien, il est vrai, un point d'une sensibilité extrême sur un côté du col de l'utérus; mais alors il y avait toujours une petite tumeur péri-cervicale.

Cependant nous ne considérons pas la question comme résolue d'une manière définitive, car certaines plaques de dépoli sur la muqueuse du voisinage nous ont paru coexister avec tous les genres de fluxion.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Vertige mental pris d'abord pour un cas d'alcoolisme, traité avec succès par le chlorure d'or.

Par M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux.

Depuis l'année 1876, où la métallothérapie fit sa réapparition à la Salpêtrière qui, presque trente années auparavant, avait été, après l'hôpital Cochin, le premier théâtre des expériences du docteur Burq, de nombreux travaux ont été publiés à son sujet, tant à l'étranger qu'en France, et partout la découverte de notre confrère a reçu une confirmation complète. Personne ne saurait donc plus en contester aujourd'hui les bons effets dans le traitement des névroses, auxquelles elle a été plus particulièrement appliquée. Mais si les cas de guérison, dans les maladies nerveuses d'ordre purement physique, ne se comptent plus, les observations de désordres psychiques dans lesquels les métaux ont aussi rendu des services, sont encore rares. Le docteur Burq a bien cité deux cas de mélancolie avec monomanie du suicide, traités avec succès l'un et l'autre par la métallothérapie, quand elle n'en était encore qu'à ses débuts. Les expériences qui ont été faites à la Salpêtrière ont bien démontré également que les métaux, appliqués ou administrés sous une forme appropriée, pouvaient agir sur l'état mental non moins que sur l'état physique des hystériques.

Rappelons en effet que, si M. le professeur Charcot, allant plus loin encore que ne l'avait jamais osé le docteur Burq, a pu, par une seule application métallique, guérir sur l'heure une hémiplégie post-hémorrhagique qui remontait à dix années, et une paralysie infantile qui datait de plus loin encore, il a suffi souvent du même moyen pour jeter en aussi peu de temps différents malades dans un profond anéantissement au moral comme au physique, leur faire perdre plus ou moins complètement la mémoire et jusqu'à la notion du *moi*, leur troubler au plus haut point les idées et les abêtir en quelque sorte.

D'autre part, on sait aussi, par le rapport de M. Dumontpallier sur la métallothérapie proprement dite, que, chez telles de ces malades, intraitables avant que la nouvelle thérapie leur eût été appliquée, turbulentes jusqu'à obliger de les camisoler ou même de les séquestrer, obscènes à l'occasion, insensibles à tout, n'acceptant les soins qui leur étaient prodigués que comme contraintes et forcées, etc., il suffit de quelques doses de sel d'or ou de cuivre pour amener une guérison apparente et faire cesser l'anesthésie morale aussi bien que l'insensibilité générale et spéciale, les rendre souples de caractère, affectueuses même, et leur donner une meilleure tenue.

Chez l'une d'elles, la nommée B..., il ne fallut rien de plus que quelques bouteilles d'eau minérale naturelle de Saint-Christau, qui ne contient que 3 dix-milligrammes de sulfate de cuivre par litre, pour opérer une transformation, en ce sens si radicale qu'elle put passer comme fille de salle dans un autre service.

Mais, dans tous ces faits, on ne saurait voir autre chose que la justification des espérances qu'il est arrivé en diverses circonstances au docteur Burq de manifester sous la forme d'un pressant appel aux médecins aliénistes touchant la curabilité de certaines formes de folie, de celles surtout qui alternent avec des névroses de la sensibilité et de la motilité par les mêmes moyens de l'hystérie. C'est afin de corroborer ces espérances et d'aider, si faire se peut, à ce que l'appel de notre confrère soit entendu par les médecins des asiles spéciaux, que nous publions l'observation suivante :

Le 24 octobre 1879, R..., trente-cinq ans, vient nous consulter, le docteur Burq et moi.

R... est fils de cultivateurs. Sa mère, très-nerveuse et sujette à des crises qui lui faisaient perdre connaissance, fut frappée, à l'âge de cinquante-cinq ans, d'une attaque de paralysie qui persiste encore.

Une de ses sœurs est rhumatisante et sujette à des névralgies dans la tête.

R... s'est adonné de bonne heure à la masturbation. Dès l'âge de treize ans, il avait une maîtresse; « c'était pour lui, dit-il, un besoin ». Il nous apprend en outre qu'il eut à subir de fréquentes brutalités de la part de son père, et que sa boisson habituelle était du poiré, qui, comme on le sait, passe pour agir beaucoup sur les nerfs.

Sa nervosité s'était déjà traduite par de fréquents maux de tête, lorsqu'à l'âge de seize ans une épistaxis qui dura une semaine, et qui lui aurait fait perdre jusqu'à un litre de sang par jour, vint singulièrement l'exagérer. A partir de ce moment, inquiétudes et vertiges fréquents; entéralgies qui se compliquèrent souvent d'ophthalmies avec photophobie.

R... s'engagea à dix-huit ans. Peu après son entrée au service, chancres et chaudepisse; phlegmon diffus une année plus tard, en 1863.

Le 3 janvier 1867, pendant une revue faite dans les chambres par le général en personne, lorsque ce dernier vint à passer devant lui, R... fut pris d'un tremblement suivi de sueurs, qui dura peu. Cependant, le lendemain, assure-t-il, ses cheveux, d'un blond cendré, étaient devenus, par places, plus foncés, jaunes et comme de la filasse.

Depuis, à chaque nouvelle revue, les mêmes effets se reproduisirent. R... en arriva à prendre peur des gens qui se trouvaient autour de lui; il éprouvait un serrement à la gorge à l'arrivée d'un nouveau venu.

Sorti de l'armée en 1865, R... travailla à Paris chez un coffretier d'abord; puis il se fit admettre à la compagnie des omnibus comme conducteur.

Lors de la guerre, il fit campagne dans les francs tireurs de Moquard, et pendant ce temps il se porta mieux. Il affirme que, lorsqu'on se battait, il n'éprouvait aucune émotion du feu de l'ennemi, tandis qu'il était toujours influencé par ses camarades, si bien que le rôle de sentinelle avancée lui allait à merveille. Il gagna à bivouaquer dans la neige une gelure de la cuisse droite, suivie d'une sciatique qui dura jusqu'en mars 1871.

Après la paix, il alla passer deux ans dans la Haute-Saône chez ses parents. Le tremblement reparut alors de plus belle. S'il voyait quelqu'un pendant qu'il était en train de manger, tout aussitôt un spasme lui faisait porter sa cuiller ou sa fourchette à son nez.

En juillet 1873, il revint à Paris et reprit son ancien métier de conducteur d'omnibus. Il y fut poursuivi par ses vertiges et ses tremblements.

Afin de se donner de l'aplomb vis-à-vis du public, il se mit à boire, mais seulement du vin, environ deux litres par jour, et, de temps en temps, un petit verre de rhum le matin.

R... avoue bien s'être grisé quelquefois; mais l'ivresse, assure-

t-il, n'était pas plus dans ses goûts que dans ses habitudes. Il est de fait qu'il n'a ni la physionomie ni les allures d'un buveur; son intelligence est, en outre, au-dessus de la moyenne.

Le mal augmentant, il dut bientôt renoncer à sa place. Il travailla alors de ses mains en continuant à boire ses deux litres par jour « pour se donner des forces », mais rien de plus.

En 1874, il obtint d'entrer dans le corps des gardiens de la paix. Là, son tremblement ne fit que s'accroître, si bien qu'au bout de huit mois il dut entrer à l'hôpital. Il y fut traité comme alcoolique. Notons en passant qu'on ne constata pas chez lui l'augmentation de volume du foie qui se rencontre habituellement chez les alcooliques.

A sa sortie de l'hôpital, R... s'électrisa pendant deux mois avec deux piles de Bunsen; il se fit des lotions froides et des frictions avec de l'eau sédative, et se trouva mieux.

Sur ces entrefaites, à la suite de fatigues et d'une crise d'entéralgie plus forte que d'ordinaire, survint une attaque épileptiforme, la seule qu'il ait jamais eue. Il consulta alors un de nos spécialistes, qui porta aussi le diagnostic d'alcoolisme et lui fit prendre sans résultat jusqu'à 8 et 10 grammes de bromure de potassium par jour.

En 1879, entrée de R... à la Pitié dans le service de M. Lasègue. Notre éminent maître rejeta l'idée d'alcoolisme et porta le diagnostic de *vertige mental*. Un traitement énergique pendant six mois par les bains sulfureux, le bromure de potassium et l'hydrothérapie, n'améliora pas sensiblement son état. Le bromure de potassium calmait bien un peu les douleurs de ventre, devenues très-vives à ce moment, mais l'eau froide aurait exagéré l'état vertigineux. R... eut même une fois de l'aphasie pendant cinq à six minutes.

Le docteur Leven, consulté à son tour, fit prendre pendant longtemps du fer, qui échoua également.

État actuel (24 octobre 1879). — Anesthésie des deux côtés; les deux pointes de l'esthésiomètre ne sont senties distinctement qu'à un écartement de 16 centimètres à l'avant-bras droit et de 14 centimètres à l'avant-bras gauche. Analgésie très-marquée surtout à droite.

Température des mains fermées : C 37°,4 à droite et C 37°,6 à gauche au bout de cinq minutes.

Pression des deux côtés : 48 kilog.

L'état émotif et vertigineux est au moins aussi accentué et se traduit de la même façon qu'autrefois. Il y a de la gêne dans la parole et de la trépidation en marchant. R... sent bien le sol, mais n'est pas sûr de lui. Il lui semble qu'il est entraîné tantôt à droite tantôt à gauche, d'autres fois que sa tête le porte en avant. Sentiment de constriction à la gorge et de pression en cercle autour du front. Douleurs dans le dos et à la nuque.

Amyosthénie intestinale, ballonnement du ventre, alternatives de diarrhée et de constipation. Forces génésiques très-atténuées; fatigue après le coït. Faiblesse des reins; urines fréquentes, mais rares, contenant beaucoup d'urates. Sommeil agité. Un peu de toux avec expectoration visqueuse. Parfois de la fièvre. Peu d'appétit; soif modérée. Faciès pâle, amaigrissement.

La recherche de la sensibilité métallique a été particulièrement difficile chez ce malade. Elle n'a pas nécessité moins de six longues séances. Pour éviter des détails ou des redites devenues aujourd'hui inutiles, nous nous bornerons à dire que sa caractéristique était : *sensibilité or et un peu argent.*

31 *octobre.* — Nous prescrivons une solution de chlorure d'or au cinquantième, à dose progressive, à partir de huit gouttes, deux fois par jour, une demi-heure avant les repas, dans un peu d'eau pure, et des applications de pièces d'argent, la nuit, sur les membres, à différentes hauteurs.

5 *novembre.* — Le sel d'or donne de la chaleur à l'estomac et à la gorge, et détermine des secousses dans les bras et dans la tête.

19 *novembre.* — Nuits meilleures. Selles plus régulières. Mains plus sûres. Langue plus déliée, « n'accrochant pas en parlant ». R... n'a plus éprouvé de vertiges, mais « il a toujours peur du monde ».

3 *décembre.* — 49 kilog. de pression des deux côtés. A l'esthésiomètre, 8 centimètres d'écartement à droite et à gauche. Piqûres mieux senties. Pendant deux jours vertiges, mais bien moins forts que d'habitude. R... n'éprouve presque plus de trépidation en marchant et se trouve plus sûr sur ses jambes. Il travaille mieux; la mémoire lui revient, la parole est plus facile; cependant il se sent encore intimidé pour écrire ou pour lire devant quelqu'un, et, par moments, sa voix perd de son assurance. Ses fonctions génésiques ont repris de la vigueur. Le sable a disparu des urines.

R... prend maintenant trente-deux gouttes de la solution de chlorure d'or en deux fois.

29 *décembre.* — L'amélioration continue.

49 kilog. de pression des deux côtés.

A l'esthésiomètre, 5 centimètres seulement d'écartement à droite et 7 à gauche. Piqûres encore mieux senties que la dernière fois. Sa tête ne tombe plus. Les applications de pièces d'argent causent un peu d'agitation la nuit. Nous les supprimons.

3 *mars* 1880. — Le malade s'est trouvé beaucoup mieux. Depuis quinze jours il a suspendu l'usage de la solution dont il était arrivé à prendre quarante gouttes en deux fois, soit 4 centigrammes de sel d'or par jour.

La pression est à 48 kilog. Les pointes de l'esthésiomètre sont senties à 4 centimètres (écart normal), et les piqûres sont devenues douloureuses.

R... n'éprouve plus de vertige. Il lui reste seulement un peu de faiblesse dans les reins.

4 *juin.* — L'amélioration persiste à ce point que R... a pu entreprendre un petit commerce de librairie.

13 *octobre.* — Depuis la dernière visite, retour de quelques accidents à la suite de contrariétés. Il y avait sept mois que le malade n'avait pris d'or.

Sur ces entrefaites, le 15 juillet, fièvre muqueuse qui dure vingt jours, et qui, fait digne de remarque au point de vue de l'alcoolisme, reste sans délire, bien que d'une certaine gravité, puisqu'il y eut jusqu'à sept selles par jour et qu'elle n'a pas nécessité une convalescence de moins de deux mois. Tout au début de celle-ci, accentuation des désordres nerveux qui avaient déjà commencé à reparaître avant la fièvre. R... est repris d'une partie des accidents physiques et psychiques précédemment décrits. Il se remet alors à la solution de chlorure d'or dont il prend maintenant quarante-trois gouttes par jour. Le mieux n'a pas tardé à se manifester. Les forces sont revenues. A droite la sensibilité de contact est normale. Il reste seulement à gauche un peu d'analgésie et d'anesthésie; les deux pointes n'y sont senties qu'à un écartement de 7 centimètres, et, quand R... est obligé d'agir devant du monde, il se sent encore intimidé et « comme honteux ».

Nous ordonnons de continuer le sel d'or, comptant bien sur les mêmes *bons effets* que précédemment, mais sans espérer toutefois une guérison radicale, R... appartenant à la catégorie de ces névropathiques que l'on ne guérit jamais dans le vrai sens du mot que par exception, quoi qu'on fasse. Nous avons dit bons effets. Personne ne saurait assurément contester la légitimité de l'expression, si l'on veut bien considérer d'une part toutes les tentatives restées jusque-là infructueuses depuis treize années que la névrose avait pris naissance, et, d'autre part, la façon dont les choses ont marché au contraire après le traitement, c'est-à-dire la disparition progressive des troubles nerveux aussitôt après l'administration interne de l'or, leur retour également progressif après la suspension du traitement et la nouvelle amélioration qui a suivi la reprise du remède.

Quant à douter que nous ayons eu affaire ici à une névrose et non à de l'alcoolisme, à un *vertige mental*, ainsi que l'a si judicieusement diagnostiqué M. le professeur Lasègue, cela ne nous paraît pas possible, ne fût-ce que pour les raisons que nous venons de dire. Disons toutefois que la névrose a été chez R... de forme si insolite, qu'elle a présenté des allures si étranges, qu'elle a bien pu en imposer au point de faire croire à l'alcoolisme à des confrères très-autorisés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 août 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATION

Greffe dermique. — M. MONOD cite une nouvelle observation de Wolfe, qui porte à quarante le nombre des cas de greffe dermique publiés jusqu'à ce jour. M. Wolfe, en publiant ce nouveau fait, insiste sur la nécessité de maintenir la greffe au chaud. C'est dans ce but qu'il a pris soin de la recouvrir d'un lint trempé dans de l'eau chaude. A ce sujet, M. Monod félicite M. Berger d'avoir pris cette précaution dans l'intéressante observation qu'il a communiquée à la Société de chirurgie.

Contusion du testicule et ses conséquences. — M. TERRILLON lit un travail qu'il a fait en collaboration avec M. Monod, et dans lequel il étudie l'anatomie pathologique de l'inflammation et de l'atrophie consécutives à la contusion du testicule.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La contusion du testicule peut produire des phénomènes douloureux, passagers, sans désordres appréciables.

2° Elle peut s'accompagner de désordres primitifs, bientôt suivis d'une réaction inflammatoire avec production de tissu fibreux et atrophie des tubes testiculaires. Il se forme là une véritable orchite traumatique atrophiante.

3° On peut admettre trois degrés dans la contusion :

Le premier dans lequel on constate seulement des hémorrhagies capillaires dans le tissu cellulaire ;

Le second avec foyers circonscrits formés par des débris des tubes brisés et des globules sanguins;

Le troisième est caractérisé par la rupture plus ou moins étendue de l'albuginée. C'est l'écrasement du testicule.

4° L'atrophie survient le plus souvent chez les adolescents et les jeunes gens. La suppuration, qui est plus rare, se rencontre chez les vieillards ou les individus surmenés.

5° La fréquence de l'orchite traumatique a été beaucoup exagérée; car souvent on a pris pour le résultat d'un choc la première douleur perçue par le malade au début de l'épididymite blennorrhagique.

6° Cependant la contusion peut éveiller dans le testicule l'évolution de la diathèse tuberculeuse ou syphilitique, ou réveiller des tubercules jusqu'à ce moment à l'état latent.

7° L'épididyme est souvent atteint en même temps, mais il a moins de tendance à l'atrophie.

8° Les phénomènes d'irritation qui se passent dans la vaginale ou le tissu cellulaire du scrotum masquent souvent les caractères propres à l'orchite traumatique, aussi sont-ils la cause d'erreurs fréquentes.

M. BERGER. Dans son intéressant travail, M. Terrillon n'a peut-être pas assez tenu compte de l'âge du sujet comme condition étiologique prédisposante de l'atrophie. En outre, M. Gosselin a démontré que l'orchite traumatique n'était pas seule suivie d'atrophie et que l'orchite blennorrhagique elle-même pouvait l'être également.

M. DESPRÈS. Le travail de M. Terrillon est très-bien fait au point de vue expérimental, mais il manque d'éléments cliniques. Il faudrait, en effet, des observations pour bien connaître quelles peuvent être les conséquences du traumatisme du testicule. Nous savons qu'un coup sur le testicule détermine une douleur telle que la plupart de ceux qui en sont atteints tombent en syncope. Au bout d'un mois environ, le testicule est parfois dur comme une bille de billard. Chez un malade de mon service, le testicule était devenu dur comme du bois. Je n'ai pas vu que le testicule, à la suite de ces traumatismes, menaçât de s'atrophier. Je crois qu'à ce sujet il faut établir une distinction entre l'adolescent et l'adulte. Chez ce dernier, l'atrophie consécutive au traumatisme est absolument exceptionnelle. Il faut tenir compte aussi, dans la contusion, des hémorrhagies interstitielles du testicule.

M. LE DENTU. Si l'on entend par des sujets jeunes des sujets âgés de moins de dix-huit ans, l'assertion de M. Desprès cesse d'être exacte. Je pourrai, entre autres faits, citer celui d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, à la suite d'un simple froissement du testicule entre les cuisses, a eu une véritable atrophie aiguë consécutive. Quelques jours après ce traumatisme insignifiant, ce malade avait vu son testicule devenir gros et présenter une certaine mollesse, une fausse fluctuation. Les phénomènes inflammatoires furent très-légers, et, une vingtaine de jours après, le testicule commença à diminuer de volume et finit par s'atrophier considérablement.

M. DESPRÈS. L'atrophie du testicule consécutive au traumatisme est extrêmement rare. J'ai vu un cas d'atrophie franche chez un homme de cinquante ans, mais bientôt suivie, au contraire, d'une augmentation de volume et de l'apparition d'un cancer du testicule qui m'obligea à l'enlever.

M. HORTELOUP. Le mot d'orchite, appliqué à ces phénomènes consécutifs à la contusion, me paraît mal choisi, puisque, dans ces cas, on n'observe pas la douleur atroce qu'éprouvent les malades atteints d'orchite blennorrhagique, douleur qui ne cède que sous l'influence de la glace.

M. TERRILLON fait observer qu'il n'a pas manqué de parler de l'influence de l'âge sur la marche de l'orchite consécutive au traumatisme. Il croit, contrairement à M. Horteloup, que ce mot d'orchite doit être conservé, en y ajoutant, si l'on veut, l'épithète d'interstitielle pour la distinguer de l'orchite blennorrhagique.

Thyroïdectomie. — M. TILLAUX complète l'observation du malade dont il a déjà entretenu la Société (voy. *Gaz. des hôpit.* des 21 et 26-28 mai 1881), et auquel il a pratiqué cette opération. On se rappelle qu'il dut être opéré sans chloroforme. Le chloral et l'injection de morphine n'ont pas déterminé d'anesthésie bien marquée, et le malade a évidemment souffert. Au lieu de faire une seule incision verticale sur la ligne médiane, je préfère pratiquer une première incision sur le côté droit du cou du malade, parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien, puis une seconde incision horizontale formant un L avec la première. Ces deux incisions peuvent suffire si la tumeur est petite; si elle est volumineuse, il faut faire sur le côté gauche une troisième incision verticale et semblable à la première. On obtient ainsi un vaste lambeau qu'on relève sur le menton. C'est là, suivant moi, le lambeau qui convient le mieux dans les cas de thyroïdectomie. Une première difficulté, dans cette opération, consiste à savoir quand on se trouve sur l'enveloppe du corps thyroïde ; il y a là une couche musculaire au milieu de laquelle on s'égare facilement. On sait que le corps thyroïde reçoit quatre grosses artères : les deux thyroïdiennes inférieures, qui sont profondes et surtout très-volumineuses dans ces cas de tumeurs, et les thyroïdiennes supérieures. Or il convient, une fois qu'on est sûr d'être arrivé sur l'enveloppe du corps thyroïde, d'aller d'abord chercher la partie inférieure, du côté droit, par exemple, et de la dégager, ce qui permet à l'opérateur de pincer et de lier la thyroïdienne inférieure droite, puis de procéder de la même façon pour le côté gauche, qui devient alors beaucoup plus facile à dégager. Dans le cas que j'ai soumis à la Société, la tumeur était adhérente à la trachée et à la carotide du côté gauche ; je détachai ces adhérences et enlevai complètement la tumeur. Je fis la suture en plaçant un tube à la partie inférieure. La réunion se fit par première intention et fut complète au sixième jour. Les accidents dont était atteint ce malade, dyspnée, exophthalmie, palpitations cardiaques, bruit de souffle avec redoublement au niveau des gros vaisseaux, troubles de la vision, etc., diminuèrent instantanément et finirent par disparaître. Le malade se trouva soulagé pendant le cours même de l'opération. Il eut, par la suite, un érysipèle qui le fatigua beaucoup, et, malheureusement, l'examen microscopique de la tumeur montra que nous avions affaire à un sarcome.

Après un mois, il fut pris de phénomènes pulmonaires, et succomba, chez lui, le 27 juillet, à la généralisation.

Les médecins refusent d'admettre qu'il s'agit, dans ce cas, comme dans le premier que j'ai présenté à l'Académie, de véri-

tables goitres exophthalmiques. Toujours est-il que ces deux observations montrent qu'il existe une variété de tumeurs du cou, s'accompagnant de tous les symptômes décrits comme étant ceux du goitre exophthalmique. J'accepte, quant à moi, la théorie de Piorry, qui admettait que tous les phénomènes observés dans le goitre exophthalmique étaient d'origine mécanique, c'est-à-dire dus à la compression de la trachée et des gros vaisseaux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

305. M. Canolle. De l'avortement criminel à Karikal (Inde française). — 306. M. Béal. De la luxation incomplète et traumatique du tibia en dehors. — 307. M. Lalesque. Études critiques et expérimentales sur la circulation pulmonaire. Anatomie, physiologie et applications pathologiques. — 308. M. Montignac. Des phénomènes dysentériformes dans le cours de la tuberculose. — 309. M. Le Franc. De quelques phénomènes initiaux de la lithiase biliaire envisagés au point de vue du diagnostic. — 310. M. Guillot. Complications pulmonaires de l'épithélioma buccal. — 311. M. Escande. Considérations sur la scrofule dans ses rapports avec les maladies et les opérations de l'œil. — 312. M. Cerné. De la mort rapide par le traumatisme chez les sujets atteints de néoplasmes profonds. — 313. M. Goodman-Marucheau. De l'état du cœur droit dans la phthisie pulmonaire. — 314. M. Rougier. Essai sur le traitement de certaines tumeurs kystiques par les injections de chlorure de calcium. — 315. M. Testory. Contribution à l'étude de l'action physiologiqne du sulfate de quinine. — 316. M. Crouzat. De la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical, et d'un instrument pour la pratiquer suivant la méthode décrite. — 317. M. Dodin. De l'adénopathie scrofuleuse et tuberculeuse. — 318. M. Collignon. De l'hématurie chyleuse, sa genèse et son traitement. — 319. M. Aubé. Des maladies de la peau qui peuvent être traitées par les scarifications linéaires. — 320. M. Blé. De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes. — 321. M. Martin (Alphonse). Fièvre pernicieuse cholérique. — 322. M. Danion. De l'adéno-phlegmon juxta-pubien. — 323. M. Jaurand. Contribution à l'étude clinique de la pleurésie des vieillards. — 324. M. Mullois. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire et rénale dans l'étranglement herniaire avec algidité. — 325. M. Brun. De l'arthrite aiguë d'origine traumatique. — 326. M. Guéneau. Du mal perforant chez les ataxiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 août 1881 ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Lagarde, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de la Rochelle ; Hattute, médecin principal de deuxième classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Arnaud, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan ; Badour, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Thierry, médecin-major de deuxième classe au 113e de ligne ; Soulbieu, médecin-major de deuxième classe au 51e de ligne ; Dumas, médecin-major de deuxième classe au 112e de ligne ; Vieusse, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran ; Protain, médecin-major de deuxième classe au 19e régiment de chasseurs ; Derazey, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division de Constantine ; Blavot, médecin-major de deuxième classe au 120e de ligne ; Eichinger, médecin-major de deuxième classe au 9e de ligne ; Dumont, médecin-major de deuxième classe au 67e de ligne ; Kahn, médecin-major de deuxième classe au 2e bataillon de chasseurs à pied ; Robert, médecin-major de deuxième classe au 21e bataillon de chasseurs à pied.

— Les résultats du concours du clinicat chirurgical de Paris viennent d'être modifiés en ce sens que MM. les docteurs Picqué et Redard ont été nommés chefs de clinique adjoints.

— Par arrêté en date du 4 août 1881, un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 7 février 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Les eaux thermales de Lavey et leur valeur thérapeutique, par le docteur Suchard. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Mode d'action des cautérisations ignées dans les ulcères de la cornée, par le docteur G. Martin. In-8° — Prix : 0 fr. 75. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11538.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. DEPAUL.

I. Présentation occipito-iliaque droite postérieure. II. Présentation de la face.

I. Notre visite du matin a été rendue un peu longue aujourd'hui par quelques cas d'un intérêt pratique réel.

D'abord, au n° 31, nous avons une femme qui est accouchée avant-hier sans avoir rien de particulier, si ce n'est qu'elle était primipare, et que l'enfant se présentait par le sommet, dans une position occipito-iliaque droite postérieure qui ne s'est pas réduite.

Ces positions sont communes; tous les jours nous en avons un bon nombre, mais généralement elles se réduisent. La position la plus ordinaire est la position occipito-iliaque gauche antérieure; on la rencontre dans les deux tiers des cas, c'est-à-dire l'occiput en avant et à gauche, tandis que dans le troisième tiers l'occiput est en arrière et à droite ou position occipito-iliaque droite postérieure, comme pour l'enfant de la femme du n° 31. Enfin les positions occipito-iliaques droites antérieures sont des raretés.

Pour l'accouchement, le plus grand diamètre du détroit supérieur, c'est le diamètre oblique gauche, car en arrière le rectum est là qui occupe une certaine place, ce qui force la tête à prendre cette position. L'occiput est donc en arrière et à droite ou bien en avant et à gauche. Cette dernière position est préférable, bien que la situation en arrière et à droite ne soit pas, au fond, chose bien grave, d'autant plus que la nature, pendant le travail, rétablit souvent la position en avant et à gauche. La partie mécanique de l'accouchement en devient plus facile et plus simple.

Dans l'immense majorité des cas où la présentation, au début du travail, sera en arrière et à droite, il vous suffira d'attendre, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir. Le petit mouvement de rotation s'opérera tout seul et ramènera l'occiput en avant derrière la symphyse pubienne.

Cependant, lorsque ce mouvement ne se sera pas opéré et que l'occiput sera resté en arrière, les conditions, n'étant plus les mêmes, nécessiteront des contractions utérines plus grandes.

Chez notre femme du n° 31, la tête est restée en arrière et à droite, sans qu'il se fasse aucun mouvement de rotation, et elle s'est dégagée de même, la face en avant et à gauche.

La tête n'étant heureusement pas très-grosse (diamètre sous-occipito-bregmatique 0m,10), le périnée s'étant distendu sans limites comme s'il était de caoutchouc, l'accouchement s'est fait rapidement et avec la plus grande facilité. Le travail n'a duré que dix-huit heures.

Ceci est assez rare chez les primipares; chez elles, en effet, dans ces conditions, le travail dure très-longtemps, vingt-quatre, trente-six heures, deux jours même quelquefois, et la tête sort difficilement du bassin en raison de la situation mauvaise de ses diamètres.

Ici l'opération s'est terminée naturellement sans que l'on eût besoin de recourir à une application de forceps. Ordinairement, quand la réduction ne se fait pas seule, il est nécessaire de se servir des forceps. De plus, ces positions anomales exposent un peu plus que les autres à des déchirures du périnée, et surtout à des déchirures centrales telles que l'enfant passe au travers au lieu de franchir les commissures naturelles des grandes lèvres.

II. La seconde femme, qui nous a arrêté un certain temps aussi à son lit, est l'accouchée du n° 35; grosse femme, à mine scrofuleuse, à figure large. Ici nous avons eu une présention de la face qui s'est également bien terminée.

Ces présentations ne sont pas fréquentes; la proportion, comme pour les présentations de l'épaule, est de 1 sur 150 à 200 accouchements.

J'ai toujours été très-étonné de voir combien cette présentation effrayait les accoucheurs, et notamment les sages-femmes, qui, chaque fois, pour ainsi dire, qu'elles la reconnaissent, font appeler un médecin. Ceci ne nous prouve qu'une chose, c'est que les conditions de ces accouchements sont mal appréciées; de là, pour la sage-femme, cette tendance à émettre un pronostic mauvais.

Paul Dubois et Mme Lachapelle également ont cherché à démontrer, et ils y sont parvenus, que l'on s'effrayait à tort de ces précautions; que généralement ces accouchements se terminaient spontanément, d'une façon heureuse pour la mère et pour l'enfant. Mme Lachapelle a seulement un peu exagéré les faits en voulant les considérer comme des accouchements naturels.

Il y a quarante ans, alors que j'étais étudiant dans cet hôpital des Cliniques, on disait, non pas dans cette chaire, mais dans les cours de l'École pratique, que les accouchements par la face étaient des accouchements contre nature, qui ne se terminaient jamais seuls et dans lesquels il fallait savoir intervenir soit avec la main soit avec des

instruments pour modifier la présentation par certaines manœuvres. Aussi, à cette époque, intervenait-on toujours, et d'autant plus que ces préceptes étaient encore officiellement enseignés dans la chaire théorique de la Faculté.

Par contre, j'entendais, à ma grande surprise, à l'ouverture de cette clinique, Paul Dubois soutenir que le plus souvent ces accouchements se terminaient seuls et heureusement.

Cependant nous exagérerions aussi nous-mêmes la bénignité du pronostic, si nous disions que les présentations de la face sont aussi favorables que celles du sommet ; il y a certainement une légère différence toute à l'avantage de cette dernière.

Donc, chez la femme du n° 35, qui est aussi une primipare, avec présentation de la face, la position était mento-iliaque droite postérieure, et l'accouchement s'est fait très-facilement en deux heures et demie.

Dans cette position, la tête est défléchie primitivement ou secondairement ; cette dernière me paraît plus commune. Le front peut être en avant et à gauche et le menton en arrière et à droite, c'est même le cas le plus fréquent ; la position fronto-latérale droite postérieure est un peu plus rare.

Quand le menton est en avant, ce qui est préférable, l'accouchement se fait par la face ; quand il est en arrière, le chemin à parcourir est plus long, et, si la réduction ne se fait pas, il peut survenir quelques difficultés.

Chez le n° 35, la réduction n'a pas été faite ; il n'y a pas eu de mouvement de rotation. La figure de l'enfant démontre nettement à un homme du métier qu'il est né par la face. En effet, dans ces conditions, bien souvent les paupières sont gonflées, les lèvres doublées de volume, violacées, et les ecchymoses s'étendent aux parties intermédiaires, au front notamment, où quelquefois on constate une tuméfaction plus ou moins considérable. Cela donne parfois un aspect si étrange ou si hideux que l'on a vu des parents prendre leur enfant pour un animal fantastique. Enfin la langue est aussi parfois congestionnée et infiltrée. En résumé, ces différents accidents sont simplement le résultat d'une infiltration séro-sanguine sous-cutanée, et il se passe sur la face exactement la même chose que dans les cas de bosse séro-sanguine sur le crâne.

Ces faits, généralement peu graves, à moins qu'ils n'atteignent à la suffusion sanguine dans la cavité crânienne, n'ont surtout de l'importance qu'au point de vue de la médecine légale, dans le cas où l'enfant succomberait et où l'on voudrait considérer la mort comme le résultat d'un crime, surtout en raison des ecchymoses plus ou moins considérables. Si je vous cite le fait, c'est qu'il s'est présenté dans un cas où j'ai dû intervenir pour déclarer que les accidents étaient dus simplement à un accouchement par la face, tandis que le médecin légiste avait déclaré : mort par violences exercées sur l'enfant au moment de la naissance.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan.

De l'impulsion chez les aliénés.

L'impulsion chez les aliénés est un mode d'activité cérébrale qui les pousse à commettre des actes que leur volonté est impuissante à empêcher. C'est un état morbide que l'on retrouve dans des maladies tout à fait distinctes. C'est ainsi que l'impulsion chez l'épileptique est différente de celle de l'alcoolique ou du mélancolique.

Pour bien comprendre l'impulsion, il faut l'examiner dans l'état normal et dans l'état pathologique.

Normalement, nos actes à l'origine possèdent un certain degré d'activité. Chez l'enfant, par exemple, les idées du moment, une impression, enchaînent sa volonté sans qu'il ait le souvenir du passé comme dans un âge plus avancé. L'enfant qui jouit du libre exercice de ses mouvements est poussé à rechercher les objets qui frappent sa vue. Mais qu'une douleur vive lui soit occasionnée par un objet éclairé et brûlant, par exemple, il en gardera certain souvenir qui l'arrêtera une autre fois dans la pensée de s'en emparer. De là un conflit de motifs par association entre le désir actuel et le souvenir de la douleur passée. C'est là ce qui constitue la volonté, laquelle n'est pas une faculté, mais un résultat.

Si l'on examine maintenant l'impulsion dans l'état pathologique, les faits sont tout différents. Dans la folie, ces éléments sont faussés et quelquefois tout à fait annulés, si bien que, l'acte étant dégagé de toute force de résistance, l'impulsion s'impose d'elle-même. Ainsi la dipsomanie est très-différente de l'alcoolisme ; le dipsomane est très-sobre ordinairement, il ne boit qu'à ses moments, dans une sorte d'accès de fureur de boire. Ainsi, l'an dernier, nous avions une malade qui avait des impulsions d'une intensité extrême contre lesquelles elle présentait en apparence une très-grande résistance. C'était une femme de cinquante ans, institutrice, abandonnée de son mari pour son ivresse, et qui, repoussée par tous, était tombée dans une profonde misère. Dès qu'elle sentait venir les prodromes de son accès, angoisse extrême, sécheresse de la gorge, elle s'efforçait de résister, se souvenant de la cause de ses chagrins, et buvait quand même ; puis elle courait au cabaret voisin acheter une bouteille d'eau-de-vie, se cachait aux yeux de tous le plus possible et la plaçait sur sa table. Mais là elle résistait encore au point d'additionner cette eau-de-vie de pétrole, de matières fécales même, espérant ainsi lutter avec succès, jusqu'au moment où, l'impulsion l'emportant, elle buvait, et, la bouteille vidée, elle courait de cabarets en cabarets, où elle continuait à s'enivrer et finissait par tomber, n'importe où, ivre-morte. C'est ainsi qu'un soir elle fut rencontrée dans le ruisseau, à la porte d'un marchand de vin, par son frère. A sa vue, celui-ci traçait sur une feuille de papier qu'il glissait dans une de ses poches quelques mots au crayon par lesquels, lui reprochant de déshonorer sa famille, il l'engageait à se tuer. A son réveil, reconnaissant l'écriture de son frère, cette femme allait se jeter à la Seine ; mais, repêchée presque aussitôt, on nous l'amenait à l'asile. Voilà un exemple d'impulsion dans l'état pathologique.

Dans l'état normal, l'expérience régularise nos actes. Dans l'état pathologique, l'impulsion s'impose et nous force à lui obéir.

Devons-nous, pour étudier l'impulsion, prendre le fait principal et constituer de toutes pièces une monomanie, ou établir de nouvelles formes mentales basées sur un fait, formes alors qui se multiplieront à l'infini ? Pour ne citer qu'un exemple de ces variétés de formes si nombreuses, je vous rappellerai celui de la peureuse d'épingles, de cette jeune fille dont l'existence était empoisonnée par la crainte des épingles, malgré une lucidité d'esprit parfaite. Sa peur des épingles était si grande qu'elle croyait en rencontrer

dans tous ses aliments et qu'à peine avait-elle goûté aux mets qu'on lui servait, potages ou autres, qu'elle les crachait aussitôt dans son assiette, croyant toujours sentir une épingle au fond du gosier.

Si menue qu'elle coupât sa viande, elle ne pouvait l'avaler, et elle la crachait encore. Aussi fut-elle bientôt forcée de vivre à part, isolée des siens ; de là aussi une alimentation insuffisante, bornée au lait, et à la condition encore que le vase dans lequel elle buvait débordât de liquide afin qu'elle ne sentît aucune aspérité. C'est ainsi qu'elle en était arrivée à manger bras nus et à forcer ses domestiques à la servir bras nus aussi. A ce prix seulement elle arrivait encore à s'alimenter un peu.

Un acte de ce genre, qui fait d'une malheureuse malade un être dominé par une idée fixe, constitue bien une variété; mais, si l'on dégage le fait particulier, la malade rentrera dans un groupe général.

Ainsi, prenons le suicide dans différentes formes mentales: nous trouverons un mélancolique, par exemple, poursuivi par des idées de déshonneur, chercher de toutes façons le moyen de disparaître ; il se pendra au coin d'un meuble ou bien il introduira dans son pharynx certains objets capables de le tuer. Toute surveillance deviendra inutile, et cet homme parviendra à accomplir quand même un acte nuisible, poursuivi par l'idée de se détruire. Si maintenant nous étudions le suicide chez l'alcoolique, nous voyons que, sous le coup d'hallucinations incessantes, multiples, qui troublent son esprit et l'engagent à se tuer, il obéit. Mais que des hallucinations d'un autre ordre se produisent, elles le porteront à d'autres actes en rapport avec elles. C'est ainsi que, si le mélancolique est foncièrement disposé sans cesse à se suicider, l'alcoolique, au contraire, subit seulement l'influence du moment.

Chez le délirant chronique, le persécuté, le délire est permanent, continu, méthodique, et tous ses actes offrent une même continuité, une même méthode. Tardieu raconte ainsi l'histoire de ce persécuté qui allait se renfermer à Castellamarre, où il construisait en deux ans la guillotine avec laquelle, au jour voulu, il se décapitait.

Vous voyez déjà, par les trois exemples que je viens de citer, les différences qui les séparent les uns des autres.

Chez les épileptiques, ce sont des accès de délire inconscient, une sorte d'automatisme complet dans l'accès. L'un se plonge un couteau dans la poitrine, et, revenant à lui, il est tout surpris de se voir couvert de sang; il en demande la raison, car il n'a nul souvenir de ce qui s'est passé.

Les paralytiques généraux ont une inconscience absolue de leur état mental. Il n'y a qu'eux pour vouloir se suicider comme ils le font en public, soit par la pendaison, soit par le couteau, soit par asphyxie. C'est ainsi que l'un d'eux allume un réchaud plein de charbon dans sa chambre à coucher; mais, la fumée qui l'environne devant salir ses rideaux, il court bien vite ouvrir sa fenêtre, puis se recouche sur son lit et attend une mort qui ne vient pas.

C'est encore un état différent des précédents.

Il me paraît donc impossible de grouper des faits dissemblables pour en faire ce que l'on appellerait une monomanie impulsive.

Une autre forme dont je dois parler aussi est celle qui caractérise les exhibitionnistes de M. Lasègue (1). Ce sont des individus dont le délire consiste à montrer leurs organes génitaux, sans rechercher aucune autre satisfaction; ils le font périodiquement, par moments, aux mêmes heures et toujours dans les mêmes lieux.

Ce fait, assurément, semble constituer une forme définie; mais, si on l'étudie de près, on est étonné de trouver certains détails qui permettent de reconnaître la nature de la maladie ; chez les uns, c'est la démence sénile; chez d'autres, la paralysie générale; chez d'autres encore, l'épilepsie ou des hallucinations.

L'un d'eux, âgé de trente ans, avait la singulière habitude de rechercher les églises pour ses exhibitions et les dévotes en prière pour spectateurs, et, le soir, à la tombée de la nuit, il se déboutonnait, exhibait ses organes génitaux, restait quelques instants immobile, puis se rhabillait et s'en allait. C'est ainsi qu'il fut, certain soir, arrêté dans l'église Saint-Roch.

Je pourrais vous en citer d'autres qui, arrêtés pour la même action, furent condamnés à plusieurs mois de prison; l'un d'eux avait un commencement de ramollissement cérébral. Je n'en ferai pas un monomane exhibitionniste; il faut aller au-delà et ne pas s'en tenir à un seul fait, il faut se dégager des incidents, ou ne s'en servir, lorsque l'on est appelé devant les magistrats, que d'une façon accessoire.

Les monomanes, dans le monde, passent pour des originaux, des êtres singuliers, bien que déjà ils soient systématisés, aliénés, ou en plein dans la folie.

La doctrine des monomanies a régné sous Pinel, Georget, etc.; elle a été longtemps acceptée; elle était basée sur la séparation des facultés de l'âme. Esquirol a établi l'idée des monomanies intellectuelles affectives et instinctives. Mais un clinicien véritable, Falret père, cherchant en vain des monomanes à la Salpêtrière et dans sa pratique personnelle, a démontré que, s'il n'en trouvait pas, c'est qu'il n'en existait pas, et que l'unité du délire n'était qu'apparente: elle n'était qu'un épisode d'une maladie plus complète. Il a suivi l'erreur de l'homme raisonnable jusqu'à la folie. Mais entre l'erreur et la folie il y a quelque chose d'interposé, c'est la maladie. On ne passe pas ainsi de l'état passionnel à la folie. Les preuves les plus convaincantes sont les preuves cliniques. Si l'on étudie la maladie depuis son origine, on trouve constamment un état primordial; le délire n'existe pas tout seul, mais il a une origine première. Il n'y a donc pas de monomanies multiples, ainsi que l'a parfaitement démontré Falret. Pour nous, nous puisons dans l'observation des faits la preuve que tous ne sont que les phases d'une maladie mentale.

REVUE DE LA PRESSE

Hernie inguinale de l'ovaire. — Une femme de quarante-huit ans se présentait, dans un état cachectique assez avancé, à la clinique chirurgicale de M. le professeur Rosati (de Florence) pour une tumeur de la région inguinale gauche. Cette tumeur, du volume d'une grosse pomme de terre, cylindroïde, à grand diamètre parallèle à l'axe du canal inguinal, s'étendait de la grande lèvre gauche à l'orifice abdominal du canal précité. La peau, au même niveau, avait acquis une teinte rosée par suite, très-probablement des manœuvres de taxis qui avaient été opérées. Elle était, du reste, très-mobile sur la tumeur, laquelle était assez dure, tendue, élastique et légèrement bosselée. La plus grosse élevure était un peu fluctuante.

La tumeur était le siège de douleurs spontanées, douleurs que la

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1877, p. 401.

pression exaspérait et qu'elle faisait irradier jusqu'à l'ombilic et à l'épigastre. Un taxis doucement pratiqué réussissait à réduire la tumeur. Mais, à peine abandonnait-on les manœuvres, que la masse reparaissait aussitôt tout entière. La réapparition et la réduction se faisaient sans bruit aucun. Le ventre ne présentait rien de particulier.

Réglée assez péniblement à l'âge de quinze ans, ce ne fut que deux ans plus tard que cette femme s'apercevait, en se palpant, qu'elle portait à la région inguinale gauche une petite tumeur indolente, lisse, roulant sous la main et atteignant le volume d'une noix. Mais, ainsi que la mère de cette femme le lui apprit, sa tumeur était congénitale. Néanmoins le médecin qu'elle consulta, croyant à une hernie de l'intestin, prescrivit un bandage contentif.

Elle devint enceinte trois fois, la seconde grossesse seule se termina par un avortement à trois mois. Pendant les deux premières gestations, et à partir du septième mois, la tumeur inguinale rentrait dans l'abdomen et s'y maintenait jusqu'à la délivrance, de telle sorte que pendant ce laps de temps la malade abandonnait tout bandage herniaire.

La tumeur avait toujours conservé le même volume, ne devenant ni plus grosse ni douloureuse aux époques menstruelles, lorsque, sans aucun motif appréciable, elle augmenta tout à coup. La malade n'y aurait attaché aucune importance, si, quelques jours plus tard, au moment de l'apparition des règles, elle n'avait été prise de violents frissons, de céphalalgie et d'une toux violente. Puis la tumeur devenait douloureuse et son volume se trouvait bientôt quadruplé, en même temps il survenait des vomissements. Toutes tentatives de taxis ne réussirent qu'à exaspérer les douleurs.

Le diagnostic fut : hernie inguinale, congénitale, épiploïque, irréductible et légèrement enflammée. Traitement : repos horizontal, diète, morphine à l'extérieur et applications de glaces *loco dolenti*. Persistance des phénomènes, rétention complète des matières fécales, vomissements plus accentués, pouls petit, tendance aux lipothymies.

Intervention chirurgicale, la malade étant préalablement endormie : incision de la peau dans le grand axe de la tumeur, débridements aponévrotiques, incision d'une tuméfaction fluctuante prise pour le sac herniaire, issue violente d'un liquide fluctuant. Mise à nu et incision d'autres petites bosselures sans communication entre elles. La tumeur se prolonge par un pédicule que le doigt peut suivre jusqu'à l'orifice abdominal du canal inguinal, sans pouvoir aller au delà. Ce pédicule est énucléé, et le chirurgien reconnaît que la tumeur formée de petits kystes n'est autre que l'ovaire gauche. Le pédicule est alors tranché entre deux ligatures de catgut. Réunion de la plaie, tube à drainage. Guérison complète. (*Presse méd. belge.*)

Observation de tétraorchidie. — Il s'agit d'une anomalie rare observée sur un militaire de la garnison de Figueiras par M. le docteur Cebeira.

C'est à l'occasion d'une vaste ulcération survenue à la suite de chancres mous, étendue à toute la moitié gauche du scrotum et atteignant en profondeur le dartos et même la tunique fibreuse, que M. le docteur Cebeira vit successivement de ce côté deux testicules. L'un, de petit volume, était pourvu de son épididyme et de son conduit déférent; l'autre, était un peu plus gros, et sa masse pulpeuse, de couleur légèrement jaunâtre, ne permettait pas d'en méconnaître la nature.

Ces deux testicules étaient parfaitement distincts l'un de l'autre. Il n'existait entre eux, comme trait d'union, qu'un petit conduit, vestige de canal déférent, allant du testicule le plus volumineux au canal déférent, parfaitement reconnaissable, du plus petit. Le testicule surnuméraire était placé en haut et en dedans, par rapport à l'autre.

Cette même anomalie fut reconnue, par la simple exploration manuelle, exister aussi du côté opposé. Le côté droit du scrotum renfermait également deux testicules dont l'un, supérieur à l'autre par rapport au plan horizontal, ne paraissait pas aussi développé que son symétrique du côté gauche. (*Mon. de la policl.*)

Mal de Pott d'origine syphilitique. — Le fait suivant, d'une extrême rareté, vient d'être observé par M. le professeur Fournier.

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, d'un développement athlétique, mais d'une santé manifestement altérée depuis quelques mois, dit-il, et sans cause connue. Il a considérablement maigri, il s'est affaibli à proportion, et cela au point qu'il pouvait à peine marcher au moment où M. Fournier le vit pour la première fois. Il a perdu l'appétit, il ne mange plus. En outre, il se plaint de douleurs lombaires, constantes, habituellement sourdes, mais s'exaspérant par instants et retentissant alors dans les membres inférieurs.

On découvre aussi l'existence d'un sarcocèle spécifique et de tumeurs gommeuses, d'ulcérations gommeuses, etc. Un traitement actif fut aussitôt institué, mais il fut impuissant à empêcher la cachexie d'emporter le malade quelques mois plus tard.

L'autopsie démontra, en outre des lésions que nous venons de rapporter, des altérations syphilitiques du foie et des reins, des productions gommeuses au niveau du nerf lombaire, et surtout des lésions multiples et considérables d'un mal de Pott affectant la colonne vertébrale au niveau des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires et d'origine incontestablement spécifique. (*Ann. de derm.*)

De l'hémoglobinurie « a frigore ». — Dans une étude très-complète de cette affection faite par M. le docteur Mesnet, au sujet d'un malade de son service de l'hôpital Saint-Antoine, l'auteur résume ainsi l'expression nosologique de l'hémoglobinurie *a frigore :*

Son caractère essentiel est de se montrer sous forme d'attaques survenant à intervalles plus ou moins éloignés, sous l'influence d'une cause invariable, le refroidissement. La cause et l'effet sont parallèles, au point que la rapidité et l'intensité de l'attaque sont presque toujours proportionnelles à l'action plus ou moins énergique du froid. Aussi les médecins anglais, saisissant parfaitement ce rapport, avaient-ils donné à cette affection le nom d'hémoglobinurie hivernale.

La durée de l'attaque ne dépasse guère six à huit heures. Dans l'intervalle des attaques, la santé semble parfaite, ou du moins aucune lésion d'organes, aucun trouble fonctionnel ne se révèlent à l'examen le plus attentif, si ce n'est un certain degré d'anémie.

Les quelques symptômes qui accompagnent l'attaque sont : une sensation très-accusée de froid aux pieds; presque aussitôt de légers frissonnements, de la céphalalgie avec un état semi-vertigineux; la sensation de constriction épigastrique; un malaise général avec mal de cœur, sans nausées ni vomissements. Pendant cet état de malaise, le pouls monte de 10 à 15 pulsations par minute. La température s'élève de un degré et demi à deux degrés pendant l'attaque.

L'urine recueillie d'heure en heure, depuis le commencement de l'attaque jusqu'à la fin, donne une double série, ascendante, puis descendante, de nuances graduées du rouge pâle au rouge très-foncé, suivant la quantité relative de l'hémoglobine qu'elle contient. Le spectroscope accuse la présence de l'hémoglobine. Le microscope ne laisse apercevoir aucune trace de globules rouges. La quantité d'albumine coagulée par la chaleur et par l'acide nitrique est proportionnelle à la quantité plus ou moins grande de l'hémoglobine que contient l'urine aux différentes heures de l'expérience.

Lorsque l'attaque est terminée, l'urine revient à l'état normal, toute trace d'hémoglobine et d'albumine disparaît, et le malade, plus ou moins anémié, reprend les apparences de la santé jusqu'au retour de semblables accidents. (*Arch. gén. de méd.*)

Nécrose du temporal, expulsion. — M. le docteur J. Gotstein a recueilli l'observation d'un enfant, âgé de dix-huit mois et atteint depuis un an d'une otorrhée du côté droit, chez lequel il

s'était développé derrière l'oreille une tumeur constituée par un séquestre. Celui-ci était formé par l'apophyse mastoïde tout entière, par une partie de la caisse du tympan avec la portion osseuse de la trompe, par un morceau de l'écaille, la paroi antérieure et postérieure du rocher, enfin par le limaçon et les canaux demi-circulaires. Par un heureux hasard, la voûte du tympan parut sur le séquestre complètement intacte; à sa surface de contact avec la dure-mère, l'os n'était pas malade.

L'enfant put survivre à cette grave lésion, et l'on constata, deux mois après l'expulsion de toute la portion nécrosée, une grande amélioration de l'état général. Seulement la figure était tiraillée à cause de la paralysie faciale coexistante, et le malade tenait la tête un peu inclinée vers la droite. (*Le Scalpel.*)

Nous avons déjà rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 29 janvier de cette année, page 93) un cas de nécrose du temporal présentant une grande analogie avec celui-ci.

Vulvite aphtheuse des enfants et iodoforme. — M. le professeur Parrot emploie de la manière suivante l'iodoforme contre cette affection. Quelle que soit la période à laquelle le mal est parvenu, à l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme et sans aucune détersion préalable, on couvre les parties malades d'une épaisse couche de cette poudre, puis on interpose entre elles un peu de charpie. Le même pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à parfaite guérison, ce qui d'ordinaire ne se fait pas longtemps attendre.

Il est bien rare que, après une seule application du topique, on ne constate pas déjà une amélioration très-sensible. Le premier changement, et celui qui frappe le plus, est une détersion des parties ulcérées. On dirait qu'elles ont été lavées avec le plus grand soin. Leurs bords s'affaissent, leur cavité semble comblée, et, lorsqu'elles sont peu étendues, on a de la peine à les reconnaître, car elles ont à peu près repris le niveau et surtout la teinte des parties voisines.

Toutes ces modifications s'accomplissent avec une rapidité surprenante et déterminent très-vite la disparition des plaies vulvaires et périnéales. (*Rev. de méd.*)

Deux nouveaux cas d'anévrysme poplité guéris par la bande élastique. — M. le docteur Wheeler vient de traiter avec succès par la bande élastique deux nouveaux cas d'anévrysmes poplité.

Le premier est celui d'un homme de trente-sept ans, chez lequel la tumeur anévrysmale avait acquis le volume d'nne petite orange. Deux bandes élastiques furent appliquées : la première, étendue du pied au bord inférieur de l'anévrysme; la seconde, de son bord supérieur en remontant sur la cuisse. Elles furent laissées en place pendant soixante-cinq minutes, après quoi un tourniquet fut appliqué sur l'artère fémorale et les bandes furent graduellement enlevées. Le soir, nouvelle séance, réapplication des deux bandes dans les mêmes conditions et pendant une demi-heure, enlèvement avec les mémes précautions. La compression par le tourniquet fut continuée pendant quelques heures. A dater de ce moment, les battements ne reparurent plus, et la guérison fut complète.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de trente-trois ans, dont le creux poplité du côté droit était occupé par une tumeur de la grosseur d'une noix ordinaire. La seule cause appréciable était un effort que le malade aurait fait en jouant au crocket. Le même traitement par la bande élastique fut appliqué, et le résultat fut aussi favorable. (*Courr. méd.*)

Vomissements incoercibles de la grossesse. — Une femme, âgée de vingt-six ans et enceinte de trois mois, souffrait depuis quelque temps de vomissements incoercibles, tels qu'ils donnaient les plus sérieuses inquiétudes pour sa vie. Déjà l'on songeait à provoquer l'avortement, lorsque M. le docteur Bailly eut l'idée d'appliquer un vésicatoire à l'épigastre et un sachet de glace en caoutchouc long de 60 centimètres et large de 8. Ce dernier fut laissé en place pendant neuf jours, mais dès le troisième jour les vomissements avaient complètement cessé. L'accouchement eut lieu à son terme normal. (*Paris méd.*)

Traitement des tumeurs érectiles. — Tandis que M. de Saint-Germain traite les tumeurs érectiles par des injections interstitielles de liqueur de Piazza faites au moyen de la seringue de Pravaz (1), M. le docteur Bouchut se borne à les toucher, de la façon suivante, avec l'acide nitrique monohydraté.

Une petite fille idiote, âgée de deux ans, placée dans son service, portait sur la bosse frontale gauche une tumeur érectile, rouge, saillante, très-molle, dépressible sous le doigt, large comme une pièce de 50 centimes. Avec une tige de platine trempée dans l'acide nitrique monohydraté, M. Bouchut toucha la tumeur en ayant soin de ne pas en dépasser les bords. Il réitéra l'opération trois fois à trois jours de distance sans aucune douleur apparente pour l'enfant. Une croûte noirâtre, sèche, se forma sur la tumeur, qui s'affaissa. Au bout d'un mois, la croûte tombait sans suppuration, et la tumeur érectile était guérie.

Ce procédé a l'avantage de n'exiger aucun appareil spécial; il n'est pas douloureux, mais son emploi demande une certaine prudence pour ne pas mettre trop d'acide à la fois. (*Paris méd.*)

Tumeur maligne du sein chez l'homme. — Un individu de cinquante-six ans n'avait eu aucun antécédent héréditaire ou personnel qu'un chancre, à l'âge de vingt-six ans, qui guérit rapidement sans aucun accident ultérieur. A son arrivée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Duplay, cet homme portait au niveau du sein droit une tumeur du volume d'une grosse mandarine, sous-jacente au mamelon, ovoïde, et à grand diamètre transversal. La peau était légèrement violacée, mais libre de toutes adhérences, sauf en cinq points présentant les cicatrices déprimées de ponctions faites six semaines auparavant.

En effet, cette tumeur, dont la date d'apparition remontait à neuf mois environ, avait, au moment où elle fut ponctionnée, le volume des deux poings réunis. Elle se composait de plusieurs petites poches fluctuantes dont chacune donna issue, sous la pointe du bistouri, à 200 grammes de sang.

Lorsque le malade entra à Lariboisière. le mamelon du sein droit, de volume normal, était déprimé et enfoncé au même niveau que l'aréole dont il était séparé par un sillon circulaire. La tumeur paraissait formée de lobules nettement séparés, ayant une base commune et formant des kystes fluctuants du volume d'une noix. Les incisions n'étaient obturées que par une mince couche de lymphe plastique, et, quand on comprimait les kystes, il s'en échappait un jet d'une eau parfois roussâtre, parfois limpide.

Il n'existait pas d'adhérences de la tumeur aux parties profondes; pas de douleurs spontanées ni déterminées par la pression. Le malade n'avait reçu aucun coup dans la région mammaire. En bas et en dedans la tumeur était nettement limitée ; en dehors et en haut elle se prolongeait vers l'aisselle par une masse confuse, indurée, qui aboutissait à deux ganglions de la grosseur d'une noisette et d'une dureté remarquable.

L'ablation de la tumeur a été faite avec succès et sans aucun accident; les ganglions adhéraient à la gaine celluleuse de la veine axillaire, qu'il fallut disséquer. La cicatrisation fut assez rapidement obtenue.

La tumeur, examinée par M. le docteur Mayor, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre de Clamart, était un épithélioma cylindrique du sein, renfermant une agglomération de kystes dont le volume variait depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix. De ces kystes, les uns étaient remplis d'un liquide muqueux, jaunâtre; les autres renfermaient un sang plus ou moins transformé. Ils étaient plongés dans un stroma conjonctif assez dense. (*Archives gén. de méd.*)

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 15 janvier 1881, nº 6, p. 44.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 août 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Hyperostose généralisée. — M. LELOIR, en son nom et au nom de M. Rathery, présente un malade du service de M. Vulpian. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, atteint d'une hyperostose symétrique généralisée. On ne trouve chez lui l'existence d'aucune diathèse. Pendant une partie de sa vie il a travaillé dans le plomb. Après le siège de Paris, il fut pris de douleurs vagues dans les membres, d'œdème des membres inférieurs. Puis les os des jambes se sont mis à devenir plus volumineux, ainsi que ceux de la tête. Depuis cette époque, tous les os du corps ont très-notablement augmenté de volume. La vue, l'ouïe et l'odorat sont altérés. La mémoire et l'intelligence se sont affaiblies. Il y a des accès de dyspnée. Aujourd'hui le malade accuse des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant chez lui, c'est que tous les os du corps sont hypertrophiés.

M. JOFFROY. La pesée, dans ce cas, aurait donné de précieux renseignements. Il s'agit de savoir, en effet, s'il y a là une véritable production de tissu osseux ou simplement une augmentation de volume de l'os, sans production nouvelle de tissu osseux.

M. HANOT a publié avec M. Bouley un cas d'ostéomalacie dans lequel l'affection avait débuté par une induration des os et n'avait abouti que plus tard au ramollissement. Il pouvait y avoir quelque chose d'analogue chez ce malade.

Des œufs dans l'air comprimé. — M. DARESTE a placé des œufs sous pression, et, au bout d'un certain temps, ces œufs se sont trouvés couverts de moisissure.

Urologie. — MM. RICHET et CHAPPART ont trouvé un moyen colorimétrique de doser les matières extractives dans l'urine.

Lésions expérimentales de l'oreille. — M. LABORDE présente une thèse de M. Baratout sur les lésions expérimentales de l'oreille.

Il présente, en même temps, un oiseau chez lequel il a lésé, au niveau des pédoncules cérébelleux inférieurs, les corps restiformes où se trouve le noyau moteur, origine des fibres qui se rendent aux canaux semi-circulaires. Cet oiseau présente tous les troubles que l'on constate lorsqu'on a lésé ces canaux semi-circulaires eux-mêmes: phénomène de tournoiement, déséquilibration dans la marche et dans le vol. M. Laborde peut affirmer, bien que la constatation anatomique fasse défaut, qu'il a également touché le noyau de la racine descendante du trijumeau, comme le prouvent les altérations de l'œil, en particulier une ulcération de la cornée, que présente cet animal. Par cette expérience se trouve absolument établi ce fait que la lésion de ce noyau moteur détermine exactement les mêmes phénomènes que la lésion des canaux semi-circulaires eux-mêmes. Les recherches histologiques de M. Mathias Duval ont d'ailleurs consacré cette démonstration physiologique.

Pulmomètre gymno-inhalateur. — M. BURQ présente un instrument destiné à favoriser la gymnastique pulmonaire qui, selon lui, peut être si utile dans certains cas de phthisie (voy. *Gaz. des hôp.* dans les comptes-rendus de l'Acad. de méd., 1881).

Empoisonnement par la strychnine. — M. DELAUNAY fait connaître les résultats de nouvelles expériences qu'il a faites avec l'aide de M. Wiet sur l'empoisonnement par la strychnine et qui ont porté sur des grenouilles, comme les premières.

Au point de vue de la constitution, une même dose de chlorhydrate de strychnine a tué une grenouille, vigoureuse, pesant 48 grammes et n'a pas tué une faible pesant 28 grammes.

Au point de vue des côtés, M. Delaunay a trouvé un nouveau moyen de constater que les convulsions sont plus violentes à droite qu'à gauche; si l'on place la grenouille empoisonnée sur le dos, on voit qu'à chaque convulsion le bras droit s'élève plus haut et retombe bien avant l'autre, ce qui prouve que les convulsions sont plus énergiques, mais durent moins longtemps à droite qu'à gauche.

Relativement au fonctionnement, on a coutume de fixer les grenouilles sur le ventre à l'aide d'une épingle traversant la lèvre inférieure et maintenant la bouche ouverte d'une façon continue. Quand, après avoir ainsi fixé une grenouille pendant un certain temps, on l'empoisonne, on constate que, pendant les convulsions, la bouche s'ouvre toute grande, tandis que, chez les grenouilles qui n'ont pas été fixées de cette façon, les lèvres, pendant les accès, sont serrées.

On se rappelle que M. Delaunay a reconnu qu'une patte dans laquelle on a fait passer un courant électrique pendant vingt minutes ou une demi-heure est prise de convulsions bien avant l'autre. D'après de nouvelles expériences de M. Delaunay, cette influence du fonctionnement a des limites *minima* et *maxima*. C'est ainsi que, si l'on fait passer un courant pendant cinq minutes, on obtient rien et qu'il en est de même si le courant passe pendant une heure. Cette dernière expérience démontre que le fonctionnement n'agit qu'autant qu'il n'est pas poussé jusqu'à l'épuisement.

Au point de vue de l'innervation, si l'on coupe le nerf sciatique d'nn membre, on voit que les convulsions qui affectent ce membre sont cloniques et isolées au lieu d'être toniques.

Relativement à la situation occupée par l'animal, M. Delaunay, ayant donné la même dose de poison à deux grenouilles de même grosseur dont l'une était suspendue la tête en bas et l'autre la tête en haut, a vu les convulsions affecter cette dernière un quart d'heure et même vingt minutes après l'autre, et avec une intensité bien moindre.

M. Delaunay est porté à croire que la situation horizontale peut être une cause de mort chez les individus gravement empoisonnés qu'il serait peut-être bon de placer dans des lits verticaux en les soutenant par les bras et par les jambes.

Au point de vue de la sensibilité, M. Delaunay a reconnu que les petites grenouilles empoisonnées sont plus sensibles que les grandes, et qu'il en est de même du côté gauche par rapport au droit et du train antérieur par rapport au postérieur. Pour apprécier la sensibilité, M. Delaunay a eu l'idée de se servir d'une mouche qu'il faisait courir sur les différentes parties de ses grenouilles.

On sait par les récents travaux de M. Richet qu'une grenouille à laquelle on a injecté une dose énorme de strychnine n'est pas prise de convulsions et reste inerte, de telle sorte que l'empoisonnement comprend une première phase de convulsion et une deuxième d'inertie. Si, chez une grenouille en proie à la seconde phase, on détermine une hémorrhagie en coupant les fémorales, on voit se produire les convulsions toniques de premier degré de l'empoisonnement. Ainsi, en diminuant la nutrition, on diminue l'empoisonnement, qui passe de la seconde phase à la première, ce qui prouve que ledit empoisonnement agit bien dans ce cas en raison de la nutrition.

Telle est la conclusion générale qui ressort de toutes les expériences de M. Delaunay. En somme, l'empoisonnement est accru par les circonstances suivantes, qui augmentent la nutrition: alimentation, exercice musculaire, situation déclive, production d'une congestion, et diminuée par les circonstances contraires: jeûne, repos, situation élevée, production d'une hémorrhagie.

L'empoisonnement par la strychnine paraît donc agir chez la grenouille en raison des phénomènes nutritifs.

ÉLECTION

M. STRAUSS est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1881-82, par M. Hanriot, agrégé.

M. Haussmann est chargé, pendant l'année scolaire 1881-82, des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

— *Corps de santé de l'armée de terre.* — Par décret en date du 3 août 1881, MM. Gatumeau, Durand, Grosse, Marmonier, Antoine, Cabot, Cadot, Billot, Landriau, Demandre et Testevin ont été promus au grade de médecin-major de deuxième classe.

— Par décret en date du 28 juillet, M. Vizerie, médecin-major de première classe en retraite, est nommé au même grade dans le corps des officiers de santé de réserve.

— Par décret en date du 28 juillet 1881, MM. les docteurs Duprat, Lagreula et Bryon, médecins-majors de première classe en retraite, et M. Cauvet, pharmacien-principal de première classe en retraite, ont été nommés aux mêmes grades dans le cadre des officiers de santé de l'armée territoriale.

— MM. les docteurs Mouillac, Rozan, médecins principaux de première classe; Ferran, Rogues, Fargues, Avice, médecins-majors de première classe, viennent de prendre leur retraite.

M. Guillemot, médecin aide-major de première classe, est rappelé à l'activité.

— *Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1880-81 :

Prix de la Faculté. — *Médecine.* — Première année : Prix, M. Cyprien Conil; mention honorable *ex æquo*, MM. Charles Canac et Louis Rabaine. — Deuxième année : Prix, M. Jules Ferrier. — Troisième année : Prix, M. Pierre Barraud : mention honorable, M. Auguste Dubreuilh.

Pharmacie. — Première année : Prix, M. Pierre Crouzel : mention honorable, M. Jules Farin. — Deuxième année : prix, M. Alfred Augereau; mention honorable, M. Théophile Lys. — Troisième année : prix, M. Paul Hugues; mentions honorables : MM. Pierre Margeon et Jules Larcade.

Prix du conseil général. — *Médecine.* — M. Jean Chambrelent.

Pharmacie. — M. Théophile Lys.

Prix Barbet. — M. Alfred Augereau.

Prix des travaux pratiques en pharmacie. — Première année : prix, M. Jean Collas; mention honorable, M. Jules Farin. — Deuxième année : prix, M. Théophile Lys. — Troisième année : prix, M. Pierre Margeon; mention honorable, M. Jules Larcade.

— *Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.* — Voici les noms des lauréats pour l'année scolaire 1880-81 :

Médecine. — Première année : Prix, M. Philibert Riel. — Deuxième année : Prix, M. Blanc (Edmond-Jean). — Troisième année : Prix, M. Léonce Branche. — Quatrième année : Prix, M. Jules Ranty.

Pharmacie. — Première année : Prix, M. Marc (Jean-François-Adolphe). — Deuxième année : Prix, M. Cyprien Vial.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour la place de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy le lundi 7 novembre 1881.

Un concours pour la place de préparateur de travaux pratiques de chimie s'ouvrira le jeudi 24 novembre 1881.

Le concours pour l'internat s'ouvrira le vendredi 11 novembre 1881 à huit heures du matin.

Le concours pour l'externat s'ouvrira le mardi 15 novembre à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11555.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine.
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide »	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Bonbons Tostain

Fondants à l'huile de ricin pure.

Ces bonbons, aromatisés à la menthe, au citron et au chocolat, sont d'un goût très-agréable et très-estimés comme purgatifs et laxatifs pour les femmes et les enfants.

Chaque bonbon contient exactement 4 grammes d'huile de ricin pure. — Prix de la boîte de huit bonbons : 1 fr. 50, dans toutes les pharmacies.

Gros, phie Tostain, 191, rue du Temple, Paris.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Dragées et Sirop dépuratifs

DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(DRAGÉES ET SIROP DE DEUTO-IODURE IODURÉ DE BOUTIGNY-DUHAMEL.)

Ces deux préparations sont inaltérables, d'un dosage rigoureusement exact, d'une préparation irréprochable. Elles sont employées avec succès, depuis 1841, dans le traitement des **Affections syphilitiques, scrofuleuses et rhumatismales, des maladies rebelles de la peau**, et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillérée à bouche de sirop contient 0gr,50 d'iodure de potassium, et 0gr,01 de biiodure. Deux dragées équivalent à une cuillérée à bouche de sirop.

Exiger les signatures du docteur GIBERT et de M. BOUTIGNY, pharmacien.

Paris, phie Boutigny-Duhamel, Deslauriers, successeur, 31, rue de Cléry.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorur de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison Hugot; Avignon, phie Carbonel. — Envoi fo par poste.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleulodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'af-
« fections utérines chroniques, les résultats ont
« toujours été remarquables; il en fut de même d'un
« nombre respectable de chloroses traitées par
« la même préparation... Nous préférons la forme
« de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est
« plus absorbable et surtout parfaitement sup
« portée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couennenses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs Joret et Homolle, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie Briant, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

N° 92. — JEUDI 11 AOUT 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 11 AOUT 1881. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin est étonnant de présence d'esprit, d'éloquence, de vigueur et même de jeunesse. On a beau le prendre à l'improviste, il est toujours prêt à répondre, et ses répliques sans préparation ne sont pas les moins remarquables.

M. Hervieux, dans le discours très-travaillé par lequel il est venu défendre son rapport, n'a pas pu cette fois ne pas même mentionner la *conférence médicale* tenue en 1870. Mais il explique par sa date, déjà éloignée, l'impression générale, défavorable au vaccin de génisse, que le corps médical y a manifestée. La vaccination animale, suivant lui, serait en progrès dans la faveur publique et de toutes manières.

Malheureusement, comme M. Guérin le lui reproche avec raison, il a négligé d'en chercher la preuve dans la masse des documents communiqués à l'Académie par les médecins vaccinateurs. S'il faut en croire certains indices, il y aurait vu le contraire. Le mouvement s'accentuerait plutôt dans le sens opposé, comme le démontrerait d'ailleurs certaine conversion, éclatante si elle se confirme.

Il nous a paru que M. Hervieux, dans la théorie qu'il se fait sur la vaccine, ne tient pas suffisamment compte des données nouvelles qui ont été acquises pour la culture des virus en physiologie expérimentale. Il déclare encore aujourd'hui que la vaccine est nécessairement toujours égale en activité, toujours semblable à elle-même, quels qu'en pussent être la source et les procédés de culture. Ce serait donc le seul virus qui se trouverait dans ce cas. Pour les autres, en effet, on sait que leur action devient plus régulière, plus certaine, plus puissante, quand ils sont cultivés dans des milieux appropriés, et ces milieux peuvent ne pas être l'espèce animale la plus apte à une explosiou spontanée de la maladie virulente. Les expériences de M. Pasteur nous ont, plus récemment, appris que les virus pouvaient dégénérer et s'affaiblir. Ils ne sont donc pas toujours identiques, comme le suppose M. Hervieux.

D'ailleurs, sans sortir de la vaccine, il aurait pu déjà avoir la preuve de cette variabilité d'activité. Nous nous rappelons avoir vu, pendant de longues années, affichés à l'Académie de médecine, des tableaux que l'ancienne commission de vaccine avait fait peindre pour représenter les différences très-considérables de l'évolution vaccinale, selon que l'inoculation avait été faite avec du cow-pox ou du vaccin d'enfant. Les différences dans la pustulation ne sont évidemment qu'accessoires; mais elles rendent très-supposables des différences dans la préservation, ce qui est le point essentiel.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Œdème rhumatismal.

Samedi dernier, c'est-à-dire avant-hier, une jeune fille est entrée pour la seconde fois dans le service où elle occupe le lit n° 29 de la salle Sainte-Adélaïde. Agée de vingt-trois ans, elle était partie quinze jours auparavant, après avoir passé une première fois près d'un mois dans nos salles.

Elle est sujette à des douleurs articulaires, dont elle attribue l'origine à ce qu'elle couche dans un dortoir exposé à des courants d'air, tels que la partie gauche de son corps est constamment plus froide que le côté droit.

Il y a deux mois, à la suite d'un traumatisme de la jambe, de véritables douleurs rhumatismales se sont déclarées au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, gagnant bientôt le genou du même côté, pour se montrer ensuite sur les articulations du membre inférieur droit.

Voici donc un rhumatisme déterminé, comme cause immédiate, par un traumatisme, chez un sujet prédisposé par un refroidissement nocturne habituel. Elle était à peu près guérie lorsque, dans les premiers jours du mois dernier, elle a été prise d'un mouvement fébrile léger avec quelques douleurs dans la jambe, et, quand elle est arrivée à l'hôpital, nous avons pu constater un gonflement douloureux de l'articulation tibio-tarsienne, s'accompagnant d'un érythème simple au même niveau et d'un peu d'érythème papuleux sur le reste de la jambe. Au coude droit nous avons trouvé également un érythème simple et un érythème papuleux. Au bout d'une quinzaine de jours, sous l'influence du repos, ces différents phénomènes disparaissaient et la semaine suivante cette jeune fille rentrait chez elle.

Cependant elle n'était pas guérie, comme nous lui en avions fait l'observation avant son départ; aussi nous revenait-elle bientôt, toutefois avec des symptômes un peu différents. Ce n'était plus un érythème simple, mais quelques nodosités de la jambe gauche provenant d'un érythème

noueux; c'était surtout un œdème des deux jambes et des articulations tibio-tarsiennes droite et gauche, œdème douloureux, très-élastique, ne se laissant pas déprimer par la pression ou tout au moins ne conservant pas l'empreinte des doigts. Un jour même, la pression nous donna la sensation d'une véritable crépitation comparable à celle de l'emphysème. Le lendemain, cette crépitation n'avait plus les mêmes caractères; elle était plus grosse, comme neigeuse. Du reste, nulle ecchymose, pas de rougeur des téguments; mais une teinte violacée de la peau, due à une veinosité plus grande, comme celle que l'on remarque sous l'influence du froid.

Deux jours plus tard, ces divers phénomènes avaient notablement diminué, et il ne restait guère plus que quelques nodosités disséminées, encore un peu douloureuses à la pression, ovoïdes, dont les plus grosses atteignaient le volume d'un pois, ressemblant enfin à des névromes, bien qu'elles n'en fussent pas; du reste, aucune d'elles n'était située sur le trajet d'une branche nerveuse.

D'autre part, nous avons dans la salle des hommes un malade qui est entré avec de la fièvre, une température de 38°,4, un œdème prononcé de la main et de l'avant-bras gauche, un réseau vasculaire des plus apparents depuis la main œdématiée jusqu'à l'épaule, enfin quelques douleurs articulaires au niveau du poignet et du coude gauche dues à un rhumatisme articulaire subaigu.

Nous lui avons ordonné du salicylate de soude, les douleurs ont diminué, et cet homme allait mieux lorsqu'il a été pris tout à coup d'une vive oppression. En même temps, l'examen de la poitrine nous a montré une matité du sommet droit, ainsi que des râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse et un murmure plus faible dans la fosse sous-épineuse. Deux jours plus tard, ces phénomènes disparaissaient pour faire place aux signes caractéristiques d'un épanchement pleural à la base du poumon droit. Ces signes eux-mêmes ont bientôt diminué à leur tour, puis ils se sont totalement effacés, pour reparaître aussi quelques jours plus tard, disparaître de nouveau et se montrer encore. Ces alternatives d'amélioration et d'aggravation ont duré près de quinze jours, et, pendant ce temps, l'œdème s'est étendu aux extrémités inférieures, tout en prédominant surtout au membre supérieur gauche.

Lorsque nous avons voulu rechercher la cause de l'infiltration sous-cutanée, nous n'avons trouvé aucune lésion cardiaque, aucune altération rénale, pas d'albumine dans les urines, pas de lésion aortique, nulle affection médiastine, pas de tumeur pouvant déterminer une compression quelconque des vaisseaux.

Aussi, vu la mobilité de l'œdème, vu l'absence de toutes lésions autres qu'une affection rhumatismale, nous devons rattacher l'infiltration sous-cutanée au rhumatisme, fait assez exceptionnel lorsqu'il est porté au degré auquel nous l'avons remarqué chez cet homme.

Ainsi donc voici deux malades atteints d'œdème sous-cutané survenu : le premier, au travers d'une affection rhumatismale qui a disparu, tandis que l'œdème persistait; l'autre, concurremment à un rhumatisme articulaire aigu qui dure encore.

L'œdème qui apparaît autour des articulations prises par le rhumatisme est connu depuis longtemps; M. Bouillaud l'a signalé autrefois dans le voisinage des articulations malades et s'accompagnant d'érythème.

Cependant on le voit survenir quelquefois en dehors de toute crise rhumatismale chez des sujets rhumatisants, c'est-à-dire sous l'influence de la diathèse rhumatismale. On observe aussi parfois chez les femmes arthritiques, non plus un œdème proprement dit, mais une sorte de fluxion du tissu cellulaire sus-claviculaire, simulant de véritables tumeurs. Ce phénomène, déjà remarqué par M. Verneuil, a reçu de lui le nom de pseudo-lipome en raison de ses caractères particuliers; mais ceci est une question qui n'est pas encore complètement élucidée.

Les infiltrations séreuses du tissu cellulaire peuvent se présenter sous différentes formes : 1° dans le rhumatisme aigu; 2° dans le rhumatisme subaigu accompagnant l'érythème simple, noueux, papuleux ou la péliose rhumatismale; 3° dans le rhumatisme chronique des petites articulations, mais dans ce cas l'œdème reste circonscrit au voisinage de ces articulations métacarpo-phalangiennes où le tissu cellulaire est un peu plus lâche; 4° enfin chez des individus rhumatisants sans rhumatisme, chez des femmes arthritiques où elles apparaîtront dans le creux sus-claviculaire y formant une saillie arrondie que l'on prendrait volontiers pour une hernie des poumons, n'étaient l'absence de toute sonorité de la tumeur et sa consistance ferme, élastique et non dépressible. Souvent ces infiltrations se montrent en même temps dans d'autres régions, sur les côtés du tendon rotulien, du tendon d'Achille, sur les mains au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes où elles forment ces petites fossettes particulières aux arthritiques. Elles sont toujours simultanées, mais leur distribution est capricieuse et nullement en rapport avec les lésions articulaires concomitantes.

J'ai vu un jour avec M. Hérard une femme arthritique qui, non-seulement, présentait ces pseudo-lipomes sus-claviculaires, mais dont l'infiltration avait gagné les parties supérieures des épaules et de la poitrine jusqu'à la naissance des seins; elle plongeait aussi dans la poitrine, donnant lieu à des phénomènes de dyspnée assez prononcés.

L'anatomie pathologique ne nous a rien appris jusqu'à présent, et les ponctions, qui parfois ont été faites, n'ont donné issue à aucun liquide. Qu'est-ce donc cependant que cette tuméfaction? Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont montré qu'elle était produite par l'infiltration de la sérosité modifiée du sang qui a perdu une partie de ses sels; de plus les cellules interfibrillaires sont aussi tuméfiées et modifiées en ce sens qu'elles ont perdu toute communication et qu'elles forment de petites masses granuleuses contenant de petites gouttelettes graisseuses, de la sérosité sans albumine et des leucocytes en quantité considérable.

L'œdème est aussi parfois d'origine nerveuse; ainsi j'ai soigné une femme dont les jambes s'étaient tuméfiées jusqu'au-dessus de l'articulation du genou à la suite de petites ulcérations du col de l'utérus, en dehors de toute cachexie et de toute maladie du cœur ou des reins. Dès que ces ulcérations eurent été cautérisées, l'œdème commença à diminuer pour disparaître tout à fait avec la lésion utérine. Chez une autre femme l'œdème survenait à chaque époque menstruelle, donnant lieu notamment à une bouffissure considérable de la face.

Quant au mécanisme de l'œdème, trois causes ont été invoquées : 1° une modification de pression intracapillaire par obstacle au cours du sang veineux; 2° une modification de la circulation lymphatique; 3° une modification de l'innervation. Ici, chez nos malades, nous devons mettre hors de

cause les lymphatiques en raison de la facilité avec laquelle cet œdème paraît et disparaît tour à tour; nous devons aussi repousser la pensée d'un obstacle au cours du sang veineux, et c'est plutôt dans quelque modification de la vaso-motricité, dont l'action est loin d'être encore bien comprise, que paraît résider la cause de ces infiltrations œdémateuses.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Hernie inguinale étranglée; kélotomie.

Le malade que j'avais opéré avant-hier d'une hernie inguinale, étranglée depuis quarante-huit heures, est mort hier soir. Ce résultat était prévu, et le pronostic que j'avais émis avant toute opération était mauvais, bien que l'étranglement ne fût pas très-ancien et que la kélotomie ne présentât aucune difficulté. Mais nous nous trouvions en présence d'un état pathologique antérieur dont il faut toujours faire la part.

Dans la discussion qui eut lieu en 1868 à la Société de chirurgie, M. Panas disait que, dans la statistique qu'il avait donnée, il n'avait pas fait entrer, avec intention, deux cas appartenant à des alcooliques à cause de la gravité même des opérations, si grandement accrue par le fait seul de l'alcoolisme, et que la mort était dans ces cas-là beaucoup plus fréquente.

Les remarques de M. Panas étaient parfaitement justes; mais, outre l'alcoolisme, il est encore certains états pathologiques qui rendent aussi la kélotomie d'une gravité beaucoup plus grande. L'un d'eux, connu depuis longtemps déjà, est ce que l'on a appelé l'étranglement algide ou simplement l'algidité. Cette complication, la plus funeste de toutes, est telle qu'un certain nombre de chirurgiens en sont arrivés, en pareil cas, à ne plus opérer, tant la mort est pour ainsi dire inévitable.

Mais qu'est-ce que cette algidité, et de quelle affection est-elle le symptôme? Ce que nous savons, c'est qu'elle est constamment en rapport direct avec la congestion pulmonaire, que l'une soit la cause de l'autre, *aut vice versa?* De telle sorte que, dans les affections de l'intestin qui s'accompagnent d'un arrêt dans la circulation des matières intestinales, l'on observe très-souvent à la fois des phénomènes d'algidité et de congestion pulmonaire intense. C'est là un fait très-intéressant au point de vue thérapeutique, la guérison pouvant dépendre du plus ou moins d'intensité de la congestion pulmonaire.

Chez notre opéré, dès hier matin nous avions constaté l'existence de la congestion des poumons avec ses râles fins et tous les signes stéthoscopiques qui la caractérisent, et notre malade, interrogé, nous avait répondu qu'il était depuis longtemps emphysémateux. De plus, il nous avait appris que depuis longtemps aussi il était fortement dyspeptique, et vivait exclusivement de lait. Ceci est encore une circonstance défavorable, quand il s'agit d'une opération sur l'appareil splanchnique, et le pronostic se trouve d'autant plus aggravé quand on a affaire à une hernie étranglée.

Plusieurs états pathologiques venaient donc, chez cet homme, rendre plus grave notre pronostic et menaçaient plus encore sa vie. Néanmoins j'ai pratiqué la kélotomie, car celle-ci est une opération d'urgence que, dans certains cas, on ne peut éviter.

J'ai fait, avec M. Nepveu, l'examen du liquide du sac herniaire au moment de l'ouverture de ce sac; il renfermait un grand nombre de bactéries et présentait une disposition pyrogène très-grande. Ce liquide est parfois tellement irritant qu'il irrite même les doigts de l'opérateur; aussi comprendra-t-on combien, lorsqu'il se trouve pénétrer dans la cavité du péritoine, même non encore enflammée, il y développe rapidement des accidents inflammatoires de nature septique.

C'est pourquoi, depuis longtemps, j'ai introduit dans l'opération de la kélotomie un petit temps qui consiste à désinfecter l'intestin et les parois du sac herniaire.

Au moment du taxis, j'ai remarqué qu'il existait dans le sac un épanchement notable de sang, ainsi que des caillots anciens et noirs.

J'ai pratiqué le taxis pendant dix minutes avec une certaine énergie, mais je ne suis pour rien dans l'épanchement sanguin, ainsi que le prouvent surabondamment l'état du sang et la présence des caillots. Mais quand pourrons-nous convaincre les praticiens de la ville qu'un taxis fait sans les précautions nécessaires, indispensables, est une opération déplorable?

Chez cet homme, plusieurs tentatives infructueuses avaient été faites; que cette observation vous rappelle donc qu'il ne faut jamais porter la main sur une hernie étranglée, sans précautions. En effet, cet homme avait l'habitude de rentrer avec la plus grande facilité sa hernie, qui sortait fréquemment; aussi, si l'on avait eu le soin, avant tout essai de taxis, d'employer le chloroforme, nul doute pour moi que cette hernie serait rentrée cette fois comme auparavant.

Mais, en ville, nos confrères ont plus peur du chloroforme que d'un étranglement, oubliant en cela que, tandis qu'un malade sur trois, atteint de hernie étranglée, succombe, c'est à peine si un chloroformisé sur dix mille meurt. Si donc vous avez si grande peur de vous servir du chloroforme, — à tort, je le répète, — faites prendre à votre hernié un bain très-chaud pouvant l'amener jusqu'à l'état syncopal, et maintes fois alors vous pratiquerez le taxis avec succès.

Chez notre pauvre opéré, l'intestin était donc déjà en mauvais état, bien qu'il n'existât encore, selon toute probabilité, aucune perforation. De plus, la hernie était très-volumineuse, et je l'avais réduite, en apparence du moins, d'un bon tiers par le taxis; je dis *en apparence*, car ce n'est pas l'intestin que j'avais réduit ainsi, sinon rien ne se fût opposé à ce que le tout suivît la partie rentrée. Mais ce que j'ai réduit, c'est une grande partie du liquide épanché dans le sac. Je n'avais du reste pas entendu le glouglou significatif d'une réduction certaine, aussi ne m'étais-je fait aucune illusion sur les résultats de mon taxis.

J'ai donc renvoyé dans l'intestin, par cette manœuvre, un liquide rempli de sang et de bactéries; autrement dit, j'ai porté le poison du sac herniaire dans la cavité abdominale.

De tous ces faits, nous devons conclure: 1° que l'étranglement herniaire est surtout grave chez les sujets atteints depuis un certain temps soit d'une affection du tube digestif, soit de quelque maladie des voies respiratoires; 2° que cet étranglement est beaucoup plus grave encore si l'on constate sur le vivant des phénomènes d'algidité, un abaissement de la température (chez notre malade, la température était tombée à 36°,2 au moment de son entrée dans nos salles; 3° que tout taxis, dès la première tentative, doit être entouré des précautions nécessaires pour réussir, et non pas être pratiqué empiriquement ou à l'aventure; il

devra être précédé soit d'un bain très-chaud soit de la chloroformisation du malade ; faute de ces précautions, on malaxe l'intestin à tort et à travers, on détermine une hémorrhagie dans le sac et la formation d'un liquide jouissant au plus haut degré de propriétés septiques et capable de déterminer une septicémie aiguë si l'on vient à injecter quelques gouttes sous la peau d'un animal ; 4° quand on fait la kélotomie, il faut avoir grand soin de ne pas laisser la température s'abaisser, et, si celle-ci cependant diminue, il faut essayer de la relever par tous les moyens en usage et notamment par les injections hypodermiques d'éther ; il faut également combattre les congestions pulmonaires, qui tendraient à survenir, par les stimulants de toute nature, par la potion de Todd, par les ventouses scarifiées, etc.

Telles sont les conclusions auxquelles m'a conduit une longue pratique hospitalière et que je tenais à vous faire connaître à l'occasion du malade que nous avons opéré il y a deux jours.

FRACTURE DE LA ROTULE

N'AYANT POINT EMPÊCHÉ LA MARCHE. — HYGROMA PRÉ-ROTULIEN.

Par M. le docteur Trésoret (d'Arc-et-Senans).

Alexis M..., cultivateur, quarante-cinq ans, d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, fit une chute le 10 avril dernier, en cherchant à éviter une locomotive qui arrivait au moment de son passage sur un chemin à niveau. Le malade tomba le long de la voie, sur des pierres à arêtes vives, le genou gauche en avant et dans la flexion. Une douleur instantanée, excessivement violente, le cloua en quelque sorte sur place, pendant quelques minutes. Son pantalon avait été coupé dans le point correspondant au bord interne de la rotule, et la pierre, éraillant un peu l'épiderme, avait déterminé une petite ecchymose linéaire, siégeant sur le côté interne de l'articulation fémoro-tibiale. M... se relève *seul*, et, malgré d'assez vives souffrances, parcourt à pied la distance de 2 kilomètres qui le sépare de son habitation, mais il est obligé de maintenir sa jambe gauche dans l'extension forcée, toute tentative de flexion, pendant la marche, l'exposant à des chutes et augmentant la douleur.

Le lendemain, la marche était plus facile ; le malade en profite pour faire à pied une course de 13 kilomètres, rentre chez lui ne se plaignant que d'une douleur continue, et se couche sans avoir même la curiosité d'examiner son genou. A partir de ce moment, il vaque, comme d'habitude, à ses travaux des champs, assez rudes en cette saison, espérant toujours du temps une guérison complète.

Trois semaines plus tard environ, il remarque *par hasard* une tumeur molle, aplatie, se développant et s'étalant sur la face antérieure de la rotule gauche ; il y porte le doigt, croit sentir, à travers la tumeur, comme des fragments d'os qui glissent sous la main, fait part de ses observations à ses voisins, qui concluent à une fracture de *la noix du genou*, ainsi qu'ils appellent la rotule. M... ne s'émeut pas pour autant ; il poursuit activement ses travaux, et ce n'est que le 23 juin, alors que le développement de la tumeur lui rend de jour en jour plus difficiles les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, qu'il se décide à consulter un médecin.

Je trouve en avant de la rotule une tumeur molle, fluctuante, du volume d'un œuf de poule, sans altération de la couleur, de la température, de la texture de la peau, avec intégrité absolue de l'articulation et un état général parfait (hygroma pré-rotulien). Je conseille le repos et quelques vésicatoires volants en annonçant qu'une ponction serait probablement nécessaire, malgré la fracture à laquelle je ne croyais pas.

En effet, l'influence de ce traitement ne s'étant pas fait sentir, je pratiquai, le 30 juin, la ponction avec le trocart, qui donna issue à trois cuillerées environ d'un liquide séreux, légèrement teinté de sang, provenant sans doute de la piqûre. La paroi du kyste ne présentait que peu d'épaisseur ; aussi revint-il aisément sur lui-même, et l'exploration, dès lors facile, de la rotule, me permit de constater une fracture de cet os siégeant à l'union de son tiers inférieur avec le tiers moyen, et légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Les deux fragments étaient réunis par un cal fibreux ne mesurant guère que quelques lignes en largeur, car on ne sent qu'une rainure au niveau de la solution de continuité.

Jugeant que la fracture s'était, quoique spontanément, aussi bien consolidée que possible ; que la couche fibreuse pré-rotulienne n'avait pas été rompue ; que la paroi du kyste ne présentait aucune solution de continuité, je n'hésitai point à faire dans la poche une injection de teinture d'iode dilué, puis compression et repos.

Aujourd'hui, 16 juillet 1881, l'épanchement consécutif à l'injection iodée est complètement résorbé ; toute douleur a disparu, et la guérison paraît assurée.

INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA SUR LE COL.

PERFORATION DU PLACENTA ; VERSION ; GUÉRISON,

Par M. le docteur Lafourcade.

Le 15 décembre 1880, je suis appelé auprès de la femme A... qui, me dit-on, est dans un état de grossesse très-avancée et perd du sang depuis six jours. J'accours, et voici ce que j'apprends : elle a eu quatre grossesses heureusement terminées ; elle a toujours été bien portante ; elle est âgée de trente-huit ans ; elle a une perte, qui a commencé il y a six jours ; cette perte est peu abondante, et se produit à des intervalles irréguliers tant au repos et pendant la nuit que pendant le jour ; la malade ne ressent aucune colique. Je découvre l'abdomen, et il est facile de juger par le développement de l'utérus qu'elle touche au terme de sa cinquième grossesse. Ces renseignements me font soupçonner une insertion vicieuse du placenta sur le col. J'introduis le doigt dans le vagin, et, après avoir extrait quelques caillots qui obstruaient ce canal, j'arrive à une tumeur charnue, pulpeuse, à surface anfractueuse ; l'orifice de la matrice l'entoure vers la partie supérieure, et le doigt ne peut être introduit entre cet orifice et la tumeur ; les membranes sont inaccessibles ; le bord de la circonférence du placenta ne peut être senti. J'avais donc affaire à une insertion vicieuse du placenta sur le col centre pour centre. La situation était grave ; il y avait péril en la demeure. Nul accoucheur n'ignore l'extrême gravité de cet accident, soit pour la mère exposée alors à la mort par hémorrhagie, soit pour le fœtus que l'asphyxie menace. J'appelle donc en consultation mon ami et confrère, M. Larredy. Il reconnaît comme moi l'insertion vicieuse du placenta et partage toutes mes craintes. Comme le travail ne paraissait pas avoir commencé, comme la perte était peu abondante et que d'ailleurs la femme n'était ni décolorée ni affaiblie, nous nous bornâmes à lui conseiller le repos au lit, l'élévation du bassin, les réfrigérants *intus* et *extra*. Si les accidents devenaient plus pressants, le tamponnement devait être appliqué. Six jours se passent sans que la moindre perte se manifeste ; au bout de ce temps, je suis appelé de nouveau, et je constate non-seulement que le sang coule plus abondamment qu'auparavant, mais que des contractions énergiques ont lieu, et que du sang sort au moment de leur production.

J'envoie chercher de nouveau mon confrère, qui, ne pouvant cette fois répondre à mon appel, est remplacé par Mme Galand, sage-femme aussi dévouée qu'intelligente et expérimentée. Nous jugeâmes la situation extrêmement grave ; la patiente pâlissait ; le col était mou et dilatable. Nous ne crûmes pas devoir compter sur le décollement complet du placenta, opéré par la dilatation graduelle du col, et amenant l'expulsion de l'œuf avant celle du fœtus, pas plus que sur la perforation du placenta par la tête du fœtus, se frayant ainsi un passage à travers cette perforation,

bien que plusieurs accoucheurs, et des plus distingués, aient cité des exemples nombreux de ce double phénomène.

Perforer le placenta, pratiquer la version, obtenir ainsi une rétraction prompte de l'utérus, et, par suite, l'arrêt de l'hémorrhagie, tel fut le plan auquel je m'arrêtai, et que je me mis en devoir d'exécuter sur-le-champ. Avant tout, je devais m'assurer de la présentation et de la position pour savoir quelle main devait être introduite dans la cavité amniotique. Le toucher ne pouvait me servir pour élucider ces questions, parce que la portion de placenta qui obstruait le col m'empêchait de reconnaître exactement la partie qui se présentait; j'eus donc recours à l'auscultation, qui, en me révélant que le maximum d'intensité des bruits du cœur se trouvait à gauche, au-dessous de l'ombilic, m'apprenait en même temps que le plan dorsal du fœtus occupait ce côté de la femme, et que, par conséquent, j'avais affaire à une occipito-iliaque gauche. C'est donc la main gauche que je dois introduire, afin que la partie antérieure de mon avant-bras se trouve en rapport avec le plan antérieur au fœtus. Cette notion acquise, je place la femme en travers de son lit, comme pour une application de forceps; je recommande à la sage-femme de lui administrer un peu de bouillon et de vin, et d'appuyer ses deux mains sur le fond de l'utérus pour l'empêcher de remonter pendant la manœuvre; j'enlève du vagin les caillots qu'il contient; je donne aux doigts de ma main gauche la forme d'un coin; je l'introduis dans le vagin; l'index et l'indicateur grattent le placenta, le déchirent à petits coups et parviennent à pratiquer une ouverture assez large pour le passage de la main et de l'avant-bras. Le moment le plus émouvant de l'opération était celui où mes doigts déchiraient le placenta : le sang ruisselait et venait baigner la surface de mon avant-bras; mais à peine la main et une partie de l'avant-bras eurent-elles pénétré dans la cavité utérine que le sang cessa de couler. Je trouvai les pieds sur le plan antérieur du fœtus; je tirai sur eux, en me servant de la main droite pour refouler en haut la tête. La version fut des plus faciles, et le tronc de l'enfant, en traversant l'ouverture faite au placenta, s'opposait comme mon avant-bras à l'écoulement du sang. A peine le fœtus fut-il extrait que l'utérus se rétracta fortement, rétraction favorisée par les frictions énergiques exécutées par la sage-femme sur ma recommandation. L'extraction du délivre ne présentait aucune difficulté. L'enfant, qui ne donnait aucun signe de vie, dont la face était bleuâtre et cyanosée, fut rappelé à la vie grâce à l'insufflation, à la respiration artificielle pratiquée pendant une demi-heure au moins. La femme put se lever huit jours après cet accouchement; elle allaite son enfant, et aujourd'hui ils sont en parfaite santé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des lettres de remerciements de divers lauréats de l'Académie; 2° un pli cacheté déposé par M. E. Caventou (accepté); 3° un pli cacheté avec cet intitulé : Note sur la physiologie de la pulsation artérielle normale, par M. A. Brundel, médecin de la marine.

COMMUNICATION

Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, de la série sédative et excito-motrice; le mal des montagnes (étude de physiologie pathologique). — M. Duboué (de Paris). L'étude du médicament qui éclaire incontestablement le terrain limité sur lequel elle se meut tend néanmoins à rétrécir le champ thérapeutique en raison des tendances exclusives qu'elle fait ou laisse naître dans l'esprit; l'étude de la série médicamenteuse, au contraire, éclaire d'une vive lumière et dans tous ses points ce vaste champ thérapeutique et l'agrandit considérablement.

Dans la première étude, c'est le médecin qui se débat seul au milieu de difficultés immenses; dans la seconde, ce sont tous les médecins qui s'organisent pour vaincre en commun ces mêmes difficultés.

DISCUSSION

M. Hervieux dit qu'aujourd'hui, en présence de l'état actuel de la science, des progrès réalisés et des résultats obtenus, l'opposition contre la vaccine animale n'a plus de raison d'être. Les progrès géographiques sont indiscutables. On les a qualifiés d'affaire de mode. Il n'est pas beaucoup de méthodes thérapeutiques à qui on puisse faire cette injure.

Mais c'est en vain que M. Hervieux a appelé l'attention sur tous les progrès réalisés en ce qui concerne la culture du vaccin animal, sa conservation, etc. M. Jules Guérin oppose à tous ses dires un système de dénégations injustifiées.

M. Guérin, suivant M. Hervieux, a négligé de voir par ses yeux, d'apprendre par ses oreilles. Il a invoqué une prétendue unanimité des médecins des hôpitaux pour contester les assertions du rapport relativement aux effets locaux de la vaccination animale; M. Hervieux la conteste à son tour. Si les résultats présentés à la *conférence médicale de Paris* par quelques médecins des hôpitaux et par des médecins de Paris et de la province étaient peu favorables, c'est qu'on était alors en 1870, à une époque où les insuccès de la vaccination animale tenaient à un manque d'expérience. En France, comme en Hollande, comme en Prusse, comme aux États-Unis, on a compté au début un certain nombre d'insuccès, puis on a appris à éviter les causes d'erreur et modifié les premières impressions. Beaucoup de médecins des hôpitaux, d'abord hostiles à la vaccination animale, s'en servent maintenant dans leurs services et pour leurs clients.

M. Hervieux cite une lettre d'un médecin des hôpitaux, dont M. Jules Guérin aurait prononcé le nom, et qui, se servant du vaccin de génisse concurremment avec le vaccin d'enfants, pour les *revaccinations* seulement, dit avoir obtenu le même nombre de succès. Pour les premières vaccinations il emploie exclusivement le vaccin jennérien parce que la *durée de la vertu préservatrice du vaccin de génisse n'est pas encore démontrée à l'égal du vaccin jennérien*; mais M. Hervieux lui-même a fait toujours ses réserves sur cette vertu préservatrice; il est donc, dit-il, inattaquable de ce côté. Cependant de fortes présomptions lui paraissent militer en faveur de la réalité de ce pouvoir prophylactique.

D'abord des raisons physiologiques. Le vaccin animal et le vaccin jennérien procèdent tous les deux du cow-pox spontané, c'est-à-dire d'une maladie propre à la vache.

Or est-il conforme aux lois de la physiologie pathologique qu'une maladie virulente, cultivée sur l'espèce la plus favorable à son développement spontané, fournisse un virus moins actif que la même maladie transplantée sur une espèce différente ? Le vaccin est toujours identique à lui-même. Ce qui varie, c'est la force de la variole.

Comme preuves expérimentales, M. Hervieux cite des observations rapportées à la conférence médicale de 1870 et une épidémie arrêtée en 1877 par la vaccination animale; enfin il raconte qu'à la Maternité, depuis 1865 jusqu'à 1870, toutes les vaccinations furent faites au vaccin de génisse et que cet hôpital traversa l'épidémie de 1870 sans dommage.

Il combat ensuite l'opinion de ceux qui prétendent que les épidémies de variole sont plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois, et il termine en affirmant que, malgré M. Jules Guérin, la vaccine animale restera, comme un auxiliaire puissant et indispensable de la vaccine humaine.

M. Jules Guérin, cette fois, comme la première, a été pris à l'improviste par M. Hervieux. N'ayant pas été averti que le débat allait se rouvrir, il n'a pu préparer ses armes ; mais, dès aujourd'hui, il tient à répondre à cette attaque inopinée. M. Hervieux a fait un nouveau plaidoyer en faveur de la vaccine animale, et cette fois surtout contre M. Guérin. Mais il n'a pas étudié la question comme il aurait dû le faire ; il n'a pas mis à profit toute la masse

des documents qui ont été adressés à l'Académie depuis 1867. C'était cependant le seul moyen de savoir si, en réalité, la vaccine animale était en progrès. Du reste, l'aveu même fait par M. Hervieux des insuccès de la vaccination animale à son début n'est-il pas une preuve, involontaire, de son infériorité? Est-ce que le vaccin jennérien est si difficile à employer? est-ce qu'il ne réussit pas tous les jours entre les mains des sages-femmes?

D'ailleurs il n'est pas vrai que la vaccination animale ait gagné depuis 1867, malgré les efforts que l'on a tentés en sa faveur. Elle n'a point encore fait ses preuves. De ce qu'elle produirait des pustules égales en nombre et en grandeur, de ce qu'elle a une même origine, née également du cow-pox, de ce qu'elle aurait fait le tour du monde, on n'aurait pas le droit de conclure qu'elle est égale ou supérieure au vaccin jennérien. Ce qu'il s'agit de prouver, c'est qu'elle possède une puissance préservatrice égale ou supérieure à celle du vaccin jennérien; or cette preuve est encore à faire.

M. Hervieux a cité une lettre d'un médecin qui avait eu une conversation avec M. Guérin : ce qu'il y avait de plus significatif dans cette conversation, c'est que ce médecin, s'il avait à faire vacciner ses propres enfants, ne voudrait pas se servir du vaccin animal.

M. Guérin n'avait pas voulu se prévaloir de ces paroles; mais il peut dire que, récemment, au congrès de Londres, le plus zélé propagateur de la vaccination animale, M. Warlomont (de Bruxelles), lui a déclaré en être arrivé par l'observation et l'expérience aux mêmes conclusions que lui.

M. Hervieux parle des progrès géographiques de la vaccination animale, il se rejette sur le grand nombre de ses partisans; mais ne sait-on pas que beaucoup de méthodes thérapeutiques, complètement abandonnées plus tard, ont eu de même leur temps de vogue? On pourrait citer telle drogue, préconisée par un médicastre, qui a fait aussi le tour du monde; l'histoire des moutons de Panurge sera toujours vraie. Les engouements sans cause ne peuvent pas durer, et on abandonnera un jour la vaccination animale.

M. Jules Guérin se proclame, du reste, le plus fervent admirateur de la vaccine jennérienne. Il ne voudrait pas voir les médecins s'engager dans cette aventure qui s'appelle la vaccination animale. La vaccine considérée en général ne peut qu'y perdre. C'est pourquoi il serait utile que cette question fût reprise de nouveau et discutée sérieusement avec les documents qui ont été envoyés à l'Académie depuis 1867. C'est avec ces documents et non avec des assertions sans preuves qu'on peut arriver à quelque chose de vrai. L'orateur est convaincu que, depuis l'introduction de la vaccine animale, il s'est créé une sorte de virus vaccin hybride qui n'est ni le vaccin jennérien ni le vaccin animal. Le vaccin jennérien proprement dit n'existe plus. Il faut en revenir au vrai cow-pox humanisé par une culture habile dans l'organisme humain, sans nouveau passage par l'animal. Car le vaccin se perfectionne quand on le cultive dans les conditions que M. Jules Guérin a déjà fait connaître. Il acquiert de nouvelles vertus. Et c'est à la reconstitution de ce vaccin par excellence que les efforts des médecins doivent tendre, car c'est ainsi qu'on pourra rendre à la vaccine toute la vertu préservatrice qu'elle possédait à l'origine et que lui a fait perdre son adultération par la vaccine animale.

M. HERVIEUX déclare qu'il n'a jamais voulu, ni dans son rapport à l'Académie, ni dans son discours, établir un parallèle entre le vaccin jennérien et le vaccin animal. Il ignore complètement si le vaccin animal a une vertu préservatrice supérieure, égale ou inférieure à celle du vaccin jennérien. On n'a pas encore eu le temps d'acquérir la preuve de ce fait. A l'avenir seul de prononcer. Mais on sait que, sous le rapport du nombre et de la grandeur des pustules, le vaccin animal n'est nullement inférieur au vaccin jennérien.

Quant à sa vertu préservatrice, elle serait réelle, d'après les statistiques étrangères et autres travaux de toute provenance relatés par M. Hervieux. Mais il est difficile d'en établir la durée. Elle serait très-longue et très-complète s'il fallait en croire certains rapports au sujet desquels M. Hervieux a fait ses réserves, mais qu'il n'a pas pu ne pas mentionner.

M. DEPAUL reproche de nouveau à M. Jules Guérin d'avoir signé les conclusions du rapport qu'il allait combattre, et cela sans avoir suivi les expériences auxquelles il eût dû assister en qualité de membre de la commission.

N'ayant pas fait d'expériences personnelles, il a bien peu d'autorité en cette matière, et il ne devrait pas intervenir lorsqu'il s'agit d'expériences et de travaux qui ont demandé beaucoup de temps.

M. JULES GUÉRIN répond que, s'il n'a pas assisté aux expériences de la commission, c'est parce qu'à son avis (avis qu'il avait développé dans le sein de la commission) ces expériences étaient mal instituées et n'étaient pas propres à atteindre le but qu'on devait avoir en vue en les faisant. On ne s'est pas rendu à ses observations, et on n'a pas voulu suivre le plan qu'il avait indiqué. Il n'avait donc plus aucune raison pour suivre des expériences vaines. Quant aux conclusions qu'il a signées, ce n'étaient pas de vraies conclusions, il l'a déjà prouvé dans la dernière séance. Il n'a donc plus à revenir sur cette démonstration surabondante, et il s'étonne que M. Depaul répète toujours la même chose, comme si on ne lui eût pas répondu.

M. Jules Guérin possède une méthode qui lui paraît excellente, bien qu'elle soit contraire à la méthode de M. Depaul. Elle consiste à bien observer, puis à induire des faits parfaitement connus et à trouver les lois en généralisant. C'est la vraie méthode scientifique, et il ne voit pas pourquoi il en changerait.

En terminant, il se déclare prêt à dépouiller tous les documents qui ont été envoyés à l'Académie depuis 1867 relativement à la vaccine, si la discussion doit se continuer d'une façon sérieuse.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

327. M. Mossimann. Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë. — 328. M. Morlot (Édouard). Sur une forme grave de l'épilepsie. — 329. M. Gombert. Du mal vertébral de Pott chez les vieillards. — 330. M. Clais. Étude sur quelques troubles trophiques consécutifs aux ulcères variqueux. — 331. M. Mareau. Intoxication phosphorée, son traitement par l'essence de térébentine; recherches physiologiques et thérapeutiques. — 332. M. Ranque. De la péritonite dans la fièvre typhoïde. — 333. M. Myrza Hussein-Khan. De l'iodoforme donné à l'intérieur. — 334. M. Coulbault. Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie. — 335. Lefèvre. Contribution à l'étude de la syphilis chez les scrofuleux. — 336. M. Vannereau. Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — 337. M. Robert. Essai sur la pathogénie des cataractes spontanées. — 338. M. Autier. Du traitement des chancres mous et des bubons chancreux par l'acide salicylique. — 339. M. Vignon. Des variations de la température dans la fièvre typhoïde au moment de l'alimentation. — 340. M. Sergent. Contribution à l'étude du traitement de certaines tumeurs nasales. — 341. M. Cailleret. Étude clinique sur l'albuminurie dans la phthisie pulmonaire considérée au point de vue du pronostic. — 342. M. Courréjol. Des accidents gravido-cardiaques et de leurs indications obstétricales. — 343. M. Bruchet. Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er août, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. le médecin principal Savatier.

Au grade de médecin principal : M. le médecin de première classe Guerguill.

— M. le médecin principal Sallé est nommé médecin principal de la division navale d'instruction.

— M. Marquehosse est nommé aide-médecin auxiliaire pour servir au Sénégal.

— *Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.* — Un concours pour la place de chef des travaux cliniques du laboratoire de clinique médicale s'ouvrira, le lundi 26 septembre, à huit heures du matin au laboratoire.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Cauchois, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de suppléant des chaires de chirurgie jusqu'au 23 avril 1884.

— Le tribunal correctionnel de Saintes vient de condamner la supérieure des sœurs du Port d'Envaux, reconnue coupable d'exercice illégal de la pharmacie et d'homicide par imprudence, à 500 francs d'amende et aux frais s'élevant à 1,500 francs.

— La Société nationale d'agriculture de France a décerné, dans sa séance publique annuelle tenue dimanche dernier, le prix de Béhargue à MM. les docteurs Roux, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Chamberland, docteur ès sciences, pour leurs travaux exécutés sous la direction de M. Pasteur sur les maladies charbonneuses et sur la rage.

— On annonce la création d'un douzième emploi de médecin en chef de la ligne navigante. Cette création est nécessitée par le rétablissement du poste de médecin en chef de la Guadeloupe. De cette façon, les relèvements dans les colonies s'opéreront d'une manière plus régulière.

— Un concours s'ouvrira, le 31 août 1881, à une heure de l'après-midi, pour deux places d'interne titulaire en pharmacie et quatre places d'interne provisoire à l'hôpital civil de Tours.

— *Société protectrice de l'enfance, de Lyon. — Prix à décerner en* 1882. — La Société protectrice de l'enfance, de Lyon, met au concours la question suivante : *Des éruptions connues vulgairement sous le nom de raches chez les enfants du premier âge.*

Insister sur leur nature, et rechercher s'il en est que l'on puisse combattre sans danger, d'autres que l'on ne doive attaquer qu'avec certaines précautions, et d'autres, enfin, qui doivent être respectées.

Établir clairement ces distinctions, et faire connaître la meilleure conduite à tenir dans les différents cas.

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1882, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1882, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40, à Lyon.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté, et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Traité des eaux de Pougues, par le docteur J. Janicot, médecin consultant à Pougues. Fascicule 3. Étude bibliographique et critique de documents médicaux complémentaires du dix-septième siècle — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11560.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boites de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose: 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE MÉDEDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES de GÉLIS et CONTÉ ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule :	Créosote pure. . .	0.05	par capsule.
	Huile de foie de morue blanche. . .	0.20	

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Ver solitaire

Guérison certaine par les GLOBULES de SECRÉTAN (*à l'extrait vert éthéré des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges*). Le seul remède facile à prendre et à digérer, n'occasionnant ni nausées, ni coliques, ni troubles nerveux. — Employé avec un succès constant dans les hôpitaux de Paris. Dépôt : *Secrétan*, pharmacien, 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi *franco* avec brochure explicative contre mandat : 10 francs. (*Éviter les contrefaçons.*) Dans toutes les phies.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'Extrait de Foie de Morue possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien**, a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

L. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros: J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail: Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*.

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Pharmacie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart, Paris, et toutes les pharmacies.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit- » tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm, G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**.

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pseudo-diphthérie pharyngo-nasale dans la scarlatine avec ulcération profonde du bord libre des ailes du nez.

L'enduit blanc qui peut se former dans l'angine scarlatineuse sur la muqueuse pharyngienne et sur le voile du palais est le plus souvent pultacé plutôt que couenneux. Il se débride facilement, sans garder la continuité des fausses membranes diphthéritiques. D'ailleurs il a très-peu de tendance à se propager, différant en cela des manifestations locales de la diphthérie.

Le plus souvent, c'est du troisième au quatrième jour qu'on voit apparaître sur les amygdales des petites plaques d'un blanc laiteux, d'autant plus distinctes que tout le reste de la muqueuse de l'arrière-bouche est devenu d'un rouge intense depuis le début de l'éruption.

Parfois aussi un enduit d'un blanc très-vif, se formant dès les premiers jours, vient s'étaler non-seulement sur la face antérieure du palais, mais sur une partie du palais lui-même. Généralement alors le moindre frottement suffit pour enlever cet enduit, et il ne se reproduit pas. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, l'angine scarlatineuse prend un aspect vraiment pseudo-diphthéritique. Des fausses membranes, assez adhérentes, pouvant se reproduire alors qu'on les arrache, s'étendent avec rapidité, soit dans un sens, soit dans l'autre.

Un exemple très-remarquable de cette forme peu commune vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard.

Une jeune fille de vingt-trois ans, qui, dans une partie en bateau, était tombée à la rivière le dimanche 17 juillet, fut prise, le mercredi 20, de vomissements répétés et de fièvre. On rattacha d'abord ces symptômes au refroidissement qu'elle avait subi, mais le surlendemain on remarqua qu'elle était couverte d'une éruption, et elle entra à l'hôpital, où elle occupe le n° 10 de la salle Sainte-Martine. La scarlatine était parfaitement caractérisée, mais d'une intensité moyenne. L'éruption, généralisée, était d'ailleurs peu confluente. La fièvre était modérée. Le 29 au soir, la température dépassait à peine 39 degrés, et elle s'abaissa les jours suivants. Il n'y eut jamais de complication cérébrale, jamais de délire. Il n'y eut pas non plus d'albuminurie. L'éruption suivit son cours régulier, et la desquamation se fit par larges lambeaux épidermiques sur la main et les pieds, par petites lamelles sur le reste du corps, comme dans la scarlatine la plus classique.

Il n'y a d'anomal dans cette observation que l'angine, sa propagation et ses suites exceptionnelles.

La jeune malade se plaignait d'un mal de gorge très-violent, qui rendait la déglutition excessivement douloureuse ; la muqueuse linguale palatine, la face antérieure du voile du palais, offraient la rougeur scarlatineuse sans aucune espèce de concrétion pseudo-diphthéritique ou pultacée.

Mais on constata sur les amygdales et les piliers du voile du palais la présence de véritables fausses membranes, résistantes, d'un blanc grisâtre, qui se prolongeaient en arrière. Plusieurs de ces fausses membranes furent ramenées dans les crachats, quelquefois même avec un peu de sang. Vers le quatrième ou le cinquième jour, un coryza des plus intenses se manifesta. Le nez gonfla au point de doubler de volume ; il se boucha entièrement, et, comme les narines ne sont pas très-larges chez cette jeune fille, tous les efforts qu'elle fit pendant plusieurs jours pour les déboucher, en chassant de l'air avec force, restèrent vains. En même temps, il se formait des deux côtés, sur les ailes du nez, près de l'orifice, des fausses membranes qui se continuaient avec celles dont la muqueuse était tapissée. Quand l'éruption se fut terminée sur la peau, quand on ne vit plus de fausses membranes dans l'arrière-bouche, quand le mal de gorge fut passé, on appliqua sur le nez un large cataplasme, afin de détacher les fausses membranes, qui, en se desséchant, avaient pris un aspect croûteux. Elles furent, en effet, rejetées en masse, et, depuis ce jour, la respiration par le nez est redevenue facile ; mais, sous les fausses membranes dont étaient recouvertes les ailes du nez, il s'était fait des ulcérations profondes, qui se sont de nouveau recouvertes de concrétions grisâtres, à moitié gangreneuses, à moitié couenneuses. La forme du nez restera changée par suite de la double eschare qui, de chaque côté, a entamé les ailes du nez sur leur bord libre, et les fera paraître beaucoup plus relevées.

Cette tendance à l'ulcération a été depuis longtemps notée comme étant beaucoup plus marquée sous les fausses membranes de la scarlatine que sous les fausses membranes de la diphthérie vraie.

Il nous semble, en effet, que l'on doit rattacher certaines fausses membranes résistantes à la scarlatine elle-même, et n'y pas voir une complication réellement diphthéritique, comme on l'a souvent proposé.

La diphthérie pharyngo-nasale est une affection des plus graves, d'un pronostic le plus souvent fatal, et dans le cours de laquelle on observe toujours, à un haut degré, les symptômes de l'intoxication diphthéritique.

Dans la scarlatine, au contraire, l'envahissement du nez et de la gorge par les fausses membranes peut, comme chez cette malade, n'être qu'un accident exclusivement local; il peut se présenter dans les cas les plus bénins à tous les autres points de vue, et n'influer à peu près en rien sur le pouls, la température, l'hématose, l'état des forces, la marche de la convalescence.

Contractures et hémichorée provoquées par des traumatismes dans un cas d'hémiparésie.

Les expériences de M. Brown-Séquard et l'observation des malades ont également montré que, dans certaines lésions ou affections des centres nerveux, il suffisait souvent de simples excitations périphériques pour provoquer un trouble considérable dans tout le système musculaire.

C'est ainsi que, chez les cochons d'Inde dont précédemment la moelle épinière a été coupée transversalement dans une de ses moitiés, il se produit une zone épileptogène dont il suffit d'exciter un point pour amener une attaque convulsive.

C'est ainsi également que, dans certains cas de sclérose disséminée de la moelle épinière (nous en avons donné des exemples), le pincement de la peau ou même son frôlement, la traction d'un poil, dans les parties hyperesthésiées, a pour conséquence une contracture générale avec secousses tétaniques des membres affectés.

Rien n'est mieux connu aujourd'hui que cette *épilepsie spinale*, et il était bon de la rappeler, parce que les faits que nous allons signaler à l'attention des praticiens, bien que ne rentrant pas tout à fait dans le même cadre, offrent cependant des analogies évidentes.

Parlons d'abord d'un malade âgé de vingt-deux ans qui se trouve depuis vingt-neuf mois environ dans le service de M. Lasègue et qui occupe actuellement le n° 33 de la salle Laennec.

L'histoire de cet homme se divise en plusieurs périodes.

Sa mère a eu un accouchement très-difficile, et il a eu la tête déformée en arrière, surtout à gauche, par la pression du forceps.

Son père, mécanicien, alcoolique, est mort d'une attaque d'apoplexie, et le petit a été placé dans un orphelinat dès sa première enfance.

A l'âge de cinq ans, il tomba si malheureusement qu'il s'enfonça dans le genou droit un clou de charpentier.

On ne put retirer ce clou qu'avec des tenailles, au bout de trois semaines. Une large cicatrice témoigne de cet accident.

Jusqu'au moment de sa chute, il s'était servi également bien des deux jambes; mais, en se relevant, il éprouva une certaine difficulté pour marcher; au lieu d'appuyer sur le sol, le talon droit le frôlait à peine.

Cette difficulté augmenta de jour en jour, et le talon se releva de plus en plus, jusqu'à ce qu'il se produisit un véritable pied-bot équin.

En même temps, ce jeune enfant s'apercevait qu'il n'était pas aussi habile de la main droite que ses camarades; il ne pouvait pas suivre, comme eux, les dictées. Ses mouvements étaient comme gênés, et pour écrire régulièrement il avait besoin d'une application qui le retardait.

A l'âge de sept ans, il avait eu le croup, et M. Désormeaux lui avait pratiqué la trachéotomie. Il en porte la trace.

Quand il eut quinze ans, il songea à se faire opérer de son pied-bot équin, et il s'adressa, dans ce but, à Broca. Broca fit la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. L'opération fut très-rapide et peu douloureuse. Cependant, dès ce moment même, le pied droit commença à être agité d'oscillations dues à des mouvements convulsifs, à des secousses spasmodiques des muscles de la jambe. Le mollet surtout était le siége de contractions partielles, rapidement répétées, que le malade compare à des tremblements. Puis la cuisse se prit à son tour; puis le bras, l'avant-bras, la main, participèrent à cette sorte de chorée.

A la moindre contrariété, l'agitation devient plus forte. L'état du temps paraît aussi avoir une certaine influence. Mais, quand le temps est beau et quand rien ne trouble cet homme, il advient parfois que les mouvements choréiques se calment ainsi que les contractures. Il peut alors marcher comme tout le monde, au lieu de tordre sa jambe et de la projeter de la façon qui l'a fait surnommer *Tortillard* par ses compagnons.

En 1877, il fut atteint de pertes séminales. Depuis le mois d'octobre surtout, ces pertes étaient devenues extrêmement fréquentes. Elles se renouvelaient pour la moindre cause, pour un mouvement d'extension de la colonne vertébrale. Il s'affaiblissait et s'affaissait de jour en jour. Il affirme qu'aucun excès, aucune mauvaise habitude, n'avait déterminé chez lui cet accident.

Vers la fin de l'année, il entra dans le service de M. Hardy, qui lui fit faire des applications de pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Les pertes cessèrent, et, le 19 mars 1878, le malade, parfaitement guéri à ce point de vue, allait être envoyé en convalescence à l'hospice de Vincennes, lorsque, pendant la visite même de M. Hardy, il fut pris d'une première attaque épileptiforme.

Il était entré dans la troisième phase de sa maladie, et, depuis lors, les crises épileptiformes se renouvelèrent environ tous les deux mois. Dans ces derniers temps même, il y en eut deux, à quelques jours seulement d'intervalle.

Comme c'est très-souvent le cas dans ces fausses épilepsies qui se rattachent à des lésions des centres nerveux, ces crises ne débutent pas chez lui subitement par une perte de connaissance. Il ressent d'abord dans le côté droit des mouvements convulsifs et une contracture qui s'accentuent de plus en plus. Durant cette période, qui peut être longue, car, s'il faut l'en croire, elle aurait duré quelquefois jusqu'à un quart d'heure, il se rend bien compte de ce qu'il éprouve et il entend très-nettement tout ce qu'on dit autour de lui.

Mais il a déjà le cou raidi, il tient les yeux obstinément fixés sur un point qui lui semble agité d'un mouvement rapide; il a les mêmes sensations que si tout tournait autour

de lui; enfin l'attaque se complète par des convulsions toniques et cloniques, dont il n'a plus conscience.

Quand il revient à lui, il n'a pas cet accablement qu'éprouvent d'ordinaire les épileptiques. S'il était en train de conter une histoire avant le début de la crise, il peut en reprendre le fil, juste au point où il l'avait laissé.

Depuis 1878, son état est resté le même, ou à peu près. Il ne maigrit pas très-notablement; mais on constate à la mensuration que les membres sont un peu plus gros du côté gauche que du côté droit: c'est du côté droit que siègent les mouvements choréiques et les contractures momentanées.

En résumé, cet homme, fils d'alcoolique, né par le forceps la tête déformée, paraît avoir eu de tout temps le côté droit un peu plus faible.

Un premier accident, un long clou planté dans l'épiphyse inférieure du fémur et qui y est resté trois semaines, a provoqué l'apparition d'une contracture permanente des muscles du mollet et un pied-bot équin.

Puis l'opération par laquelle ce pied-bot équin a été guéri a coïncidé comme date avec le commencement de mouvements choréiques qui, de la jambe droite, ont gagné progressivement tout le côté droit.

Enfin il a fallu de nouveaux traumatismes pour arrêter des pertes séminales qui mettaient la vie en danger; et c'est alors, après l'application répétée de pointes de feu le long de la colonne vertébrale, que les attaques épileptiformes se sont manifestées à leur tour.

Ne paraît-il pas supposable qu'il n'y a pas seulement simple coïncidence dans la succession des traumatismes et la succession parallèle des phases de cette maladie?

Chorée momentanée provoquée par l'emploi de l'électricité.

M. Geoffroy, qui supplée en ce moment M. Lasègue dans son service à la Pitié, en nous montrant, avec la plus grande complaisance, le malade dont nous venons de résumer l'histoire, nous a raconté à cette occasion deux faits analogues observés par lui.

Le premier de ces faits s'est présenté un peu par hasard. M. Geoffroy était de passage dans une petite ville de province, lorsqu'il fut consulté pour le fils d'un magistrat. Cet enfant, âgé d'une douzaine d'années, était atteint d'une paralysie du nerf facial. Son père l'avait mené à Paris vers un spécialiste célèbre pour les maladies des enfants. Celui-ci avait formulé sur son ordonnance l'avis suivant : *Paralysie de cause rhumatismale, pronostic favorable, traitement par l'électricité.* Une fois de retour, il s'agissait de mettre cet avis en pratique; mais, pour appliquer l'électricité, on fut dans un grand embarras; on eut recours au pharmacien, qui découvrit dans son armoire un appareil magnéto-électrique à rotation. On en mit les deux conducteurs dans les mains de l'enfant, puis on imprima à l'instrument le mouvement le plus rapide. Le pauvre petit criait, se tordait de douleur, demandait grâce, mais le père fut inflexible. La première séance dura deux minutes, et tous les jours on recommença une séance semblable. Cependant, au bout de quelque temps, on remarqua que la moitié du corps était affectée de mouvements choréiques. Cette hémichorée augmentait à chaque séance d'électrisation. On tint bon pendant quelques jours, persuadé qu'il s'agissait d'une simple coïncidence. Puis, cédant à la fin aux prières de l'enfant, on cessa de l'électriser. Dès lors la chorée s'amenda; elle avait disparu presque complètement lorsque M. Geoffroy vit ce jeune malade une semaine environ après la cessation de ce traitement si pénible. M. Geoffroy considéra cette hémichorée momentanée, produite par une excitation périphérique, comme un indice très-probable de quelque lésion cérébrale. La paralysie de la face ne présentait par elle-même rien qui pût éloigner l'idée d'une cause rhumatismale; mais, en ordonnant à l'enfant de suivre du regard les mouvements de son doigt, il constata que du même côté il existait un certain degré de paralysie du nerf moteur externe. Ceci changeait complètement le pronostic; il fallait supposer une tumeur cérébrale, très-probablement de nature tuberculeuse. En effet, moins de trois mois plus tard, cet enfant était enlevé par une affection suraiguë, que le médecin considéra comme une fièvre typhoïde à forme cérébrale, mais qui était sans aucun doute une méningite tuberculeuse, d'après le récit des symptômes.

Fort peu de temps après, M. Geoffroy était appelé à traiter une jeune fille à peu près du même âge, atteinte également d'hémichorée. On lui raconta que, la voyant plus faible d'un côté du corps, on l'avait conduite d'abord chez Duchenne (de Boulogne), qui l'électrisait, mais très-légèrement. Duchenne (de Boulogne) étant mort, on s'était adressé quelques mois plus tard à un autre spécialiste, mais celui-ci n'avait pas eu les mêmes précautions. Au lieu d'employer un courant d'induction très-faible, il s'était servi d'un courant direct continu assez fort pour occasionner une sensation de douleur. Après un petit nombre de séances, la chorée était apparue dans le côté hémiplégique; elle s'accentuait de plus en plus, toujours sous l'influence de ce même traitement, quand on consulta M. Geoffroy. Persuadé que l'étiologie des mouvements choréiformes était la même dans ce cas que dans le précédent, il conseilla de cesser aussitôt l'emploi de l'électricité, faisant espérer que la chorée cesserait bientôt d'elle-même, et, en effet, en moins de huit jours, cette chorée était guérie.

Voilà donc un ensemble de trois observations, qui prouvent également le retentissement considérable que les traumatismes ou les excitations périphériques peuvent avoir sur le système musculaire dans certaines affections des centres nerveux.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la dyspepsie estivale des enfants. — M. le docteur Caradec fils prescrit vingt gouttes, avant chaque repas, de la préparation suivante dans un peu de camomille :

Teinture de quinquina.	20 grammes.
— de gentiane.	5 —
— de cascarille.	5 —
— de benjoin.	2 —
— de noix vomique	1 —

Mêlez. (*Courr. méd.*)

Injection antiblennorrhagique. — On emploie deux fois par jour l'injection suivante :

Hydrate de chloral.	1g,50
Hydrolat de roses.	125

Faites dissoudre.

Au bout de trois ou quatre jours de traitement, les envies d'uriner sont moins fréquentes et moins douloureuses; les érections sont également moins pénibles; enfin l'écoulement blen-

norrhagique devient de plus en plus clair et cesse complètement du huitième au dixième jour. (*Union méd.*)

Injection glycéro-tannique dans l'endométrite purulente avec ulcérations du col. — Il est très-fréquent de voir les malades atteintes d'un écoulement purulent fourni par une endométrite, avec ou sans ulcération du col, ne pas supporter les injections balsamiques telles que le goudron et le coaltar, qui, par leur nature, sont plus particulièrement aptes à tarir cette sécrétion morbide. Dans ce cas, il convient d'employer, d'après la formule suivante de M. le docteur J. Chéron, une solution d'acide tannique dans la glycérine, à laquelle on ajoute une certaine quantité de laudanum de Sydenham :

Acide tannique.	60 grammes.
Laudanum de Sydenham.	10 —
Glycérine neutre	350 —

On fait dissoudre à chaud, sans eau, l'acide tannique dans la glycérine, on filtre et on ajoute le laudanum. Une ou deux cuillerées à bouche par litre d'eau tiède pour injections, matin et soir.

Sous l'influence de ces injections la sécrétion purulente diminue rapidement; les démangeaisons et les irritations des parties extérieures disparaissent; les sensations de pesanteur et les douleurs s'atténuent en peu de jours. S'il n'y a pas d'ulcération, on peut porter la dose du laudanum, dans la formule ci-dessus, à 20 et même à 30 grammes sans inconvénient. (*Progr. méd.*)

Traitement de l'acné pilaris et de l'acné de la face. — M. le docteur Lailler traite ainsi qu'il suit l'acné pilaris, qui se développe souvent sur le front, à la limite de la région frontale et du cuir chevelu, et ressemble un peu à de l'eczéma :

1° Lotions sur les parties atteintes, tous les soirs avant de se coucher, avec la solution suivante :

Fleur de soufre.	20 grammes.
Alcool	10 —
Eau	30 —

2° Bains alcalins.

3° Prendre à chaque repas une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude dans un peu d'eau sucrée.

Quant à l'acné de la face, M. Lailler fait étendre, sur les parties malades, tous les soirs avant de se coucher, avec un pinceau, une couche de la préparation suivante :

Eau	100 grammes.
Alcool camphré.	30 —
Soufre lavé.	15 —
Glycérine.	10 —

que l'on enlève le lendemain matin par un lavage fait avec soin, pour recommencer le soir la même application.

Quand le soufre ne réussit pas dans le traitement de l'acné, on peut avoir recours au savon noir, que l'on emploie pendant quatre jours consécutifs en frictions, le soir avant de se coucher. Puis on laisse reposer le malade pendant quatre autres jours, après lesquels on fait une nouvelle application de savon. On continue ainsi jusqu'à ce que le malade soit amélioré suffisamment ou guéri.

Mais, comme il est quelquefois important de soigner en même temps l'état général du malade et de lui prescrire des toniques et des fortifiants, on peut lui donner du fer et du goudron, d'après les formules suivantes :

Tartrate ferrico-potassique.	15 grammes.
Aloès.	0,50 cent.

pour 100 pilules. Prendre deux pilules à chaque repas.

Goudron de Norwège.	20 grammes.
Sciure de bois de sapin	60 —

On fait dissoudre une cuillerée à bouche de ce mélange dans un litre d'eau que le malade boira aux repas et avec laquelle il coupera son vin. (*Le Praticien.*)

Traitement de la variole. — M. Weidenbaum, dans le but, soit d'arrêter le processus variolique, soit de le faire avorter et d'empêcher la fièvre de suppuration, conseille des frictions générales avec

Onguent napolitain.	7 parties.
Savon de potasse (savon vert)	15 —
Glycérine	30 —

Dans cette préparation l'onguent hydrargyrique agit comme antiphlogistique, le savon alcalin ramollit l'épiderme, la glycérine enfin augmente le courant exosmotique et la forme de pommade est propre à protéger du contact de l'air. (*Abeille méd.*)

Potion contre la coqueluche. — M. le docteur Paul Aymerich a retiré de très-bons effets de l'emploi du bromure de potassium associé à l'acide phénique dans le traitement de la coqueluche.

Pour les enfants âgés de plus de trois ans, le docteur Aymerich formule la potion suivante :

Bromure de potassium.	de 3 à 4 grammes.
Acide phénique.	de 15 à 20 centig.
Sirop de citron.	Q. S.
Véhicule.	200 grammes.

à prendre toutes les deux heures, une cuillerée grande ou petite, suivant l'âge du malade.

Le docteur Aymerich n'a jamais vu survenir aucun symptôme fâcheux. Il recommande, en outre, un régime réparateur et l'usage du vin. De plus, enfin, il fait pratiquer, dans la chambre du malade, des fumigations de goudron d'une manière continue. (*Courr. méd.*)

Poudre contre la coqueluche. — D'autre part, M. le docteur Marcad (de Rio Grande) ordonne contre la coqueluche une poudre composée qu'il formule de la manière suivante :

Poudre de belladone.	3 grammes.
Poudre de scille.	3 —
Poudre de gomme ammoniaque . .	3 —
Kermès minéral.	5 —
Poudre de réglisse.	4 —

Mêlez et faites 24 paquets.

Pour les enfants âgés de moins de six mois, donnez un quart de paquet trois fois par jour dans une ou deux cuillerées de lait tiède. Aux enfants de six mois à un an, un demi-paquet le matin et autant le soir. Enfin, pour ceux qui ont de deux à quatre ans, un paquet entier matin et soir. (*Progrès méd.*)

Liniment contre la sciatique. — La formule suivante est conseillée :

Huile d'olives.	250 grammes.
Essence de térébenthine.	75 —
Ammoniaque liquide.	40 —
Teinture de cantharide.	15 —

(*Courr. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 août 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Atrophie du testicule. — M. NICAISE, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon, dit avoir observé un cas d'atrophie du testicule consécutive à une orchite blennorrhagique chez un jeune homme de vingt-deux ans.

Extraction des corps étrangers du corps vitré. — M. BERGER lit un rapport sur la communication faite dans la séance du 13 avril 1881 (voy. *Gaz. des hôp.*, n° du 16 avril 1881), par M. Galezowski, et qui était relative à l'extraction par un aimant d'un corps étranger du corps vitré.

M. Berger fait observer que, dans des cas analogues, non-seule-

ment la fonction visuelle n'est pas toujours rétablie après l'extraction de ces corps étrangers, mais encore que l'incision scléroticale entraîne parfois après elle des complications graves, souvent tardives, et qui aboutissent à la perte de l'œil. C'est pourquoi il fait des réserves au sujet du malade présenté par M. Galezowski, dix-huit jours seulement après l'opération.

En résumé, dit-il, l'extraction des corps étrangers du corps vitré peut être tentée. Elle peut être efficace; mais elle peut aussi entraîner des lésions inflammatoires aboutissant à la perte de l'œil. Il est cependant des cas où, alors même que la vision n'est pas rétablie, l'opération est encore indiquée pour prévenir l'ophthalmie sympathique.

M. DESPRÈS. Il n'est, en effet, pas possible de se prononcer d'une façon définitive sur le cas présenté par M. Galezowski dix-huit jours seulement après l'opération. Je m'associe donc entièrement aux réserves formulées par M. Berger.

Nous savons ce que vaut l'extraction de la cataracte par une incision scléroticale. Cette opération a été bien légitimement abandonnée. Elle entraînait souvent la perte de l'œil. Je citerai un exemple à l'appui de cette opinion qu'il peut survenir des complications tardives à la suite d'une plaie scléroticale. J'ai eu, dans mon service, un jeune homme de quatorze ans qui avait reçu un coup de couteau dans l'œil; ce jeune homme était sorti de l'hôpital, en apparence complètement guéri des suites de son accident. Plus d'un an après, il est revenu avec une hémorrhagie intra-oculaire, et en moins d'un mois son œil était complètement atrophié. Or une plaie chirurgicale de la sclérotique peut entraîner les mêmes accidents qu'une plaie accidentelle.

M. GIRAUD-TEULON s'associe aux réserves de MM. Berger et Desprès relativement aux suites ultérieures de l'opération faite par M. Galezowski.

M. GILLETTE rappelle avoir relaté dans l'*Union médicale* des cas analogues à celui de M. Galezowski, un cas, entre autres, où l'on s'était également servi d'un aimant sinon pour extraire, au moins pour déplacer et rendre plus facilement abordable le corps étranger. Il y a longtemps, d'ailleurs, qu'on a eu l'idée d'appliquer les aimants à l'extraction de certains corps étrangers, non-seulement de l'œil, mais aussi de toute autre partie du corps.

Arthrotomie antiseptique. — M. NICAISE présente un malade auquel il a enlevé, il y a seulement quinze jours, un volumineux corps étranger du genou. Cet homme, il y a plusieurs années, est tombé d'une vergue sur le pont d'un navire. Il a eu, à la suite de cette chute, des lésions graves du genou gauche, et, peu de temps après, il a senti un corps mobile dans le genou droit. Il n'a pas tardé, en effet, à présenter tous les signes d'un corps étranger intra-articulaire. Il y a deux ans, ce corps occupait la partie inférieure de l'articulation; puis il était remonté à la partie supérieure. Ce malade est entré le 20 juillet dans le service de M. Nicaise, qui, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, fit une incision à la partie supérieure et externe. Il arriva ainsi, couche par couche, jusque sur la synoviale. Avant d'ouvrir celle-ci, il eut soin d'attendre que tout écoulement sanguin eût cessé. La synoviale ouverte, il put extraire le corps étranger sans difficultés. Il referma la plaie par trois points de suture. Il appliqua un pansement antiseptique. Ces points de suture furent enlevés le troisième jour. La réunion était complète. Le membre fut placé dans une gouttière. Le sixième jour, le malade commençait à faire des mouvements; il se levait le dixième jour, complètement guéri.

L'emploi de la méthode antiseptique n'est certainement pas étranger à la rapidité de cette guérison.

Le corps étranger avait 3 centimètres dans son grand axe sur 16 ou 17 millimètres. Il avait à peu près le volume d'un gros haricot de Soissons. L'origine de ce corps étranger est difficile à déterminer. Peut-être s'agit-il d'un éclat de cartilage produit par la chute faite il y a six ans. Il n'y avait aucune altération de la synoviale, ni des os.

M. GILLETTE. Le résultat obtenu par M. Nicaise est très-beau. Mais on peut en obtenir d'aussi satisfaisants avec le pansement ouaté.

M. DESPRÈS. C'est là un cas exceptionnel, l'articulation n'étant pas malade.

M. POZZI a pratiqué, à Saint-Louis, l'arthrotomie pour l'extraction d'un corps étranger de l'articulation. Ce fait présentait ceci de particulier que le corps étranger était solidement attaché à la synoviale et que la moindre traction exercée sur lui déterminait de très-vives douleurs. Cette pédiculisation avait un autre inconvénient: l'incision de ce pédicule a déterminé une petite hémorrhagie persistante qui n'a sans doute pas été étrangère au défaut de réunion. Malgré un traitement antiphlogistique, l'application, vingt-quatre heures après, du pansement ouaté, ce malade a eu une arthrite suppurée. M. Pozzi n'hésita pas à ouvrir largement l'articulation, il plaça un tube à drainage et son malade guérit très-bien.

Il insiste sur ces deux inconvénients résultant de la pédiculisation du corps étranger, dans ce cas, la douleur et l'hémorrhagie.

M. NICAISE répond à M. Gillette qu'il reconnaît qu'on peut obtenir de bons résultats par d'autres méthodes, mais que cette méthode offre plus de rapidité et plus de sûreté que toutes; à M. Desprès, que l'absence de toute altération de l'articulation n'était pas une bonne condition, la synoviale, comme le péritoine, étant moins tolérante quand elle est saine; à M. Pozzi, qu'avec la méthode antiseptique, l'écoulement de sang entre les lèvres de la plaie n'empêche nullement la réunion par première intention.

Hypertrophie mammaire. — M. MONOD présente une femme enceinte de quatre mois qui est atteinte d'une énorme hypertrophie des deux mamelles. C'est la troisième fois que cette femme est enceinte, et, les deux premières fois, elle a présenté, dans le cours de la grossesse, une très-notable hypertrophie des deux seins. Après l'accouchement, ses seins ont repris un volume à peu près normal. Étant donné l'état de grossesse, l'amaigrissement, l'aspect cachectique de cette malade et l'énorme dimension des deux mamelles, il n'y a pas lieu de songer à une intervention chirurgicale. La teinture d'iode, la compression, seraient certainement inefficaces.

Dans ces conditions, ne faut-il pas considérer cette malade comme une femme enceinte, atteinte de rétrécissement du bassin ou de vomissements incoercibles, et ne doit-on pas provoquer l'avortement?

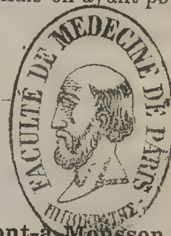
M. DESPRÈS, en raison des antécédents, croit qu'il vaudrait mieux attendre et se contenter de pratiquer chez cette femme la succion artificielle.

M. HEURTELOUP partage l'avis de M. Monod, et, vu l'état grave dans lequel se trouve cette malade, n'hésiterait pas à sacrifier l'enfant et à pratiquer l'avortement.

M. MARC SÉE ne comprend pas la proposition faite par M. Desprès; la succion serait ici suivie de la reproduction immédiate de la sécrétion lactée et ne ferait qu'épuiser davantage cette malade.

M. MONOD croit qu'on peut encore attendre, mais en ayant pour objectif l'avortement et non l'amputation.

La séance est levée.



VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert RENÉ,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

V

II. ÉTUDIANTS.

Lorsque le pape eut autorisé la fondation de l'Université de Pont-à-Mousson, les jésuites envoyèrent en Lorraine l'élite de leur compagnie. Il fut décidé qu'on s'installerait à Pont-à-Mousson. Le

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 juillet 1881.

lieu était parfaitement choisi au point de vue des relations avec les peuples voisins, ce qui devait favoriser singulièrement le recrutement des élèves de toutes les nationalités.

Il n'est donc pas étonnant de voir cette Université se peupler, dès les premières années de son existence, d'un grand nombre d'étudiants, d'autant plus que jusqu'à cette époque le duché de Lorraine n'avait, à proprement parler, aucun collège. L'instruction n'y était donnée que d'une façon bien restreinte dans quelques couvents. « A part quelques savants, dit le P. Abram, le reste, c'est-à-dire le clergé, était si ignorant que beaucoup d'ecclésiastiques se laissaient gagner par les novateurs, et l'évêque de Toul fut obligé de faire publier en français les statuts synodaux, qui étaient en latin, afin que les curés les lussent plus aisément et les entendissent mieux. »

Quelques années suffirent aux jésuites pour mettre en vigueur tout un système d'enseignement. Le jour où les bâtiments de l'Université furent ouverts aux étudiants, le premier étudiant inscrit fut le jeune prince Charles, fils du duc de Lorraine. Envoyé par son oncle, le cardinal de Lorraine, il prit l'habit et la cape d'escolier pensionnaire. Son exemple fut suivi rapidement par l'élite de la noblesse du pays; à côté de lui vinrent se ranger les héritiers des grands noms de Guise, de Vaudémont, de Gondy (fils du duc de Retz, qui fut plus tard le cardinal oncle du grand cardinal de Retz), et autres seigneurs de Lorraine, d'Allemagne et de France.

Les étrangers y vinrent de tous côtés, et « c'est un plaisir de voir ce nombreux cortège d'escoliers qui, au premier coup de cloche qui les appelle à leurs classes, passent le pont pour s'y rendre, et ils sont souvent en si grand nombre que l'on dirait que c'est une procession générale. Et ce que je trouve encore de plus admirable, continue notre auteur, c'est de voir ce grand nombre d'escoliers qui se sont assemblés en si peu de temps, tant il est vrai que la renommée a publié les progrès que l'on fait dans les sciences, dans cette naissante Université ».

La guerre et la peste en 1589 firent un peu diminuer le nombre des étudiants. Mais, en 1608, il était remonté au chiffre de plus de 1,600 « escoliers » sans comprendre, dans ce nombre, les étudiants de droit et de médecine qui étaient encore plus de 400. Les troubles qui régnaient en France à cette époque n'avaient pas peu contribué à ce développement, car les écoles de Paris étaient presque fermées en 1595. Cet état de choses dura plusieurs années et alarma assez le Parlement de Paris pour qu'il rendît, en 1603, un arrêt par lequel il était ordonné « que tous les Français qui étudiaient dans les Universités de Douai et de Pont-à-Mousson eussent à en sortir et revenir en France y faire leurs études ».

Ce fut la plus belle période de l'existence de l'Université de Pont-à-Mousson. La décadence vint vite; en 1635, la guerre lui porta un coup funeste. Le nombre des écoliers tombait à 150, et, après avoir brillé pendant un demi-siècle, l'Université ne fit plus que se soutenir pendant le siècle suivant jusqu'à sa translation à Nancy, en 1768.

A leur arrivée à Pont-à-Mousson, les écoliers devaient se procurer un logement et une pension. Les uns se contentaient de la pension bourgeoise, qui était en vogue à cette époque, et où ils étaient singulièrement exploités. D'autres s'installaient chez des professeurs où ils étaient en quelque sorte en famille. Il y en avait aussi dont les parents venaient habiter Pont-à-Mousson pour le temps des études.

L'arrivée de ces nombreux étrangers fut pour la ville le commencement d'une ère de prospérité, car les habitants s'empressèrent d'en tirer profit au point qu'en 1722 le commerce était presque anéanti, à cause de la facilité que les bourgeois trouvaient à avoir des pensionnaires aux dépens desquels ils vivaient commodément et dans l'oisiveté. Le duc de Lorraine dut les modérer dans cette voie, et, dès 1579, Charles III, « pour le bien et utilité publique et signamment des escholiers de l'Université de Pont-à-Mousson, comme il est besoin et nécessaire pourvoir à l'abus qui s'y commet ordinairement par les boulangers, pasticiers, bouchers et pêcheurs, y vendant à détail, pain, pasticerie, chair et poisson à prix excessif et exorbitant... baille quelque règlement et modération compétente » en établissant une taxe pour les principaux fournisseurs.

Les étudiants se faisaient inscrire, à leur arrivée à l'Université, d'abord sur la matricule du recteur, puis, en second lieu, sur celle de la Faculté.



Étudiants de l'Université de Pont-à-Mousson au dix-septième siècle (1).

Le règlement de la Faculté de droit, rédigé avec tant d'habileté par Grégoire de Toulouse, était appliqué aux étudiants en médecine. C'est une sorte de manuel pour l'étudiant. Depuis le jour où il s'est inscrit sur les registres de la Faculté, jusqu'au jour où, victorieux des épreuves, il sort couronné des honneurs de la licence ou du doctorat, le fameux règlement embrasse la vie tout entière de l'étudiant : exercices de piété, études, examens, vacances, rapports avec les professeurs, les citoyens, les condisciples, etc. La sollicitude du doyen s'étend à tout. Il n'est pas jusqu'à leur vêtement dont il s'inquiète; il veut voir, dans la décence de la coupe et dans le choix des couleurs, le respect de l'étudiant pour la gravité des fonctions auxquelles il aspire. Nul ne doit sortir après que le signal du couvre-feu a été donné, c'est-à-dire après huit heures: « non appareat vagus per urbem, sed cubiculo et hospitio se contineat præter necessitatem ». Et, s'il lui faut sortir, alors, qu'il sorte avec modestie, sans armes et précédé d'une torche, si la nuit est arrivée; qu'il aille et revienne pacifiquement, se souvenant que « le mot nuit vient de nuire, et que ce temps est propre aux exploits des malfaiteurs pour lesquels c'est l'heure propice au crime ». Grégoire parle avec un langage ému de ces jeunes étudiants venus de loin pour la plupart. Qui n'aurait pitié, dit-il, de ces exilés volontaires par amour pour la science, qui s'appauvrissent pour elle et abandonnent, non sans déchirement, ce qui tient le plus invinciblement au cœur de l'homme, la famille et la patrie? Il les voit malades, et s'émeut à la pensée que leur appel, fait dans une langue étrangère, n'éveillera pas d'échos autour d'eux et ne sera pas entendu d'une mère ou d'une sœur. C'est un trait de cette sollicitude presque maternelle qui a dicté le dernier article par lequel Grégoire clôt ses prescriptions sur la vie privée de l'étudiant. Il peut arriver que tous ces sacrifices et ces privations que s'impose l'étudiant soient mal récompensés de l'ingrate fortune et qu'une mort prématurée ensevelisse, avec sa jeunesse, toutes les belles espérances qu'elle faisait concevoir. Alors, dans cette Faculté où l'étranger a rencontré autant de pères que de maîtres, autant de frères que de condisciples, il trouve dans cette nouvelle famille des secours pour alléger sa pauvreté s'il est malade, et, s'il meurt, il a des larmes pour honorer ses funérailles, dont la pitié des siens acquittait généreusement les frais. *Hoc enim pietas et naturalis ratio suadet*, dit Grégoire avec une simplicité antique.

Il était dans le goût du temps de représenter les aspérités et les succès du travail par des allégories et des emblèmes. Empruntons encore au même auteur (*Pierre Grégoire de Toulouse*, par M. Ch.

(1) Nous devons ce cliché à l'obligeance de M. Favier, sous-bibliothécaire de la ville de Nancy, à qui nous devons aussi de nombreux détails intéressants sur les *Mœurs et usages des étudiants*. Cette planche est tirée de l'ouvrage de Wapy, intitulé: *les Honneurs et Applaudissements*.... 1623.

Hyver) la description d'un vitrail de la bibliothèque de Strasbourg. Œuvre d'un peintre lorrain du seizième siècle, ce vitrail, qui a trait à l'Université de Pont-à-Mousson, a été consumé avec toutes les richesses de la bibliothèque de Strasbourg par l'incendie allumé par le feu des Prussiens en 1870. Les difficultés du travail sont représentées sous l'image d'un camp ennemi à franchir et d'une forteresse à forcer par la brèche. L'enfant qui veut arriver à la science et obtenir les honneurs qu'elle confère, rencontre, sous les tentes qui composent le camp de l'*Ignorance*, autant d'ennemis dont il faut triompher. Il lui faut sortir de ce pavillon ouvert à l'*Ignorance* et ne pas se laisser abattre par la *Crainte* et par sa sœur la *Stupidité*, figurées par une sorte d'*Orbilius plagosus*, qui, le classique faisceau de verges à la main, semble interdire à la science l'entrée de ces jeunes esprits. Puis s'ouvre le pavillon de la *Volupté*, retentissant des sons de la lyre et environné d'une jeunesse qui s'enivre de grossiers plaisirs, et celui de l'*Inertie*, qui endort ses malheureuses victimes dans un honteux repos. Alors deux embûches nouvelles se présentent à l'étudiant : deux ennemies de la science, l'une par excès, l'autre par défaut ; l'*Arrogance*, qui croit tout savoir, et la *Timidité*, qui doute trop d'elle-même. Victorieux enfin de tous ces assauts, livrés à son esprit, à son cœur et à ses sens, l'écolier voit se dresser devant lui la citadelle de Pallas avec une double enceinte. Il lui faut posséder autant de sciences qu'il y a de degrés pratiqués dans la brèche. D'abord la *grammaire*, la *rhétorique* et la *dialectique*, qui composent la première enceinte dont le rempart porte le nom de la première victoire, BACALAVREI. Un maître, placé à propos, se hâte de décerner au jeune vainqueur l'enseigne de son triomphe, pendant qu'un autre maître, sur la plate-forme qui domine la dernière enceinte, lui tend l'anneau et le bonnet de maître ès arts pour le décider à franchir les derniers degrés désignés par les noms de *sphérique*, *éthique*, *physique* et *mathématique*, branches de la philosophie et des beaux-arts. Enfin, au sommet, sur une sorte d'autel, se tient debout Minerve elle-même avec l'égide et le hibou à ses pieds, tenant en main une lance surmontée d'une banderole où se lit le nom auguste de la vérité ΑΛΗΘΕΙΑ. Au-dessus de ce symbole de la science humaine flotte dans les cieux le premier mot de la science divine, THEOLOGIA, comme si toutes ces épreuves littéraires et physiologiques n'étaient que l'initiation et le prélude des épreuves plus hautes de l'enseignement théologique. On voit dans le lointain la ville et la rivière qui caractérisent Pont-à-Mousson.

Hygiène de l'enfance. — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies de la peau, par Moritz Kaposi, professeur à l'Université de Vienne, traduites et annotées par MM. Ernest Besnier et A. Doyon et précédées d'une introduction par les traducteurs. 2 vol. gr. in-8°, avec 64 figures et une planche en couleur. — Prix : 25 francs. — Paris, G. Masson.

Traité clinique et pratique des maladies mentales, par le docteur J. Luys, médecin de la Salpêtrière, etc. 1 vol. in-8°, avec 27 figures intercalées dans le texte et 10 planches coloriées et photo-micrographique. — Prix : 17 francs broché, cartonné 18 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du lavage de l'estomac, procédé opératoire, indications, résultats, par le docteur Faucher. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11564.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

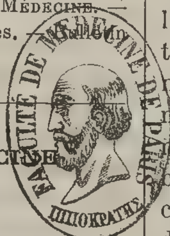
Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est une question très-controversée que celle de savoir jusqu'à quel point la grossesse peut se prolonger, que l'enfant soit vivant ou mort. Les accoucheurs français tendaient à supposer que le terme de neuf mois était toujours fatal dans un cas et dans l'autre. Or voilà qu'un fait observé par M. Depaul, et par conséquent ne permettant pas le moindre doute, montre, après la mort du fœtus, la grossesse se prolongeant jusqu'au *onzième mois*.

Le fœtus, macéré depuis près de six mois, ne présentait aucune odeur, nous l'avons constaté nous-même.

Nous pouvons également témoigner par nous-même des résultats très-satisfaisants que, dans un cas de pied-bot double d'une espèce rare, M. Jules Guérin a obtenus par une ténotomie multiple suivie de massages.

Le grand avantage de la méthode d'observation telle que Louis l'avait introduite, c'est que, les faits étant recueillis dans tous leurs détails, même indifférents en apparence, on y pouvait trouver, par la comparaison et l'établissement de moyennes, la base d'un nombre presque indéfini de mémoires sur un même sujet. C'est ainsi que M. Briquet, d'après d'anciennes notes, a pu développer, d'une manière fort instructive, un point de l'histoire de l'hystérie précédemment laissé dans l'oubli, les prédispositions héréditaires ou autres et leur influence.

L'honorable académicien a lu, d'une voix très-distincte, malgré son grand âge, le commencement de ce mémoire ; puis la fatigue l'a obligé à en remettre la suite à la séance prochaine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Névrose stomacale, gastralgie.

L'affection dont je vous parlerai aujourd'hui est des plus communes, et le malade, que je viens de faire descendre à l'amphithéâtre, en est un exemple fort instructif.

C'est un homme grand, bien constitué, assez fort, et dont l'existence maladive est des plus accentuées. Le souvenir lui en est très-nettement resté dans l'esprit. En voici l'historique : à l'âge de huit ans, il a eu la scarlatine, il l'a eue même assez grave pour s'être compliquée, d'après les phénomènes qu'il nous rapporte, très-probablement d'albuminurie. A douze ans, il eut des accès de fièvre intermittente bien caractérisés ; un peu plus tard, il fut atteint de variole, celle-ci lui a laissé quelques empreintes sur la face. A vingt-deux ans, il a eu la vérole, un chancre induré, nous dit-il ; mais si, comme il le prétend, il n'a éprouvé là aucun accident secondaire, il paraît probable que son chancre n'était pas syphilitique, mais simplement un chancre simple. Quarante jours plus tard, il aurait eu un urticaire. Puis, soldat pendant la guerre, il fut fait prisonnier, et conduit en Allemagne. Tandis qu'il séjournait à Posen, il eut, à la suite d'une violente discussion avec un Prussien, une syncope d'abord, et le lendemain la jaunisse. Celle-ci dura environ dix jours. Cette même année 1871, au mois de décembre, il fut atteint de péricardite, affection pour laquelle on lui appliqua six ventouses et un large vésicatoire. Il conserva pendant deux ans des palpitations, lesquelles ne cédèrent qu'à une médication par la digitaline.

Enfin, depuis deux ou trois ans, ses digestions sont devenues mauvaises, s'accompagnant d'éructations gazeuses après le repas, en même temps qu'il éprouvait une douleur intercostale du côté gauche, irradiant soit transversalement au-dessous de l'appendice xiphoïde donnant lieu à une sensation de constriction, de pesanteur d'estomac, soit verticalement en remontant vers l'épaule. On lui ordonna à cette époque du sous-nitrate de bismuth, la liqueur de Beaumé, de l'opium, les eaux de Saint-Galmier. Sous l'influence du traitement, il éprouva une amélioration notable.

Cependant celle-ci ne fut que passagère, et au bout de quelque temps les douleurs reparurent ; depuis lors elles n'ont pas discontinué, présentant les mêmes caractères, s'accompagnant de dégoût pour les aliments, d'inappétence, d'éructations gazeuses fréquentes, de tristesse et de tremblement. De plus, cet homme a quelquefois des syncopes, qui durent de quatre à cinq minutes, après quoi il revient à lui, parfois aussi des vertiges en marchant. Il a maigri, ses forces ont diminué, mais sa vue n'est pas affaiblie, il n'est pas sujet à la migraine, il n'a jamais de vomissements, enfin la miction est moins abondante qu'autrefois. J'ajouterai que cet homme est extrêmement nerveux, impressionnable, et qu'il dort mal.

Si maintenant nous examinons les organes thoraciques,

nous verrons que la percussion et l'auscultation ne nous donnent que des signes négatifs et nous prouvent, par là, que la douleur névralgique intercostale avec ses irradiations est un phénomène secondaire lié à l'affection gastrique. Nous ne trouvons donc en réalité aucune autre altération de la santé qu'une susceptibilité nerveuse très-grande et un état gastralgique.

L'histoire de son passé pathologique, l'impression qui lui en est restée, le besoin qu'il éprouve d'en parler et les préoccupations qu'il lui a laissées, dénotent chez notre malade une tendance à l'hypochondrie beaucoup plus grande qu'on ne le remarque d'habitude chez les individus de la classe à laquelle il appartient, tandis que cette hypochondrie existe beaucoup plus fréquemment chez les gens des classes supérieures de la société.

Cet homme est névropathe, et ses syncopes, l'ictère émotionnel dont il a été atteint en Allemagne, les impressions vives et de longue durée qu'il éprouve au théâtre, en sont la preuve la plus évidente. Les troubles digestifs qu'il ressent, la sensation de pesanteur, la répugnance des aliments, la névralgie intercostale gauche, disparaissant ou diminuant par l'ingestion des aliments, sont des signes pathognomoniques d'une névrose stomacale et non d'une gastrite chronique ou de quelque ulcère de l'estomac, affections dans lesquelles l'ingestion des aliments augmente constamment le symptôme douleur.

Nous sommes donc bien en face d'une névrose de l'estomac, d'une gastralgie ou d'une dyspepsie douloureuse, affection commune surtout chez les gens nerveux.

L'ouvrage le mieux fait sur la question des dyspepsies est celui de Beau, l'ancien médecin de cet hôpital, auquel je reprocherai seulement d'avoir peut-être trop élargi le cadre des dyspepsies en ce sens qu'il les considère comme le point de départ d'une foule de maladies.

Beau a divisé les phénomènes auxquels la dyspepsie peut donner lieu : 1° en troubles primitifs locaux en rapport avec l'estomac; 2° en phénomènes secondaires qu'il a subdivisés encore en névropathiques et en hémopathiques; 3° enfin en phénomènes tertiaires.

Les troubles primitifs locaux peuvent consister dans les modifications de la soif et de la faim, tels que chez les uns la soif, par exemple, est très-augmentée, tandis que chez d'autres elle disparaît plus ou moins complètement; tels aussi, pour la faim, que, chez certains malades, elle est exagérée au point de devenir une boulimie véritable, tandis que d'autres éprouvent une telle répugnance qu'ils arriveraient à se laisser mourir d'inanition. Ceci se remarque surtout chez les jeunes filles, où la maladie devient alors une véritable vésanie.

C'est ainsi que les malades éprouvent en mangeant, les uns un bien-être plus ou moins grand, un soulagement à leur douleur, les autres de la pesanteur, une sensation de chaleur, de brûlure même dans l'estomac, s'étendant parfois jusqu'à l'œsophage, sensation à laquelle on a donné le nom de pyrosis. Chez d'autres les troubles digestifs sont caractérisés par des éructations s'accompagnant ou non du rejet de matières alimentaires ou aqueuses, inodores ou non; chez d'autres encore le vomissement est le symptôme principal de la névrose stomacale. Ces malades vomissent tous les aliments ou bien seulement certains d'entre eux, tandis que l'estomac conserve le reste, ou bien encore ils ne rejettent que des eaux filantes, des mucosités, l'estomac semblant faire acte de sélection dans les matières rejetées.

Ces phénomènes gastriques peuvent s'accompagner de diarrhée ou de constipation.

Quant aux phénomènes secondaires, comme nous l'avons dit, Beau les a divisés en névropathiques et hémopathiques.

Les accidents névropathiques se manifestent, du côté du système nerveux, par l'extension de la lésion nerveuse de l'estomac au système général. Ainsi la névralgie intercostale gauche s'explique par la propagation de l'altération des nerfs de l'estomac au plexus solaire, où ils rencontrent l'extrémité des nerfs intercostaux qui s'affectent ainsi à leur tour. De même les communications du plexus solaire avec les filets du pneumo-gastrique propagent dans toutes les régions dépendantes de ce dernier les accidents nerveux; de là, la boule hystérique, la dyspnée, une angine de poitrine spéciale, comme nous le remarquons chez notre malade dans sa névralgie intercostale irradiant vers l'épaule gauche. Les vertiges, les syncopes, sont aussi le résultat de la propagation de la névrose stomacale au pneumo-gastrique. Par le grand sympathique vous avez la mélancolie, l'hypochondrie, les palpitations, la dyspnée. Mais palpitations et dyspnée peuvent aussi être le résultat, en dehors des plexus cardiaques atteints par propagation, de la distension de l'estomac par des gaz qui, relevant le diaphragme, refoulent le cœur et le déplacent.

Les phénomènes hémopathiques sont caractérisés par une altération due à une mauvaise alimentation, à une assimilation insuffisante; le sang devient pauvre en globules et en albumine, et, les pertes de chaque jour étant incomplètement réparées par une nutrition défectueuse, il s'ensuit une anémie plus ou moins grande, une faiblesse progressive, de l'amaigrissement, etc., des hydropisies dues à la diminution de l'albumine sans qu'il existe cependant d'albuminurie.

Quant aux accidents que Beau a décrits sous le nom d'accidents tertiaires, ils ne surviennent que chez les individus atteints de névrose stomacale depuis plusieurs années; ce serait, au dire de l'auteur, la tuberculose, le cancer, la folie, ainsi que certaines affections organiques. Mais Beau est allé beaucoup trop loin dans cette voie; si, pour la tuberculose, j'admets le fait, je ne l'admets encore que comme étant le résultat d'une débilité profonde chez des sujets antérieurement ou héréditairement prédisposés. Mais, pour les autres affections, je le repousse complètement.

Le pronostic de la névrose stomacale de notre malade n'est grave que parce que nous avons affaire à un sujet extrêmement nerveux et impressionnable que nous guérirons bien des accidents actuels, mais chez lequel les phénomènes morbides reparaîtront au bout d'un temps plus ou moins long.

La maladie chez lui présente plusieurs indications thérapeutiques :

1° Calmer la douleur, par les narcotiques : une pilule d'extrait d'opium de 1 centigramme deux ou trois fois par jour, quelques minutes avant le repas, ou bien 1 centigramme également de codéine avant chaque repas, ou bien encore le laudanum, à la dose de deux, trois ou quatre gouttes, matin et soir, avant le repas. Je vous recommanderai surtout le laudanum qui nous vient d'Angleterre, et qui est connu sous le nom de : gouttes noires anglaises, dont on fera prendre au malade deux gouttes avant le repas. On calmera encore les douleurs par les narcotico-âcres, par la belladone sous forme d'extrait à la dose de 5 milligrammes répétés deux ou trois fois par jour. Enfin, si l'opium est

mal supporté, on pourra le remplacer par les injections de chlorhydrate de morphine.

2° Faciliter la digestion, l'assimilation, et empêcher le développement des gaz : les alcalins tels que la magnésie, le bi-carbonate de soude, l'eau de chaux; ou bien l'acide chlorhydrique, si l'on a affaire à une dyspepsie neutre; la poudre de charbon et la magnésie contre le développement des gaz; enfin les préparations de pepsine pour faciliter les digestions.

Ainsi donc, en résumé, comme thérapeutique : les opiacés, les alcalins, la poudre de charbon et la pepsine, auxquels on ajoutera, comme modificatrice du système nerveux, l'hydrothérapie, et notamment les douches en pluie.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Altérations et déformations du squelette dans le rachitisme.

Le rachitisme est une maladie de l'enfance qui se montre dans la période de croissance des os, ce qui la distingue de l'ostéo-malacie, affection de l'âge adulte apparaissant généralement entre trente et cinquante ans. Le rachitisme est le résultat d'un trouble de nutrition des os caractérisé par certaines modifications dans leur développement.

En ce moment, et depuis deux mois et demi, nous avons dans nos salles un garçon de dix-huit ans, extrêmement intéressant au point de vue de cette question du rachitisme. Il n'a point d'antécédents héréditaires. Il est malade depuis son enfance; jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, il ne pouvait marcher, il se traînait à terre; à quatre ans, il a commencé à faire quelques pas avec des béquilles, mais dès ce moment ses membres inférieurs ont commencé à s'incurver, se déformer, et cette déformation ne s'est arrêtée que vers l'âge de dix ans. Tout petit, il aurait eu une première fracture de la cuisse gauche, mais nous n'en avons pas retrouvé la trace. A dix ans, tombant dans une cave, il s'est fracturé le radius gauche au tiers supérieur.

En 1879, il est entré à Lariboisière dans le service de M. Labbé pour des douleurs dans l'articulation du genou gauche, douleurs qui ont augmenté au point d'amener la flexion de la jambe sur la cuisse. Le membre a été réduit et placé alors dans une gouttière où il est resté pendant deux mois, tandis que ce jeune garçon était soumis à un traitement général. Un peu plus tard, nouvelles douleurs, nouvelle flexion du membre; M. Labbé réduit de nouveau; mais, pendant l'opération, l'extrémité inférieure du fémur gauche se fracture; le membre est alors placé dans un appareil de Scultet pendant deux mois, après lesquels le malade marche avec des béquilles. Quelque temps après, il fait une nouvelle chute sur la hanche et se fracture de nouveau le même fémur, mais cette fois au niveau de la partie supérieure. Vous voyez par ces faits quelle tendance a notre malade à se fracturer les os.

Enfin, restant encore dans l'impossibilité de travailler, il nous a été envoyé ici directement de Lariboisière.

A son entrée nous avons trouvé un garçon pâle, maigre, d'apparence chétive, les muscles grêles, petits, le squelette présentant des déformations très-accentuées, surtout au niveau des membres inférieurs; les tibias, entre autres, sont typiques, incurvés en lame de sabre, platycnémiques, convexes en avant, aplatis transversalement, les épiphyses volumineuses, surtout l'épiphyse supérieure. Les pérонés, difficiles à sentir, sont grêles dans toute leur longueur, sauf au niveau de la tête et de la malléole, qui sont volumineuses; ils sont convexes aussi en avant, mais leur déformation est moindre que celle des tibias.

Les fémurs sont également caractéristiques du rachitisme, incurvés, convexes en avant et en dehors; leur diaphyse est aussi très-irrégulière, et, de chaque côté du petit trochanter, on trouve une petite exostose; celle-ci est surtout manifeste à droite et sur la face antérieure. L'extrémité inférieure du fémur gauche présente aussi une augmentation de volume au niveau du point fracturé et qui remonte jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Les genoux sont volumineux, en raison même de la grosseur des extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia. Les ligaments de l'articulation sont relâchés; les genoux sont douloureux sans qu'il existe aucune affection articulaire, et les douleurs éprouvées empêchent le malade de marcher.

Du côté des membres inférieurs nous avons trouvé les avant-bras seuls atteints ; ils présentent la courbure ordinaire des rachitiques prononcée surtout près de l'extrémité supérieure des deux os. A droite le cubitus paraît atrophié dans sa longueur, tandis que le radius, ayant continué à progresser, a subi un déplacement forcé; de là une subluxation de son extrémité supérieure, telle que la cupule de l'os se trouve située au-dessus et en avant du condyle et de l'épicondyle. A gauche, atrophie et déplacement n'existent point.

Les humérus sont droits et réguliers. Les clavicules présentent une courbure très-accusée. Le thorax n'a pas subi une déformation considérable; il est aplati transversalement, tandis que le sternum est porté en avant et en haut, mais on n'observe pas le chapelet chondro-costal des rachitiques.

La colonne vertébrale n'a rien, la région lombaire est seulement un peu moins convexe que d'habitude.

Quant à la dentition, elle ne présente absolument rien ; les dents sont larges et bien développées. Enfin la tête est assez volumineuse, comparée à la face, dont la partie inférieure est un peu rétrécie; elle présente de plus une petite dépression transversale au niveau de la suture fronto-pariétale.

Telles sont les déformations nombreuses et réellement caractéristiques du rachitisme que nous observons sur ce malade.

Les viscères paraissent indemnes, l'état général est bon ; le malade mange et dort bien, mais il ne peut marcher. Quant au pronostic, il est encore forcément réservé, car ce garçon n'est pas encore arrivé à la fin de la période de croissance ; j'espère cependant qu'il la franchira heureusement, que, ces os se consolidant, durcissant, il pourra enfin marcher et commencer à se livrer à quelques occupations.

Comme étiologie, je n'ai rien trouvé; ses parents ne sont ni tuberculeux, ni scrofuleux, ni rachitiques ; sa mère l'a allaité elle-même, et le seul renseignement que nous ayons, c'est qu'il habitait au fond d'un jardin un bâtiment humide et assez mal couvert pour que la pluie tombât parfois dans sa chambre.

Le rachitisme est une affection grave par sa durée, grave par les traces persistantes qu'elle entraîne avec elle, et peut quelquefois aussi se terminer par la mort. Dans ce cas les enfants souffrent de plus en plus, les os se ramollissent, la

consomption rachitique survient, et les malades meurent de faiblesse et comme dans une sorte de cachexie.

Il est des enfants chez lesquels les courbures disparaissent spontanément, et les jambes se redressent seules, pour ainsi dire. Le fait est assez inexplicable. Il semble dans ces cas-là que la maladie, n'étant pas encore arrivée à une période très-avancée, s'arrête dans sa marche, et que l'ossification, se faisant alors normalement, régularise la forme vicieuse des membres. Aussi ne doit-on se prononcer, tant que la maladie n'est pas absolument invétérée, qu'avec une certaine réserve, et surtout ne doit-on pas se presser d'avoir recours soit à l'ostéotomie, soit à l'ostéoclasie, si l'enfant est jeune encore.

Dans d'autres cas, la maladie guérit sans redressement spontané des membres; les os se consolident, s'ossifient si l'on peut dire, le tissu osseux devient plus épais au niveau de ses concavités anomales. Il se fait là comme un effort naturel pour augmenter la solidité du squelette.

Du reste, en pathologie chirurgicale, nous voyons souvent dans les fractures le même phénomène se produire, un cal osseux plus considérable se former au niveau de la concavité produite par le déplacement des fragments, s'y résorber peu, tandis qu'à la convexité il se résorbera en grande partie; phénomène difficile à expliquer, mais dont on doit se souvenir dans les cas où l'on veut faire l'ostéoclasie.

Il n'y a point de traitement spécifique contre le rachitisme. On a vanté le phosphate de chaux, mais ce ne sont point les sels de chaux qui manquent à l'économie, et, si les phosphates de chaux ne se rendent pas aux os, cela tient uniquement à un trouble dans leur nutrition. Mais ce qui est surtout recommandé chez les rachitiques, c'est une bonne hygiène dans toute l'acception du mot.

Contre les difformités? lorsque l'état général s'améliore, que l'enfant a de l'appétit, que les déformations semblent s'arrêter ou même tendre à diminuer, un exercice modéré au moyen de certains appareils facilitera la marche ainsi que le travail de réparation.

Si les déformations persistent, les os étant consolidés, éburnés, et qu'elles rendent la marche impossible, une opération peut être indiquée; mais elle ne sera utile que lorsqu'elle ne nuira pas à l'équilibre du corps, et qu'elle assurera la marche par une bonne contexture du pied reposant bien sur sa face plantaire. Les cas où l'on veut opérer doivent donc être étudiés et choisis avec le plus grand soin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1881. — Présidence de M. Legouest.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE.

M. DEPAUL présente un fœtus qui, mort à l'âge de cinq mois, a séjourné encore près de six mois après sa mort dans l'utérus de sa mère. C'est la première fois, durant sa longue pratique, que M. Depaul voit un cas semblable. Souvent il a vu des fœtus n'être expulsés que quelques mois après leur mort; mais c'était toujours dans les délais d'une grossesse normale, c'est-à-dire dans les neuf mois.

Dans ce cas, le diagnostic exact a pu être porté près de deux mois avant la délivrance. En effet, le col de l'utérus, ramolli dans toute sa hauteur, présentait tous les caractères d'une grossesse de cinq mois, et cependant, à la palpation, on sentait une tumeur flasque, mollasse, qui semblait contenir fort peu de liquide. D'ailleurs les commémoratifs permettaient déjà de faire remonter à neuf mois environ l'époque de la conception. L'accouchement se fit spontanément et très-rapidement sept semaines plus tard. L'œuf fut expulsé en masse, intact, et, malgré ce séjour si long dans la cavité utérine, il ne présente actuellement aucune odeur. L'ouverture en est faite devant l'Académie, et on trouve un petit fœtus macéré, mais non putréfié, entouré d'un peu de liquide couleur café au lait, nullement odorant. M. Depaul exprime le regret de ne pas voir M. Colin dans la salle; il aurait voulu lui prouver que ces fœtus macérés depuis longtemps ne se putréfient en aucune manière tant que les membranes restent intactes.

DISCUSSION

M. TARNIER a entrepris dans ce sens toute une série d'expériences. Il a fait prendre, au moment même de leur expulsion, des fœtus morts depuis un certain temps; il leur a fait ouvrir la poitrine, et on a recueilli dans leur cœur un peu de sang, qu'on a aussitôt inoculé à des lapins. Aucun de ces lapins n'est mort, ce qui prouve que le sang des fœtus ne contenait pas de germe septicémique.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ.

Pied-bot varus-équin et planto-valgus chez le même enfant. — M. JULES GUÉRIN présente un enfant qui était atteint d'un *pied-bot varus-équin* prononcé du côté gauche et d'un *pied-bot planto-valgus* du côté droit; chacune de ces variétés en rapport avec la rétraction des muscles et tendons qui l'a produite: le varus-équin, avec la rétraction des jumeaux et soléaire, jambier antérieur, jambier postérieur, et fléchisseurs des orteils; le planto-valgus, avec la rétraction des jumeaux, des péroniers antérieur et latéraux et des extenseurs des orteils.

De cette corrélation entre les agents de la difformité et les formes qu'ils avaient déterminées, naissait l'indication des sections tendineuses à opérer pour remédier aux différents éléments de chaque difformité: pour le varus-équin, la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieur et postérieur et fléchisseurs des orteils; pour le planto-valgus, la section du tendon d'Achille, des péroniers antérieur et postérieurs, et des extenseurs des orteils. Ce sont, en effet, ces différentes opérations qui ont été pratiquées par la méthode sous-cutanée, chez cet enfant.

M. Jules Guérin met sous les yeux de l'Académie le moule en plâtre des difformités avant le traitement, et, à côté, l'enfant dont les deux pieds ont été redressés.

M. Jules Guérin présente ce cas comme un spécimen de deux variétés de pieds-bots qui se trouvent très-rarement réunies chez le même sujet, et qui offrent la double confirmation de la théorie qui les explique et du traitement qui les guérit. Mais il est essentiel d'ajouter, dit M. Guérin, que ces guérisons, pour être complètes, exigent le concours des manipulations et des appareils orthopédiques appropriés; les premières, les manipulations, comme moyen de réduire graduellement les déplacements articulaires; les seconds, comme moyen de maintenir ces réductions.

LECTURE

Dangers de l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires. — M. DELTEIL lit sous ce titre un travail sur un certain nombre d'empoisonnements observés par lui, à Nogent, chez des personnes qui avaient mangé des gâteaux dits *Saint-Honoré* et sur des analyses chimiques qu'il a faites à cette occasion. Il attribue à la production d'un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque, par suite de l'emploi des aluns du commerce très-fortement ammoniacaux, l'apparition d'accidents toxiques dans des circonstances diverses.

M. Delteil conclut en ces termes :

« Le mal étant connu dans ses causes et dans ses effets, il est aisé d'indiquer le remède.

Voici les solutions que je propose :

1° Avertir les industriels que l'alun ammoniacal en contact avec le cuivre produit un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très-soluble, très-vénéneux ;

2° Proscrire l'alun de toutes les préparations culinaires, quand on se sert de vases de cuivre ;

3° Informer les industriels qu'ils peuvent remplacer l'alun par du chlorure de sodium (sel marin) ou par du borax, et encore, pour ce dernier sel, il y a lieu de faire des réserves ;

4° L'alun étant un agent de sophistication pour la fabrication de certaines conserves de viandes, de légumes et de fruits, et surtout pour la boulangerie, l'administration a le devoir de surveiller son emploi ;

5° Enfin l'administration, ayant défendu aux industriels d'ajouter des sels de cuivre aux préparations culinaires, doit savoir qu'ils éludent la loi, les uns de propos délibéré, les autres inconsciemment, en se servant de l'alun dans des vases de cuivre pour fabriquer ainsi directement un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque dans leurs préparations. »

RAPPORT

M. BOURGOIN lit un rapport sur un travail de M. Yvon intitulé : *Sur la composition des hypobromites alcalins employés dans le dosage de l'urée et sur un nouveau mode de préparation des bromures correspondants.*

COMMUNICATION

La prédisposition dans l'hystérie. — M. BRIQUET commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet, lecture qu'il achèvera dans une prochaine séance.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 août 1881. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Chancre du vagin. — M. MARTINEAU présente, au nom d'un de ses élèves, M. Gardillon, une thèse sur le chancre du vagin. Il distingue le chancre non infectant et le chancre infectant. Le premier coïncide avec le chancre non infectant du col; il occupe habituellement le cul-de-sac postérieur, il est unique ou multiple. Il est très-rare. Sur 152 cas de chancre non infectant, M. Martineau n'en a rencontré que deux du vagin.

Le chancre infectant du vagin n'a, pour ainsi dire, pas été reconnu jusqu'ici. M. Fournier en cite un seul cas. M. Martineau, depuis quatre ans, en a rencontré trois exemples. Ce chancre peut surgir sur n'importe quelle partie du vagin, sur les parois supérieure ou postérieure, dans l'un des culs-de-sac latéraux. Il se reconnaît à sa base indurée. Sur 132 cas de chancre infectant, M. Martineau en a seulement rencontré 3 sur la muqueuse vaginale. Néanmoins l'existence du chancre infectant du vagin est aujourd'hui un fait hors de doute.

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. Pendant les mois d'avril, mai et juin, la constitution médicale a été très-bénigne. Toutefois la phthisie pulmonaire donne une léthalité toujours croissante. Les autres affections pulmonaires n'ont pas dépassé la moyenne des années précédentes.

L'épidémie de diphthérie est toujours restée grave et intense. Nous avons encore à enregistrer la mort d'un de nos confrères, Clozel de Boyer, qui a contracté la maladie en soignant un enfant dans le service de M. Parrot. Clozel de Boyer est mort au champ d'honneur, il faut le déclarer hautement; mais n'y a-t-il pas autre chose à faire que de décerner des éloges et des couronnes aux trop nombreuses victimes du devoir professionnel qui succombent aux atteintes de ce terrible mal dont le nombre va toujours croissant? Alors qu'aujourd'hui on n'enlève plus la plus petite tumeur sans s'entourer des plus minutieuses précautions antiseptiques, n'y aurait-il pas lieu d'introduire ces précautions dans la pratique de la trachéotomie, de prescrire aux élèves qui soignent les enfants atteints de diphthérie de se laver la face et les mains avec une solution phéniquée, de changer de vêtements, de recourir aux gargarismes et aux vaporisations phéniquées, etc.? M. Besnier propose, en conséquence, de nommer une commission, principalement composée des médecins d'hôpitaux d'enfants, et qui serait chargée d'étudier les meilleurs moyens de préservation pour les élèves et pour tous ceux qui approchent et soignent les enfants affectés de diphthérie. Cette proposition est mise aux voix et appuyée.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

344. M. ABRAHAM MEYER. De la pseudo-paralysie générale saturnine. — 345. M. MARCHANT. Des épanchements sanguins intra-craniens consécutifs au traumatisme. — 346. M. MASSOT. Des accidents causés par l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements. — 347. M. COUTAN. Contribution à l'étude de l'inflammation du testicule et de l'épididyme consécutive aux contusions de ces organes. — 348. M. DALLIDET. Anatomie pathologique et pathogénie de la dilatation des bronches. — 349. M. PAULINO FLOREZA. De la congestion utérine et de la métrorrhagie d'origine névralgique. — 350. M. DE BACKER. Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents. — 351. M. MICHAUX. De la sidérose pulmonaire. — 352. M. OUDIN. Quelques considérations sur les températures pariétales à propos d'un cas de phthisie aiguë. — 353. M. GAILLARD. De l'hypertrophie des amygdales, et en particulier de son anatomie pathologique. — 354. M. FERRÉ. Essai sur l'amnésie traumatique isolée. — 355. M. DUPUY. Étude sur quelques complications des abcès du foie du côté des organes respiratoires. — 356. M. ARÈNE. Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphthéritique et dans la scarlatine. — 357. M. GUESDE. Nœufs du cordon omblical. — 358. M. REUET. Contribution à l'étude de l'albuminurie cantharidienne. — 359. M. IMBERT. Étude clinique de la terminaison de la phthisie aiguë par la phthisie commune. — 360. M. LOISON. Contribution à l'étude du cancer du cardia. — 361. M. BARATOUX. Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale. — 362. M. CHAMIL-IBRAHIM. Recherches anatomiques et physiologiques sur les cellules à cils vibratiles. — 363. M. CODET. Des principales erreurs dans le diagnostic des kystes hydatiques de la face inférieure du foie. – 364. M. KEROMNÈS. Étude descriptive et diagnostique de quelques éruptions dans le cours de la fièvre typhoïde. — 365. M. FAVET. De l'influence du traumatisme sur le développement des tumeurs malignes du sein chez la femme. — 366. M. FILIPPINI. Contribution à l'étude du traitement de l'otite moyenne suppurée simple par l'acide borique en poudre. 367. M. DESFOSSES. Étude anatomique et critique sur la théorie épithéliale du cancer. — 368. M. LAUSSEDAT. Essai sur la pleurésie infectieuse. — 369. M. FORGERONT (Emmanuel). Considérations sur la marche naturelle et le traitement de la pleurésie à *frigore*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. les docteurs Péruy, médecin principal de première classe, secrétaire du Conseil de santé des armées, rédacteur en chef du *Journal de médecine militaire*; John Faure Miller, médecin de l'ambassade britannique à Paris; Boulland, médecin-inspecteur des écoles ; Bourbouze, préparateur à la Sorbonne ; Coqueret, médecin

en chef de la police municipale de Paris ; Jarry, pharmacien à Corbeil.

Sont nommés officiers d'académie :

MM. les docteurs Vaucheret, professeur à l'Association philotechnique ; Trapenard fils, à Gannat ; Decoux, à Treignac ; Benoît, médecin-major à l'hôpital militaire de Milianah ; Géraud, médecin aide-major de première classe au 31e régiment d'artillerie ; Jaquemet, médecin-major de deuxième classe au 57e régiment d'infanterie ; Ravenez, médecin aide-major de première classe au 13e escadron du train ; Renard, médecin-major de première classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Milianah ; Nicolau-Barraqué, à Nancy ; Beurnier, conseiller municipal, médecin cantonal à Montbéliard ; Bonnefoy, inspecteur des crèches à Paris ; Brossard, à Épône ; Buot-Lalande, conseiller-municipal à Vire ; Clément, à Lyon ; Dally, professeur à l'École d'anthropologie ; Dassy, préparateur des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Paris ; Dehenne, Frémineau, Roussel, Combe, à Paris ; Depautaine, à Gondrecourt ; Dumartin, à Tunis ; Fagart, à Levallois-Perret ; Gay, à Arles ; Godleski, à Neuilly ; Henrot, à Reims ; Mathelin, professeur à l'Association polytechnique ; Michel, préparateur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris ; Mittre, à Marseille ; Morin, à la Bourboule ; Rontin, à Mézin ; Decorse, à Saint-Maurice ; Bayol, Cauvin, médecins de première classe de la marine ; Drasche, professeur à l'Université de Vienne ; Gérard, à Savenay ; Jourdan, à Marseille ; Dagaud, à Alby ; Teinturier, à Dijon ; Nadaud, à Angoulême ; Corroy, médecin-vétérinaire en premier en Cochinchine ; Baillet, vétérinaire à Bordeaux ; Recordon, vétérinaire à Corbeil ; — MM. les pharmaciens Leroux, à Caen ; Dupuy, à Montbrison ; Dellhaye, Jacquemart, à Paris ; Piffaut, à Varzy.

— M. Jules Ferry, ministre de l'instruction publique, venu à Nancy pour présider la distribution des prix aux écoles primaires municipales, le 10 août, a visité le lendemain les divers établissements scolaires de la ville. Reçu à la Faculté de médecine par le doyen et les professeurs, M. Jules Ferry a visité les divers laboratoires, les nouveaux bâtiments de la Morgue, ceux de l'École de pharmacie, etc.

L'architecte de la ville a expliqué sur place le projet des travaux à exécuter pour transformer l'ancien amphithéâtre (hémicycle) en un musée, au-dessus duquel on ménagerait également un local pour un laboratoire de physiologie réservé aux élèves. Les locaux occupés par le musée actuel seront affectés à la bibliothèque, devenue tout à fait insuffisante.

Au banquet de l'hôtel de ville, quand le doyen de la Faculté de médecine a été présenté, M. Jules Ferry a rappelé au savant et sympathique professeur de médecine légale, M. Tourdes, qu'il avait jadis suivi son cours à Strasbourg.

Malgré les fatigues des journées précédentes, le ministre n'a pas oublié le cercle des étudiants où lui a été offert un vin d'honneur. Il a promis des livres à la bibliothèque et a prié le préfet de s'intéresser au dégrèvement des impôts qui pèsent sur le cercle des étudiants.

— Le savant et courageux explorateur de l'Afrique centrale, M. le docteur Mateucci, vient de succomber subitement à un accès de fièvre pernicieuse. Il était arrivé à Londres depuis quelques jours seulement après avoir traversé l'Afrique depuis l'Égypte jusqu'au golfe de Guinée au milieu des plus grands périls.

— La distribution des prix aux élèves de l'École supérieure de pharmacie a eu lieu jeudi dernier dans l'ordre suivant :

Première année : pas de prix. Citation : M. Bocquillon.

Deuxième année : 1er prix, M. Martin ; 2e prix, M. Grignon. Citation : M. Gallois.

Troisième année : 1er prix, M. Vaudin ; 2e prix, M. Chicandaud. Le prix Desportes n'a pas été décerné.

Prix Buignet : 1° M. Vaudin ; 2° M. Chicandaud.

Prix Laroze : MM. Ruyssens et Varennes.

Travaux pratiques.— Première année : médailles d'or, MM. Bocquillon et Dufourre ; médailles d'argent, MM. Meillière et Vigoulette.

Deuxième année : médailles d'or, MM. Tayasse et Grignon ; médailles d'argent, MM. Hondas et Tercinot.

Troisième année : 1° botanique. Médailles d'or, MM. Briouze et Nardin ; médailles d'argent, MM. Chicandaud et Marie ; 2° physique. Médaille d'or, M. Vaudin ; médaille d'argent, M. Chicandaud. Citations avec éloges : MM. Bonnard, Reeb et Patin.

— M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Richet durant les vacances, a commencé ses conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel, le mardi 16 août, à dix heures. Il les continuera les samedis et mardis.

— M. Landouzy, remplaçant M. Hardy, a commencé, à la Charité, le 16 août, à dix heures, ses conférences cliniques, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Un poste médical est vacant à Saint-Martin-des-Besaces (Calvados). — S'adresser à M. Travers, pharmacien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie, par A. Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, membre du conseil de l'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, etc. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 18 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Contribution à l'étude de la laxité articulaire et particulièrement de la laxité polyarticulaire liée à une influence générale, comme cause prédisposante des arthropathies, par le docteur Aubeau. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Impressions et aventures d'un diabétique à travers la médecine et les médecins, par le docteur Jules Cyr. 2e édition, 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau, par le docteur Ballet. In-8°, avec 10 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude générale de la localisation dans les centres nerveux, suivie d'une étude critique sur les recherches de la physiologie des localisations en Allemagne, par le docteur H. Duret. In-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du délire aigu, par le docteur Briand. In-8° — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La métallothérapie devant le Lyon médical, le bulletin thérapeutique, et la médecine officielle pendant trente années. Revendications et négations, par le docteur Burq. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphthérie du pharynx et des voies respiratoires, par le docteur R. Thomas. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde, acide phénique ou bains froids, rôle du traitement par les bains froids dans les hôpitaux militaires, par le docteur Frantz Glénard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11590.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les bruits de souffle extra et intracardiaques.

Dans une précédente revue clinique, nous avons parlé des bruits de souffle qui se font entendre à la région précordiale dans l'anémie, — bruits considérés aujourd'hui, généralement, comme se produisant en dehors du cœur, — et des caractères distinctifs attribués par divers auteurs à ces bruits de souffle extracardiaques.

La principale différence qui permettrait de ne point les confondre avec les bruits de souffle intracardiaques dus à des affections organiques du cœur, serait leur variabilité, suivant la position, suivant le degré d'ampliation de la poitrine, et, au contraire, l'immutabilité complète de ceux-ci.

La théorie nouvelle veut qu'il en soit ainsi, du moins en ce qui touche la variabilité des bruits extracardiaques.

S'ils sont, en effet, le résultat de vibrations communiquées par les mouvements du cœur ou l'impulsion subite de la colonne sanguine poussée dans les artères, à des portions de poumon situées dans un voisinage immédiat, on comprend que ces bruits, comme ces vibrations, comme les conditions de voisinage, pourraient varier avec la situation de l'individu et avec le développement, plus ou moins complet, du poumon par l'air.

Sur ce point, comme nous l'avons vu, la théorie semble confirmée par l'observation des malades.

Chez la plupart des anémiques, les bruits de la région précordiale sont plus intenses quand ils sont couchés que quand ils sont assis ou debout.

Chez quelques-uns, en outre, ils augmentent, après une profonde inspiration, quand le poumon reste plein d'air; chez quelques autres, au contraire, lorsque le poumon reste affaissé à la suite d'une expiration aussi prolongée que possible.

Il est donc vrai que, le plus souvent, dans l'anémie, les bruits de souffle sont essentiellement variables dans la région du cœur aussi bien que vers les vaisseaux du cou.

Mais est-il bien certain qu'on ne puisse pas trouver une variabilité semblable dans les bruits de souffle incontestablement intracardiaques, se rattachant à une lésion non douteuse de quelque orifice valvulaire?

Une recherche un peu hâtive ne nous avait encore conduit qu'à des résultats négatifs lors de notre article précédent.

Cependant la question était trop importante, soit au point de vue de la théorie des bruits de souffle anémiques, soit au point de vue de leur diagnostic différentiel dans la pratique médicale, pour ne pas exiger un sérieux examen.

Aujourd'hui nous avons à parler d'un malade, qu'on peut observer actuellement dans le service de M. Lasègue, à la Pitié, salle Jenner, n° 6, et qui, atteint d'un rétrécissement de l'orifice mitral, nous a présenté, entre autres signes, à la pointe, un bruit de souffle présystolique variant dans les conditions indiquées pour les bruits de souffle de l'anémie.

Cet homme est âgé de vingt-quatre ans, et il fait remonter le début de son mal à environ quatre ans. Il était alors embarqué sur un navire de l'État, comme ajusteur-mécanicien, et, par la nature de son travail, suivant la partie des machines qu'il s'agissait de réparer, il était souvent exposé à des variations de température considérables.

Dans un voyage de retour des colonies, sous les tropiques, en travaillant devant les feux, il fut pris d'étourdissements et d'oppressions. Jusqu'à l'arrivée à Toulon, il ne cessa plus d'éprouver un malaise qui augmentait au moindre effort. Il était surtout oppressé quand il montait les escaliers. On lui donna dès ce moment de la digitale, ce qui prouve qu'on avait reconnu une maladie du cœur.

A l'expiration d'un congé de convalescence de trois mois, pendant lequel il avait eu la respiration constamment gênée, il fut dirigé sur le port de Brest; mais il y fut bientôt réformé comme incapable d'un service actif.

En effet, loin de s'amender, les symptômes s'étaient aggravés. Aux étourdissements, à l'oppression, étaient venues se joindre, par instants, des douleurs extrêmement vives, que le malade compare à des déchirements, à la région du cœur. Ces douleurs n'étaient pas continues; au contraire, elles ne duraient que quelques minutes; mais elles se renouvelaient souvent.

Une fois libéré du service, cet homme vint à Paris, où, dans cet espoir de guérison qui n'abandonne jamais les malades, il rechercha successivement les praticiens les plus en renom et se fit traiter notamment par MM. Hardy, Delpech, Potain et Lasègue.

Il était à l'hôpital Necker, dans les salles de M. Delpech, lorsque, le 7 novembre 1879, après une douleur de cœur

extrêmement violente, de deux ou trois minutes de durée, il fut frappé subitement d'hémiplégie du côté gauche. La paralysie portait à la fois sur le mouvement et le sentiment. Elle dura complète dix-huit jours, puis le mouvement revint peu à peu; mais encore aujourd'hui la sensibilité est notablement affaiblie de ce côté.

M. Delpech porta le diagnostic *embolie*, et ce diagnostic nous paraît indiscutable.

Ainsi rien ne manque à la preuve d'une maladie organique du cœur gauche, pas même l'embolie qui en peut être la conséquence.

Du reste, les signes physiques que l'on perçoit à l'auscultation sont bien ceux d'un rétrécissement de la valvule mitrale.

Un des bruits du cœur se trouve dédoublé, ce qui donne à l'oreille l'impression d'une sorte de bruit de galop. S'il faut en croire, du reste, les récits de cet homme, qui paraît remarquablement intelligent, il y aurait eu sur ce terme *bruit de galop* de grandes divergences entre les opinions des divers professeurs dans le service desquels il serait passé. L'un d'entre eux aurait expliqué le bruit de galop par une augmentation de volume du foie, ce qu'un autre se serait refusé à admettre.

Quoi qu'il en soit, on essaya, sans grand bénéfice, les médications les plus diverses, pour calmer les douleurs de la région cardiaque, la digitale et la morphine, les exutoires de tout genre.

Pourtant il sembla que les vésicatoires avaient amené une sédation momentanée. En revanche, l'application d'huile de croton avait produit une exaspération excessive.

En ce moment, en auscultant le cœur, on trouve deux sortes de bruits anomaux.

D'abord une sorte de roulement ou de bruit de galop, qui semble produit par un frappement présystolique surajouté. On l'entend dans toute l'étendue de la région précordiale, particulièrement à la pointe.

En outre, un bruit de souffle, également présystolique, dont le maximum est à la pointe, et qui, dans certaines circonstances, devient d'une intensité énorme.

C'est ce bruit de souffle qui varie dans les conditions indiquées plus haut.

En effet, quand le malade est debout et tranquille, quand il respire profondément, faisant entrer dans sa poitrine tout ce qu'elle peut contenir d'air, il diminue à un tel point qu'il devient à peine perceptible.

Pour le renforcer, il suffit de faire maintenir les poumons vides, après une profonde expiration, ou de faire marcher le malade.

J'ai recommencé cette expérience à plusieurs reprises, et toujours — en attendant quelques instants après le changement de position, parce que la fatigue ou l'émotion augmente momentanément l'intensité du bruit de souffle — je l'ai trouvé beaucoup moins fort quand le malade était debout que quand il était couché, quand les poumons étaient pleins d'air que quand ils étaient presque vides.

Il n'en est pas ainsi du bruit de roulement, de dédoublement. Au contraire, quand le malade s'assoit sur son lit et se penche en avant, suivant la remarque très-exacte de M. Geoffroy, le bruit s'entend mieux que quand il est tranquillement couché tout de son long. En effet, dans le premier cas, par l'action de la pesanteur, le cœur se rapproche de la paroi thoracique et par conséquent de l'oreille de l'observateur. L'influence de l'ampliation de la poitrine paraît aussi être beaucoup moindre sur ce bruit que sur le bruit de souffle proprement dit.

Qu'en faut-il conclure?

Faut-il supposer que le bruit de souffle ne se rattache pas directement à l'affection valvulaire? que c'est un bruit extracardiaque surajouté, qui serait dû à l'affaiblissement du sujet, à un certain degré d'anémie?

Cette hypothèse n'a rien d'impossible, et nous l'indiquons sans la repousser absolument.

Mais ne paraît-il pas plus probable que les deux bruits, également présystoliques, se lient l'un et l'autre à la même lésion des valvules, qu'ils traduisent également le rétrécissement de l'orifice mitral, et que les différences constatées dans la manière dont ils se comportent tiennent plutôt à des différences dans leur mécanisme de production qu'à des différences de nature?

En effet le dédoublement d'un bruit normal traduit un retard dans la contraction d'une des parties d'un des deux cœurs.

Le bruit de souffle musical, en le supposant intracardiaque, traduit le plus souvent un passage rapide et par conséquent un peu forcé d'une colonne sanguine par un orifice rétréci.

D'après ces données, on peut comprendre que le rhythme des contractions, une fois créé par l'habitude, ne se laisse plus impressionner notablement par les changements de situation du corps ou les circonstances extérieures.

Le bruit de souffle, au contraire, dénotant un effort, doit être diminué par toutes les conditions qui rendent cet effort moins grand. La position perpendiculaire, en facilitant la descente du sang de l'oreillette dans le ventricule, contrebalance un peu les effets du rétrécissement mitral.

L'expansion du poumon par l'air, en modifiant la circulation intra-pulmonaire, peut contribuer au même résultat.

Ainsi, dans une des affections essentiellement organiques du cœur, dans le rétrécissement de la valvule mitrale, les bruits de souffle pourraient peut-être présenter des caractères qui les rapprochent de ceux de la simple anémie.

Mais un seul fait ne peut suffire pour établir définitivement une conclusion aussi importante. Bornons-nous donc à appeler très-vivement l'attention des observateurs sur ce point délicat.

Diabète insipide supprimé momentanément par une affection fébrile.

Le malade dont nous venons de parler a présenté, dans ces derniers temps, en dehors de son affection valvulaire, une particularité curieuse, à propos de laquelle il nous avait été signalé par M. le docteur Brissaud, le très-aimable et très-savant chef de laboratoire de M. le professeur Lasègue.

Dès le soir même de son entrée dans le service, le 18 juillet dernier, il avait été pris d'une polyurie abondante, qui l'avait obligé de se relever plusieurs fois, pour uriner, pendant la nuit. Il prétend cependant que, durant la journée, il n'avait pas bu plus que de coutume et ne s'était pas senti altéré. Mais, dès le lendemain, la soif devint très-vive et elle s'accrut de plus en plus pendant quelques jours. En même temps, l'appétit s'accentuait jusqu'à être, suivant l'expression de cet homme, *énorme*. La quantité des urines variait de 3 à 6 litres. Un peu foncées et un peu chargées durant les premières vingt-quatre heures, elles étaient devenues claires et limpides. A l'analyse, on n'y trouvait aucun atome de

sucre; leur densité restait toujours faible, elles contenaient peu d'urée. C'était, en un mot, un cas de diabète insipide parfaitement caractérisé. Sauf un peu de fatigue musculaire quand l'abondance des urines dépassait certaines limites, le malade ne se sentait en rien plus souffrant qu'avant cette complication. Il buvait à peu près autant qu'il urinait, et il mangeait en proportion.

Au commencement de la semaine dernière, il fut atteint d'une angine inflammatoire, qui provoqua une fièvre assez vive.

Aussitôt la soif et l'appétit se supprimèrent subitement. Ce jour-là, le malade urina tout au plus la valeur d'un litre, et le lendemain environ 1 litre et demi. Il buvait à peine et ne mangeait plus.

La fièvre se calma, et l'on vit revenir successivement l'appétit, la soif et le diabète insipide.

Les urines sont actuellement aussi abondantes que jamais; à l'une des dernières analyses, on n'y trouva que 5 grammes d'urée par litre.

Ainsi, la fièvre une fois passée, le diabète insipide, qu'elle avait momentanément suspendu, a repris son cours.

Atrophies et paralysies musculaires à la suite d'une luxation.

Dans la même salle, au n° 26, se trouve un autre malade, que MM. Geoffroy et Brissaud nous ont également signalé, et qui, à la suite d'une luxation de l'épaule, a été atteint d'une paralysie avec atrophie plus ou moins complète de plusieurs muscles.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de ces paralysies et de ces atrophies musculaires, pouvant s'étendre à toute une région, quelquefois même atteignant des muscles assez éloignés, et survenant soit après une luxation, soit après une inflammation non traumatique d'une articulation.

Il ne s'agit pas le plus souvent alors, comme on le croyait autrefois, d'une action toute mécanique sur les muscles ou sur les nerfs, de lésions directes produites par compression, traction, par une violence quelconque.

En effet, dans les cas nombreux où la cause efficiente a été une arthrite, sans traumatisme d'aucune sorte, on ne peut invoquer aucune explication de cette espèce. Et l'on ne le peut également pas quand, parmi les muscles atteints, il en est qui sont éloignés de l'articulation en cause.

Chez ce malade, la chose est moins nette, car la paralysie est survenue très-tôt, et elle porte exclusivement sur quelques-uns des muscles de l'épaule.

Ce fut vers la fin du mois de mai que cet homme, âgé de soixante ans, cocher, tomba de son siège et se démit l'épaule. Huit jours après, la luxation fut réduite dans un service de chirurgie de la Pitié, et le malade sortit de l'hôpital, espérant reprendre bientôt l'exercice de sa profession. Mais il ne pouvait pas lever le bras, et, voyant qu'il n'allait pas mieux, à ce point de vue, au bout de quinze jours, il entra, le 20 juin dernier, dans le service de M. Lasègue.

Le deltoïde est paralysé et il paraît presque complètement atrophié dans tous ses faisceaux. Le sus-épineux et le sous-épineux sont très-affaiblis et très-diminués de volume. Les mouvements d'élévation du bras sont absolument impossibles.

Comme traitement, on emploie l'électrisation; c'est un moyen très-efficace quand on y recourt assez tôt. Il ramène la nutrition dans tous les faisceaux musculaires qui ne sont point encore détruits; il les empêche de disparaître, et sauvegarde ainsi l'avenir. Puis il les aide à recouvrer leur force.

Mais il faut, pour cela, que le tissu contractile n'ait pas perdu ses propriétés par une atrophie trop complète.

Les grossesses prolongées.

A propos d'une communication de M. Depaul à l'Académie de médecine, mardi dernier, nous faisions remarquer que la question des grossesses prolongées se dédouble, pour ainsi dire, suivant que l'enfant renfermé dans l'utérus est encore vivant ou déjà mort depuis un certain temps.

Dans ce dernier cas, il paraît certain que la grossesse n'a plus de terme fixe. MM. Stolz et Müller avaient soutenu une opinion différente. Mais, comme le disent à ce propos MM. Tarnier et Chantreuil dans leur excellent *Traité de l'art des accouchements* actuellement en cours de publication à la librairie Lauwereins, « il existe des observations où il ne paraît pas douteux que ce fœtus mort soit resté dans la cavité utérine au-delà des limites ordinaires », jusqu'au douzième et même jusqu'au dix-septième mois, suivant des observations visées par ces auteurs.

Si, au contraire, l'enfant vit, la question est plus délicate. MM. Tarnier et Chantreuil, après avoir reproduit une longue série de statistiques sur la durée de la grossesse, s'expriment ainsi sur ce point :

« Si nous examinons les chiffres cités par les différents auteurs que nous venons de passer en revue, nous voyons que 294 (jours) est le nombre le plus élevé. Par conséquent, la loi française, qui accorde 300 jours après la dissolution du mariage comme terme de la légitimité des naissances, a été sagement faite. En effet, l'article 315 du Code civil est ainsi conçu : « La légitimité de l'enfant né 300 jours après la dissolution du mariage pourra être contestée. » Ainsi les législateurs français, dans leur extrême prudence, ne nient pas d'une façon absolue la légitimité d'une naissance légitime plus de 300 jours après la dissolution du mariage; tout en étant convaincus que le fait doit être excessivement rare, ils admettent que la légitimité pourra dans ce cas être discutée. *C'est aussi notre avis, au point de vue scientifique.* »

Nous voilà bien loin de ce terme fixe que les accoucheurs français les plus distingués étaient naguère encore disposés à admettre.

Ajoutons que, chez les animaux, où l'observation est plus facile, le terme fixe n'existe pas.

D'après une statistique recueillie sur les vaches et enregistrée par MM. Tarnier et Chantreuil, la parturition pourrait avoir lieu entre le deux cent cinquante-troisième et le trois cent vingt-unième jour, ce qui donnerait plus de deux mois de latitude pour ces animaux.

KYSTES DERMOÏDES DES DOIGTS.

Par M. le docteur Rizet, médecin principal.

Si les kystes dermoïdes sont rares à la main, aux doigts ils sont, pour ainsi dire, inconnus; cette absence de lésion sur ces organes m'a engagé à publier les observations qu'il m'a été donné de réunir pendant de nombreuses années de l'exercice de la chirurgie.

Velpeau, en 1841, donne une bonne description des kystes dermoïdes de la main; en 1848, le diagnostic de ces kystes est établi dans un article de la *Gazette des hôpitaux*. En 1852,

leur nature est définitivement démontrée dans une communication de Lebert à l'Académie des sciences (1). Tous ces auteurs se sont efforcés de différencier les kystes dermoïdes des loupes ; ces dernières, se trouvant constituées par une accumulation de masses épidermiques et sébacées à l'intérieur des follicules pileux, laissent à leur surface un point noir, enfoncé, transformé plus tard, d'après Virchow, avec le développement de la tumeur, en un pédicule ténu qui la relie à la peau au niveau du point déprimé.

Broca a signalé quatre cas de lipomes de la face dorsale des doigts, Follin un seul ; mais les chirurgiens sont muets quand il s'agit des tumeurs dermoïdes de ces mêmes organes.

Nélaton est peut-être le seul auteur ayant rapporté une observation de tumeur dermoïde du doigt indicateur droit (2).

Nos deux premières observations ayant déjà été publiées en 1866 dans le *Bulletin médical du nord de la France*, nous n'en donnerons que le résumé (3) :

1° *Kyste dermoïde de la phalange du doigt indicateur* développé assez rapidement : — incisé, il offre une enveloppe nacrée renfermant des matières épidermiques durcies, avec quelques traces de matières calcaires. Guérison quatre jours après l'opération, bornée à une incision avec énucléation.

2° *Kystes dermoïdes multiples des phalanges de la main droite.* — En 1865, le nommé T..., du 1er du génie, vint nous prier d'examiner sa main droite, sur laquelle faisaient saillie plusieurs tumeurs de la grosseur d'une noisette, situées sur les parties latérales des trois premières articulations phalango-phalangiennes de la main droite.

Cet homme, occupé dès son enfance aux travaux des champs, vers l'âge de dix ans, vit se développer une première tumeur sur la face latérale externe du doigt médian. A dix ans de là, apparaissent deux nouvelles saillies sur la face latérale externe de l'auriculaire et de l'annulaire, et cela sans frottement, ni sans cause connue ; enfin, depuis quelques jours, à la partie interne de l'index, se montre une quatrième grosseur. Toutes sont indolentes, mobiles, sans battements, non adhérentes aux téguments, sans pédicule ni point noir à leur centre, point de changement de couleur à la peau. Ces divers signes nous permettent de porter notre diagnostic, sans toutefois, en raison du voisinage de l'articulation et de son peu de protection, nous faire consentir à leur ablation.

3° *Kyste dermoïde de l'auriculaire gauche et de la paume de la main.* — R... (Alexandre), soldat au 90e de ligne, âgé de vingt-deux ans, entre le 13 janvier 1870 à l'hôpital Saint-Martin, dans le service de Leroy ; il était forgeron avant son incorporation et travaillait le plus habituellement de la main gauche. A dix-neuf ans, après un long travail, phlegmon de la main gauche ouvert avec le bistouri au milieu du premier espace intermétacarpien. En août 1867, cet homme, étant au camp de Châlons, après une piqûre, remarque une légère tuméfaction de la partie moyenne de l'auriculaire gauche, face palmaire.

Le gonflemont promptement dissipé, ce soldat constate, au milieu de la deuxième phalange de cet organe, une petite tumeur dont le développement s'est fait progressivement et sans douleur aucune ; à son entrée, on reconnaît une tumeur de la grosseur d'une noisette recouvrant complètement la deuxième phalange de l'auriculaire gauche. La peau a sa consistance et sa couleur normales ; cette tumeur sous-cutanée transmet le mouvement imprimé au doigt, sans paraître cependant adhérer à la gaine des fléchisseurs ; sa consistance varie du sommet à la base ; rénitente en haut, cartilagineuse à son autre extrémité.

(1) Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 1852, séance du 15 novembre.

(2) Nélaton, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. V.

(3) Rizet, *Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, 1866.

Le chirurgien trouve, en outre, dans le premier espace intermétacarpien gauche, une autre tumeur plus petite que la première, ayant dans toute son étendue une consistance fibreuse, sous-cutanée et sans modification aucune de la région ; elle gêne moins que la précédente et ne grossit plus depuis longtemps.

Constitution robuste, tempérament sanguin.

L'ablation est résolue pour le 17 janvier.

La première tumeur, celle de l'auriculaire, est ponctionnée avec un bistouri ; il s'en écoule une matière molle de couleur blanc-jaunâtre, d'aspect caséeux ; incision immédiate sur toute sa longueur, dissection et ablation de la poche ; réunion avec des bandelettes agglutinatives ; même opération pour la seconde tumeur, même pansement.

Examen de la tumeur. — La première est constituée par une enveloppe fibreuse de 3 millimètres d'épaisseur et un contenu granuleux blanc-jaunâtre ; la seconde, au contraire, a une enveloppe moins résistante, ne montre à son centre aucune trace de la substance de la première. Au microscope, on constate dans la première tumeur la présence de fibres connectives et élastiques, ainsi que d'épithélium dans le kyste même, des corpuscules de graisse et des granulations nombreuses sans noyaux, déliquium résultant de la régression des cellules de nouvelle formation mêlées à quelques cellules épithéliales.

Le second kyste a, comme enveloppe, une structure analogue ; mais la graisse et le détritus granuleux manquent à l'intérieur.

4° *Kyste dermoïde double de l'annulaire droit.* — R... entre, le 12 mai, à l'hôpital militaire de Versailles, service des vénériens, pour un bubon suppuré qui suivit une marche normale. Il allait quitter l'établissement lorsque le médecin traitant, M. Rizet, constata en juin que ce malade était porteur de deux petites tumeurs sur l'annulaire droit, l'une à la face dorsale, l'autre à la face palmaire. Interrogé sur la cause du développement de ces corps étrangers, le malade répond que c'est depuis deux ans qu'il s'en est aperçu ; qu'ils ont mis environ six mois chacun pour évoluer complètement ; de cause, il n'en peut signaler.

État actuel. — La plus ancienne de ces tumeurs siége à la partie dorso-latérale de l'annulaire droit ; elle a le volume d'un gros noyau de cerise, assez molle et sans adhérence avec l'extenseur ; la seconde, plus dure, occupe presque en entier la face palmaire de la phalange du même doigt ; toutes les deux sont mobiles sous la peau et sur les parties profondes ; elles sont indépendantes entre elles. La tumeur de la face palmaire est un tant soit peu douloureuse à la pression ; l'autre, tout à fait indolente, sans battements, semble plus dense, paraît contenir des noyaux d'ossification, ne gêne le malade que dans les mouvements violents et prolongés.

Le diagnostic posé, le 27 juin 1873, on procède à l'ablation par une incision dans le sens du plus grand axe, après avoir toutefois insensibilisé le doigt au moyen de l'appareil de Richardson. Dissection facile : sans grande adhérence aux tissus sous-cutanés, la membrane kystique de chacune d'elles est faiblement organisée. Leur contenu, d'une couleur blanc-jaunâtre, est assez résistant et presque cartilagineux. La tumeur de la face palmaire laisse voir çà et là des points crétacés plus indurés que les tissus dont ils sont environnés. Elle pèse 2g,7 deux jours après l'opération ; la seconde pèse seulement 0g,95 ; son centre est gélatineux. Opération facile, pas d'hémorrhagie, dissection minutieuse pour séparer entièrement ces corps étrangers des tractus connectifs interposés dans les lames du tissu cellulaire ; réunion par les bandelettes agglutinatives.

Le 3 juillet, les deux petites plaies se trouvent fermées, et, le malade libre de tous ses mouvements du doigt opéré, on prononce sa sortie.

5° *Kyste dermoïde de l'index droit.* — M..., ouvrier du génie, entré à l'hôpital de Versailles, dans le courant du mois de juillet, service de M. Rizet, pour se faire opérer d'une petite tumeur siégeant à la face palmaire de l'indicateur droit. Cet homme rapporte

qu'il y a sept mois, à la suite de travaux de force, il s'était formé, à la place actuelle de la tumeur, une ampoule suivie d'une sécrétion séreuse. A quelques mois de là, se développait peu à peu une petite grosseur assez gênante dans les manœuvres du fusil. Dans cette tumeur, on constate un peu de mollesse et une sensation de fausse fluctuation. La peau qui la recouvre a sa coloration normale, mais l'épiderme en est légèrement épaissi. On porte le diagnostic: kyste dermoïde. L'ablation mit à découvert une tumeur de la grosseur d'un gros haricot, à parois minces et translucides, à surface extérieure lisse, ne contenant ni poils ni matière sébacée, mais un tissu comme feutré, à lamelles superposées, véritable tissu épidermique condensé en couches stratifiées au-dessous de la tumeur; en avant des tendons fléchisseurs, une couche de graisse assez épaisse la séparait de ces organes. Réunion par seconde intention, sans accident, et, au bout de quelques jours, le malade quittait l'hôpital.

6° *Kyste dermoïde calcaire de l'indicateur droit.* — C..., âgé de vingt-deux ans, jeune soldat du 14e de ligne, depuis deux mois était employé comme travailleur auxiliaire du génie, lorsqu'il s'aperçut, en mai 1872, de la présence, au niveau de la première phalange de l'index droit, d'un petit corps arrondi, mobile, du volume d'un gros pois, assez dur, n'occasionnant aucune douleur, si ce n'est après un travail manuel très-prolongé. Cette tumeur augmentant bientôt de consistance et de dimension, force fut à cet homme de demander son envoi à l'hôpital militaire de Versailles, où il entra le 11 juin avec le diagnostic: enchondrome de l'indicateur droit. A la visite, nous constatons, au niveau de la première phalange de l'index droit, une tumeur ovoïde, lisse, sans adhérence avec les tissus sous-cutanés ni avec les parties profondes, de la longueur de toute la première phalange; elle soulève la peau de cet organe, sans arrêter la flexion, se déplaçant très-peu par le jeu des tendons; d'une dureté cartilagineuse, cette production anomale présente les dimensions d'une grosse aveline, tout en laissant la peau complètement intacte.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents de ce malade, qui a joui jusqu'ici d'une excellente santé; diagnostic: kyste dermoïde calcaire.

Le 19 juin, après avoir anesthésié le doigt avec l'appareil de Richardson, nous faisons à la peau une incision longeant toute la partie médiane de la première phalange. Cette plaie permet de constater toute absence d'adhérence avec les parties superficielles, mais une adhésion assez intime avec le tissu cellulaire de la gaine des tendons fléchisseurs, d'où la nécessité d'agrandir l'incision primitive et l'emploi de la pince de Museux, pour arriver à une complète énucléation de cette tumeur.

La plaie, d'où s'échappent à peine quelques gouttes de sang, est réunie par des bandelettes de diachylon. Examiné, le produit répondait à l'idée qu'avait pu s'en faire l'opérateur, en se basant sur les signes extérieurs: c'était un corps lisse, oblong, à grand axe vertical. La face voisine de la peau est convexe, la face profonde offre une petite gouttière verticale le long de laquelle glissent les tendons fléchisseurs.

Une membrane d'enveloppe résistante et d'un demi-millimètre d'épaisseur, assez transparente et sans trace d'ouverture, renferme un corps pierreux d'une surface inégalement parsemée de petites saillies avec de nombreuses dépressions; le fond ressemble à un noyau de pêche; poids, deux jours après l'ablation, 3g,5.

La santé générale du sujet est parfaite; la plaie, examinée pour la première fois le 23 juin, est en partie réunie par première intention, et, le 27, ce militaire quittait l'hôpital avec les mouvements de flexion parfaitement intacts.

Si nous voulons chercher la véritable cause de ces kystes, nous sommes fort embarrassés; car, outre l'insuffisance des faits par nous fournis pour en tirer des conclusions, nos malades par deux fois rapportent bien l'origine de leur tumeur à des frottements multiples et inaccoutumés, mais, dans les autres cas, ils ne peuvent assigner une action bien positive. Cette contradiction nous oblige à ranger ces tumeurs, pour une portion, dans la catégorie des kystes progènes de Broca, et les autres parmi les néogènes, sans jamais rapporter à l'hérédité, comme l'admet Paget, la venue de ces mêmes kystes.

Nous n'avons pas cru nécessaire de différencier longuement ces tumeurs de toutes celles signalées sur ces organes. Leur production lente, leur absence de toute crépitation, de toute douleur, de toute ouverture, leur forme arrondie, non bosselée, sans battement, enfin la connaissance de l'absence dans la région palmaire de tout follicule sébacé, absence constatée par Jamain et Cruveilhier, seront pour le praticien une base suffisante de diagnose précise.

Nous sommes forcés toutefois de nous élever contre la manière de voir de Desprès (1), ne trouvant de différence entre les kystes sébacés et les kystes dermoïdes qu'en ce que ces derniers existent depuis la naissance; la preuve du contraire se voit dans plusieurs de nos observations.

Le traitement consiste en une simple incision agrandie au besoin, s'il faut détacher des adhérences profondes. La réunion s'obtient généralement avec rapidité et sans trace de suppuration. Nous n'avons qu'à nous louer de l'emploi de l'anesthésie locale.



REVUE DE LA PRESSE

Considérations sur l'extirpation du larynx. — Sous ce titre, M. le docteur Andrea Ceccherelli, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, a publié récemment une petite note dans laquelle il résume les opérations d'extirpation complète ou partielle du larynx pratiquées jusqu'à ce jour, et les résultats obtenus.

Ces opérations sont actuellement au nombre de 30, dont 25 comprennent l'extirpation totale et 5 la résection partielle. 18 fois l'opération a été pratiquée pour un carcinome; dans les 12 autres cas, ou bien il ne s'agissait pas de tumeur maligne, ou bien l'on ne connaît pas la nature de la lésion pour laquelle l'extirpation a été entreprise. Sur ces 30 cas, la guérison a été obtenue 20 fois, et, dans un vingt-unième cas, on ignore le résultat obtenu. Enfin, parmi les 20 individus qui guérirent immédiatement après l'opération, 9 succombèrent plus ou moins longtemps après et presque toujours de récidive.

Le résultat final serait donc de 11 guérisons certaines ou tout au moins de survie prolongée, et de 1 cas douteux.

L'auteur termine sa note par les conclusions suivantes: 1° l'extirpation du larynx est un acte opératoire désormais accepté dans la thérapeutique chirurgicale; 2° elle doit être exécutée de préférence avec le thermocautère; 3° elle doit être réservée aux seuls cas graves dans lesquels la lésion n'est pas trop étendue pour que le couteau du chirurgien ne puisse l'atteindre; 4° on ne doit pas y avoir recours dans les tumeurs cliniquement malignes; 5° enfin on peut encore opérer dans le cas de carcinome, mais seulement quand il est limité, qu'il ne s'agit pas de cancer mou et que la maladie n'a pas encore amené l'infection générale. (*Un. méd.*)

Nous rappellerons que nous avons publié ici, l'an dernier (2), l'une des trente opérations relevées par M. le docteur Andrea Ceccherelli, celle de M. le professeur Azzio Caselli, sous le titre de: Extirpation complète du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais et des amygdales, chez une jeune fille de

(1) Desprès, *Traité des tumeurs*, p. 75.

(2) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 27 novembre 1880, n° 138, page 1100.

dix-neuf ans pour un granulome. L'opération eut lieu avec un plein succès, le 20 septembre 1879; la malade guérit parfaitement sans qu'aucune récidive soit jusqu'à présent survenue.

Un cas de frambœsia. — La maladie a débuté il y a trois ans environ par une tumeur de la grandeur d'une pièce de 2 fr., située au-devant du sternum. L'individu qui en était atteint portait en même temps des lésions de syphilis secondaire. Néanmoins M. le docteur D. Mollière n'hésita pas à enlever la tumeur au bistouri. La plaie se cicatrisa parfaitement.

Depuis lors, la maladie a récidivé, malgré l'application d'un traitement spécifique à haute dose, et actuellement toute la partie antérieure de la poitrine du sujet est criblée ici de taches rouges sous forme de traînées, là de tumeurs confluentes ou isolées de la grosseur et de la couleur d'une cerise. Les unes sont recouvertes d'un épiderme intact, les autres sont ulcérées et forment de vastes plaques rouges qui sécrètent une sanie fétide. Quant au sang, il ne présente aucun des caractères du sang leucocythémique.

Deux de ces tumeurs ont été enlevées au bistouri; l'examen microscopique qui en a été fait par M. Chandelus dans le laboratoire de M. le professeur Renault a montré qu'on avait affaire à un épithélioma tubulé. (*Lyon médical.*)

Épilepsie gastrique. — Le travail publié par M. le docteur Pommay, sur cette question, relate deux observations intéressantes d'épilepsie produite par des troubles gastriques, dans lesquelles les attaques étaient accompagnées de vomissements alimentaires, survenaient trois ou quatre heures après des écarts de régime, et étaient suivies de phénomènes d'embarras gastrique.

L'auteur en terminant conclut ainsi : 1° Des troubles de la digestion peuvent produire des symptômes nerveux divers, dus, soit à la paralysie, soit à l'excitation du nerf vague.

2° Ces phénomènes sont d'origine réflexe et se passent tout entiers dans la sphère du nerf vague (irritation de ses rameaux sensitifs gastriques, excitation ou paralysie réflexe de ses rameaux cardiaques).

3° Les phénomènes d'excitation se traduisent par des attaques épileptiques; les phénomènes paralytiques par des crises cardiaques (battements précipités du cœur et arrhythmie).

4° L'âge et la condition de santé habituelle du sujet paraissent être pour quelque chose dans le mode de réponse à l'irritation.

5° L'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies par : *a.* la cause, écarts de régime; *b.* les symptômes, c'est-à-dire les vomissements alimentaires ajoutés aux symptômes ordinaires de l'attaque ; *c.* les suites, embarras gastrique. (*Revue de médecine.*)

Des lésions traumatiques chez les syphilitiques. — M. le docteur Francesco Folinea, chirurgien de l'hôpital des Incurables de Naples, vient de publier un travail fort intéressant sur les lésions traumatiques chez les syphilitiques, lequel se termine par les conclusions suivantes :

1° La sclérose initiale, dans le cas de plaies accidentelles ou chirurgicales en continuité avec elle, les transforme en indurations syphilitiques.

2° La sclérose initiale dans les lésions traumatiques à distance n'a aucune influence modificatrice sur elles.

3° La période qui s'étend entre la sclérose initiale et les manifestations générales, surtout au début de celles-ci, n'a aucune action sur les lésions produites par le trauma.

4° La syphilis, dans la période inflammatoire *in actu*, agit toujours sur les lésions traumatiques en les transformant en lésions spécifiques.

5° Les transformations des lésions traumatiques, survenant lorsque la syphilis récente est *in actu*, peuvent revêtir les caractères de la manifestation syphilitique, qu'elles se trouvent près ou à distance du trauma.

6° La syphilis inflammatoire *in actu*, lorsqu'elle ne change pas la lésion traumatique en lésion spécifique, agit sur la solution de continuité de telle façon que, sans la transformer en ulcère syphilitique, elle la rend stationnaire, et celle-ci ne guérit que par le traitement spécifique.

7° La syphilis néoplastique elle-même a une action négative, que le trauma soit ou non à distance des manifestations syphilitiques; bien qu'elle puisse encore, dans certaines circonstances, transformer une lésion violente en une syphilide ulcéreuse ou la rendre stationnaire.

8° La syphilis, dans les intervalles de latence de la période secondaire, agit comme lorsqu'elle est en activité, soit en faisant prendre à la lésion des caractères spécifiques, soit en en empêchant la guérison lorsque l'on n'a pas recours au traitement mercuriel.

9° La syphilis latente, dans la période néoplastique, a rarement une action spécifique sur le cours d'un trauma quelconque, mais presque toujours celui-ci reste complètement indifférent à la diathèse syphilitique,

10° Les lésions traumatiques, chez les syphilitiques, peuvent devenir le centre de nouvelles manifestations spécifiques.

11° Les lésions traumatiques dans la syphilis récente, patente ou latente, peuvent devenir le point de départ de nouvelles manifestations syphilitiques localisées au siège du trauma.

12° Les lésions traumatiques chez les syphilitiques peuvent faire éclater des éruptions à une distance plus ou moins grande d'elles. Cela a lieu surtout dans la période inflammatoire, rarement dans la période néoplastique.

13° Chez les syphilitiques un trauma peut être de nouveau le point de départ d'une lésion spécifique, soit dans la seconde période, soit dans la troisième.

14° Enfin une lésion traumatique chez un individu non syphilitique, et qui plus tard vient à être infecté, peut devenir alors le point de départ de manifestations de la syphilis. (*Arch. de méd.*)

Péricardite suppurée, ouverture du péricarde, pleurésie suppurée, empyème. — M. le professeur S. Rosenstein rapporte l'observation d'un petit garçon de dix ans, qui présenta, dès son entrée à l'hôpital, les symptômes d'un épanchement aigu dans le péricarde. Une ponction exploratrice faite à l'aide de la seringue de Pravaz permit de reconnaître la nature nettement purulente du liquide épanché. Les accidents allant croissant et le pouls s'affaiblissant, une seconde ponction, pratiquée avec l'appareil Potain, donna issue à 620 centimètres cubes de pus. Immédiatement le nombre des respirations tombait de 59 à 38 et celui des pulsations de 140 à 92. Mais presque aussitôt il survenait une pleurésie aiguë qui nécessitait en quelques jours deux ponctions successives, la première de 1,160 centimètres cubes de sérosité, la suivante de 12 centimètres cubes de pus. En même temps les signes de la péricardite suppurée reparaissaient de nouveau avec leur intensité primitive.

C'est dans ces conditions que M. Rosenstein se décida à faire de la manière suivante l'ouverture du péricarde en observant rigoureusement les précautions antiseptiques : 1° incision de 3 centimètres entre la quatrième et la cinquième côte; 2° ouverture de la séreuse avec la pointe du bistouri et agrandissement avec le bistouri boutonné qui donnent issue à une grande quantité de pus; 3° introduction de deux drains dans la plaie et pansement de Lister.

Les résultats de l'opération furent des plus heureux quant aux accidents déterminés par l'épanchement péricardique; mais les phénomènes pleurétiques, persistant, nécessitèrent l'opération de l'empyème ; 150 centimètres cubes de pus furent retirés. La plaie du péricarde se cicatrisa en dix-neuf jours, celle de la plèvre en onze jours, et le petit malade guérit parfaitement. (*Ab. méd.*)

Le corps de l'internat vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Jules Manaud, décédé à Arcachon, le 3 août dernier. M. Jules Manaud, qui avait brillamment conquis son titre d'interne au dernier concours, a été emporté, paraît-il, par la tuberculose pulmonaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11593.

ANALYSE D'AOUT DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'août, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à la température de 25°		1.031
	gr.	
Beurre par litre	49.500	
Albumine	12.875	
Caséine	19.325	
Sucre de lait	55.700	
Sels	7.900	
Total des matières fixes	145.300	145.300
Eau par litre		885.700

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.147
Chaux	2.046
Magnésie	0.171
Potasse	1.607
Soude	0.702
Acide sulfurique	0.292
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.935
Total	7.900

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes au *Dépôt central de la Ferme d'Arcy*, rue de Paradis-Poissonnière, 22, Paris, ou à M. NICOLAS, à la Ferme d'Arcy, par Chaumes (Seine-et-Marne).

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, ph^ie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule.

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Peptone Defresne

Seule admise, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone ; 4 p. 100 Azote. } GARANTIS.
24 p. 100 d'Aliments hydrocarbonés. }

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — DOSE : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux. — Le flac. : 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. DOSE : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr. 50.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *pharm. Paris*, 68 *r. Rivoli.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Dragées QUINO-BALSAMIQUES Balmelle

(BAUME DU BRÉSIL ET EXTRAIT DE QUINA)

Préparation **tonique** et **anticatarrhale** prescrite avec le plus grand succès dans les *Phlegmasies aiguës et chroniques des muqueuses* et en particulier de l'appareil urinaire. — DOSE : de 8 à 16 par jour.

PARIS, 41, faubourg Poissonière, et les principales pharmacies.

ECZEMA, ULCERES DE LA JAMBE.

GUÉRISON RADICALE ET RAPIDE PAR LES

Bandages élastiques

DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. AUBRY, 6, boulevard Saint-Michel ; MM. COLLIN et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine ; MM. GALANTE et FILS, 2, rue de l'École-de-Médecine ; M. MATHIEU, 113, boulevard Saint-Germain ; Pharmacie ROBERTS et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage.

Se défier des contrefaçons.

Henry A. Martin

Vinaigre de Pennès

ANTISEPTIQUE, HYGIÉNIQUE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine.*)

Expérimenté avec succès dans 20 hôpitaux.

Purifie l'air chargé de miasmes. Précieux pour les soins intimes du corps, puisqu'il assainit et raffermit les muqueuses. — *Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.* — Détail : r. des Ecoles, 49, et toutes ph^ies. — Gros : 2, r. de Latran, Paris.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la ph^ie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien,** a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite ; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

L. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail : Ph^ie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales ph^ies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Salicylate de fer et de manganèse

préparé par Ulysse NOBLET, pharmacien à Mandres (Seine-et-Oise).

Nouveau sel éminemment soluble et assimilable ; *supérieur* aux *ferrugineux* connus jusqu'à ce jour. Solution et pilules. Emploi facile. Saveur agréable. Dosage exact. Chaque flacon avec notice explicative. Paris, pharm. DUREL, 7, boulev. Denain.

N° 96. — MARDI 23 AOUT 1881. 54e ANNÉE. MARDI 23 AOUT 1881. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Alcoolisme et paralysie agitante. — II. Bronchite et dothiénentérie.

I. Vous nous avez vu nous arrêter tout à l'heure, à la visite, pendant un certain temps, au lit de la malade du n° 27, qui est entrée hier dans nos salles. C'est que l'affection dont cette femme est atteinte est d'un diagnostic très-délicat. Elle présente en effet un tremblement bizarre, très-manifeste, de tout le corps, quelque peu analogue à celui des gens qui boivent.

Que sa profession de matelassière la prédispose ou non à l'alcoolisme, toujours est-il qu'au premier abord elle paraît alcoolique sans en avoir cependant le faciès caractéristique. Mais serait-ce là la cause des phénomènes que nous observons, ou bien y a-t-il autre chose dans l'origine de son état morbide ?

Le tremblement cesse dès que la malade est au repos et reparaît au moindre mouvement qu'elle fait, exactement comme chez les individus alcooliques ; il n'est cependant pas tout à fait semblable à celui que l'on remarque chez les gens qui se livrent habituellement à des excès de boissons, et nous devons savoir que, dans la paralysie agitante, le tremblement présente une grande analogie avec celui des alcooliques.

La recherche de l'alcoolisme par l'interrogation des malades est le plus souvent assez difficile par refus de tout aveu, et cette femme n'échappe pas à cette règle. Elle n'avoue rien, quant à des excès de boissons ; mais, ce qui tendrait néanmoins à nous y faire croire, ce sont certaine dyspepsie dont elle se plaint, des pituites matinales, des vomituritions, la perte de l'appétit, etc. En tous cas, ce ne sont encore que des présomptions.

Quant au tremblement, il serait survenu brusquement, et, si ce qu'elle dit est vrai, à la suite d'une émotion morale extrêmement vive. Depuis lors, non-seulement il n'aurait pas cessé, mais encore il aurait été constamment en augmentant. Peut-être aussi, et cette supposition n'a rien d'impossible, ce tremblement serait-il antérieur à l'émotion qu'elle nous a rapportée et ne s'en serait-elle aperçue pour la première fois qu'après cette émotion même.

Le tremblement existe aussi dans les membres inférieurs, qui sont notablement affaiblis et ne lui permettent de marcher que difficilement, à petits pas et le corps penché en avant pour maintenir l'équilibre comme dans la paralysie agitante. Cette femme est vive d'allures ; mais sa physionomie présente un masque d'insignifiance assez prononcé, comme on le rencontre encore chez les gens atteints de goître exophthalmique. Ce n'est pas la stupeur de la fièvre typhoïde, où le regard est fixe, pour ainsi dire, sans mobilité. Ici, ce sont les muscles de la face qui sont presque immobiles, tandis que le regard a conservé sa mobilité ordinaire, comme dans la paralysie agitante ou dans le goître exophthalmique.

Vous avez vu aussi, lorsque j'ai fait lever cette femme et que je lui ai dit de faire quelques pas dans la salle, comment elle marchait.

En résumé, si le masque, la démarche et le début brusque des accidents peuvent faire songer à l'alcoolisme, ils indiquent aussi quelque autre chose qui prédomine l'ensemble des phénomènes, c'est-à-dire, avec un système nerveux extrêmement impressionnable, une sorte de paralysie agitante.

Cette dernière, dans un certain nombre de cas, est de cause rhumatismale et survient sous l'impression du froid et de l'humidité. Serait-ce sous cette influence que la maladie se serait développée ? Nous ne le savons pas, et, malgré tout le soin avec lequel nous avons examiné notre malade, nous ne pouvons pas nous prononcer d'une façon certaine.

Ce que nous pouvons dire, comme résultant de l'étude des faits, c'est que le tremblement dont cette femme est atteinte paraît tenir à une paralysie agitante qui se serait développée chez un sujet très-probablement alcoolique depuis longtemps déjà.

Quant au pronostic, il variera selon le diagnostic que nous émettrons. Il sera fâcheux si nous avons affaire à un tremblement purement nerveux, car le proverbe : « Qui a bu boira », ment rarement, et la maladie ne fera que progresser par la continuation des excès auxquels cette femme se livrera presque fatalement. Cependant, quand la maladie n'est pas encore très-avancée, si la raison l'emporte et que la malade ait la force voulue pour supprimer la cause originelle de son mal, les effets peuvent disparaître complètement ou tout au moins diminuer d'une façon notable.

Si, au contraire, nous avons affaire à une paralysie agitante, nous ne connaissons jusqu'à présent aucun moyen de guérir cette maladie. Nous pouvons bien peut-être obtenir quelque amélioration, mais jamais une guérison ; la paralysie agitante affecte une marche fatalement progressive.

II. Au n° 20 de notre salle des hommes, nous avons un malade atteint de bronchite, mais dont l'état d'accablement et la prostration nous ont forcé à nous poser la question de la dothiénentérie. Mais il est malade déjà depuis douze jours ; la fièvre typhoïde serait donc survenue comme une affection intercurrente, question que nous avons déjà eu l'occasion de traiter ici en raison du nombre fréquent de cas assez semblables que nous avons eus cette année.

La céphalalgie vive et les étourdissements dont il se plaint actuellement remonteraient, comme début, à cinq ou six jours. Cependant, d'autre part, nous ne trouvons aucun signe absolu de fièvre typhoïde ; pas d'augmentation du volume de la rate, dont les dimensions paraissent normales ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pas de taches rosées lenticulaires sur la peau ; pas de diarrhée ni de constipation. Rien que les phénomènes d'une bronchite ou, mieux, d'une laryngo-bronchite à forme épidémique avec les caractères de la grippe, courbature et aspect typhique, comme on le rencontre de temps en temps.

Aussi croyons-nous pouvoir émettre un pronostic favorable ; très-probablement cet homme sera guéri après dix ou douze jours de repos.

Par contre, chez un malade qui est couché au n° 2 de la même salle, notre diagnostic ne saurait être le même, bien qu'il n'existe que fort peu de signes pathognomoniques. On ne trouve, en effet, aucun phénomène d'ataxie ou d'adynamie, pas la moindre prostration, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de diarrhée, pas de taches rosées lenticulaires sur la peau; mais, la maladie étant toute récente, celles-ci ne sauraient apparaître aussitôt. Ce que nous trouvons chez ce malade, et que nous ne rencontrons pas chez celui du n° 20, c'est une rate volumineuse, considérable même si nous la comparons à la taille fort petite du sujet. Elle mesure, en effet, verticalement, dans la ligne qui s'étend de l'aisselle à l'épine iliaque antérieure et supérieure, 15 centimètres de longueur. De plus, la fièvre est assez intense, et la température, qui oscille entre 38° le matin et 39°,2 le soir, semble s'élever un peu chaque jour.

Le volume de la rate est donc ici, avec des phénomènes fébriles qui vont croissant, le seul signe réellement pathognomonique qui nous permette de diagnostiquer, selon toutes probabilités, une fièvre typhoïde dont le début remonterait à quatre jours environ. En tous cas la maladie ne paraît pas devoir revêtir une forme grave, et sa durée ne dépassera probablement pas trois semaines.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Fractures multiples du fémur; accidents urémiques? mort.

Nous avons à vous montrer aujourd'hui les pièces extrêmement intéressantes d'une fracture du fémur, appartenant au malade qui était couché au n° 7 de notre salle des hommes. Cette fracture est un exemple très-accentué, non pas d'une fracture du corps comme j'étais disposé à le croire tout d'abord, à cause du gonflement de la cuisse, mais une lésion réellement complexe. C'est une fracture de la base du col, mais extra-capsulaire, qui diffère de ce que l'on a décrit sous ce nom.

Elle est située vers la partie supérieure de la diaphyse du fémur, à sa jonction avec la partie la plus inférieure du col, je puis dire aussi bas que possible, fracture dont le fragment supérieur est formé par la tête et le col de l'os, et le fragment inférieur par la diaphyse.

Il y a, de plus, trois autres fragments : 1° un fragment antérieur, très-petit, appartenant à la partie supérieure et antérieure du fémur qui fait partie du commencement du corps de l'os et se continue avec le grand trochanter ; il est très-mobile ; 2° un second fragment, petit également, ou fragment moyen, qui appartient à la partie antérieure du grand trochanter ; 3° un fragment postérieur qui est formé par le reste du grand trochanter.

C'est donc une fracture extra-capsulaire du col et un peu du corps du fémur, fracture complexe à fragments multiples dont trois sont accessoires.

La multiplicité des fragments se rencontre assez fréquemment dans les autopsies, sans qu'il soit toujours possible de les reconnaître pendant la vie. Elle existe surtout au voisinage des extrémités osseuses et tient à la pénétration de l'un des fragments dans l'autre qu'il fait éclater au moment où se produit la solution de continuité. Cet éclatement a lieu par la pression réciproque des fragments, l'un d'eux cependant l'emportant sur l'autre, pression à laquelle s'ajoute l'action de muscles énergiques. C'est le mécanisme du coin qui n'est lui-même qu'une extension du principe de la pénétration.

Il suffit, du reste, d'examiner les pièces pour voir la grosse saillie formée par le fragment supérieur qui s'est creusé une loge dans la partie supérieure de la diaphyse, là où le canal médullaire n'existe pas encore et où il est remplacé par du tissu spongieux. Le canal médullaire, en effet, commence un peu plus bas.

La pénétration, qui se fait sous l'influence de la chute et de l'action musculaire, force pour ainsi dire la substance osseuse, elle écrase le tissu spongieux et fait éclater la portion trochantérienne du fémur. C'est l'éclatement par le mécanisme du coin.

Cette fracture a été décrite par Robert en 1841 sous le nom de fracture par pénétration. Je n'aime pas ce mot, parce qu'en réalité la pénétration est consécutive à la solution de continuité. Ce qui a lieu tout d'abord, c'est l'écrasement. L'individu tombe sur la région trochantérienne ; le tissu spongieux, trop faible pour résister à la violence à laquelle il se trouve soumis, est écrasé par pressions en sens inverse, de haut en bas et de bas en haut. Il y a donc fracture par écrasement ; mais, tandis que parfois la fracture en reste là, dans d'autres cas, au contraire, il y a pénétration plus ou moins considérable, éclatement de l'os et multiplicité des fragments.

Dans le cas qui nous occupe spécialement ici, la fracture diffère de ce qui a été décrit et figuré, et où il s'agissait de sujets âgés, et notamment de femmes chez lesquelles, comme l'a parfaitement dit Chassaignac, le col, en même temps que son tissu se raréfie et devient plus fragile, tend lui-même à l'horizontalité, formant presque un angle droit avec le corps de l'os. En effet qu'une vieille femme, au tissu spongieux du col du fémur raréfié, tombe sur le grand tro-

chanter, elle se fera une fracture par écrasement, et le col pénétrera dans la portion trochantérienne de l'os sans éclatement. Si la violence est considérable et la fragilité de l'os très-grande, la pénétration sera plus profonde; il y aura fracture et séparation du grand trochanter, ou, s'il n'y a pas séparation, il y aura fente en deux portions par un trait longitudinal.

Mais que ce soit l'une ou l'autre de ces lésions trochantériennes, la fracture restera limitée à la région supérieure du fémur, limitée au col; ce sera une fracture extra-capsulaire avec pénétration et séparation.

Ici, chez le sujet qui nous occupe, la fracture est allée plus loin puisqu'elle atteint une partie du corps de l'os. Cela tient d'abord à ce nous avons affaire à un homme; cela tient ensuite à ce que cet homme n'est pas un vieillard, il n'a que cinquante ans. Le sexe et l'âge font : l'un, que l'implantation du col sur le corps forme un angle oblique très-ouvert, au lieu d'un angle droit; l'autre, que le tissu spongieux n'est pas encore très-raréfié.

La chute ayant lieu dans ces conditions, le tissu spongieux est pénétré par écrasement, et le fragment supérieur pénètre en descendant dans l'épaisseur du fragment inférieur et gagne presque la diaphyse; il produit l'éclatement de l'os, d'où les fractures multiples consécutives.

Il y a donc une différence réelle entre cette fracture et celles que vous trouvez décrites dans les livres.

La multiplicité des fragments et leur exacte situation sont assez difficiles à déterminer sur le vivant.

Tel est le premier point de cette autopsie; quant au second, c'est-à-dire à l'explication, par l'anatomie pathologique, des symptômes fonctionnels graves auxquels notre blessé a succombé, il est très-difficile.

Ces symptômes ont été de deux sortes : 1° gastro-intestinaux; 2° cérébraux.

Cet homme a été pris, sept jours après l'accident dont il a été victime, de vomissements excessivement abondants de matières brunes, noirâtres, presque fécaloïdes, ainsi que de diarrhée et de douleurs abdominales spontanées augmentant par la pression; en même temps, nous observions une algidité prononcée et une dépression marquée du pouls. Devant de pareils phénomènes, j'ai prononcé le mot d'entéro-péritonite.

Mais pourquoi ces accidents? Il nous était d'autant plus impossible de le savoir que, en dehors de sa fracture, cet homme n'avait jusque-là rien présenté de particulier. S'était-il fait une perforation intestinale? Mais sous quelle influence?

Ce qui est certain, c'est que, trois jours plus tard, il survenait une certaine amélioration à laquelle succédait bientôt du subdélirium avec émission involontaire des urines et des matières fécales. Le pouls était un peu relevé; il n'y avait point d'agitation, mais le malade déraisonnait. Cet état a duré deux jours, au bout desquels il a succombé.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, est absolument négative. Nous n'avons rien trouvé dans le ventre; l'estomac est sain, sans la moindre trace de congestion ni la plus petite ulcération. L'intestin grêle ne présente rien non plus qu'une légère vascularisation. Il n'y a ni cancer ni perforation. Nous n'apercevons aucun épanchement dans la cavité abdominale, et le péritoine lui-même est parfaitement sain. Quant au cerveau, il ne présente aucune altération, aucune lésion; nous ne voyons qu'un peu de suffusion sous-arachnoïdienne.

L'autopsie est donc, je le répète, complètement négative quant à la cause de la mort. Mais, si je me reporte par la pensée aux symptômes abdominaux observés pendant la vie et dont l'anatomie pathologique ne me donne pas l'explication, je me rappelle avoir vu quelquefois pareils phénomènes survenir chez des gens atteints d'affection rénale avec suppression de la sécrétion ou de l'excrétion urinaire. Ce sont des faits, du reste, que vous trouverez indiqués dans les livres; je veux parler de l'urémie foudroyante, dont le début est des plus instantanés.

Ici ce serait à peu près quelque chose d'analogue qui se serait passé, et cependant les recherches *macroscopiques* ne nous ont rien fourni jusqu'à présent qui nous permette d'affirmer que telle serait la cause de la mort. Les reins étaient seulement assez gras, les calices m'ont paru un peu plus petits qu'à l'état normal, et les cônes un peu moins nombreux. Du reste, cet homme a toujours uriné, et j'ignore seulement si la sécrétion et l'excrétion de l'urine étaient diminuées. Je n'ai pas trouvé de néphrite, mais seulement un peu de congestion du rein, ce qui ne suffirait pas à justifier l'idée d'accidents urémiques.

Enfin un dernier point à traiter, avant de terminer, est celui de savoir s'il y aurait quelque relation entre la fracture du fémur et les symptômes qui ont entraîné la mort. J'avoue que je n'en aperçois aucune, et que, là encore, il me faut mettre un point d'interrogation. En effet, dans une pareille lésion du fémur, avec un os qui saigne de tous côtés au point de produire le gonflement si considérable de la cuisse que nous constations le lendemain de l'accident, ne peut-il pas se passer des modifications moléculaires capables de produire des éléments délétères qui, transportés dans l'économie, donneraient lieu à des accidents sérieux? Mais ceci n'est qu'une simple hypothèse, d'autant plus que le foyer de la fracture n'a jamais été exposé à l'air et que nous n'avons pas trouvé de pus, aussi en sommes-nous encore à chercher la cause de la mort.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

I. Accidents puerpéraux. — II. Ophthalmies purulentes des enfants nouveau-nés. — III. Présentation occipito-iliaque postérieure droite, forceps.

I. L'état général du service est bon aujourd'hui, bien que la femme du n° 17, qui a eu une rétention partielle du placenta suivie de quelques accidents inhérents à la putréfaction des portions qui étaient restées dans l'utérus, ait présenté de nouveaux phénomènes assez sérieux.

Accouchée il y a dix-sept ou dix-huit jours, elle a été prise de frissons, l'utérus est devenu malade, et nous avons trouvé, alors cependant que tout le placenta avait été éliminé, une masse formant tuméfaction dans la fosse iliaque gauche. Néanmoins cette femme allait assez bien lorsqu'il est survenu de nouveaux accidents généraux. En effet, avant-hier, pendant la visite, elle a été prise d'un frisson violent, et le pouls, qui était tombé à 90 battements par minute, est remonté rapidement à 112; en même temps, la température, qui s'était abaissée les jours précédents à 38°,2, s'est élevée très-promptement à 39°,8, 39°,9 et même 40 degrés.

Hier matin, nous avons constaté une amélioration apparente; le pouls était revenu à 72 pulsations par minute, et la

température était descendue à 37 degrés; mais, depuis ce moment-là, la fièvre a reparu de nouveau, et aujourd'hui nous venons de constater, en passant à son lit, une température de 39°,6 et un pouls de 104. En même temps, cette femme se plaint d'une douleur vive, persistante dans la fosse iliaque gauche. Serait-ce quelque collection de pus que nous sentons lorsque nous pressons légèrement la tuméfaction iliaque gauche? Serait-ce un abcès en voie de formation? Nous ne saurions nous prononcer encore en ce moment. En tous cas, l'état dans lequel se trouve notre malade, voire même la formation de pus, si abcès il y a, ne signifie pas, heureusement, qu'elle soit perdue; ces abcès présentent plusieurs modes de terminaison, et si, d'une part, ils peuvent s'ouvrir dans la cavité péritonéale, ils peuvent aussi se faire jour à l'extérieur par le rectum, par le vagin, etc.

C'est la seule femme qui soit actuellement malade dans le service, et son état ne nous inspire pas jusqu'à présent de bien grandes inquiétudes. Néanmoins nous devons savoir que la guérison exigera au moins trois semaines ou un mois pour être obtenue.

II. Nous avons aussi, parmi les enfants, trois cas d'ophthalmie purulente; l'un d'eux dure déjà depuis longtemps, il est venu de la ville, et c'est depuis son entrée à l'hôpital que deux autres petits enfants ont été pris à leur tour. Ces ophthalmies purulentes guérissent ordinairement dans l'espace de cinq ou six jours par l'emploi de collyres au nitrate d'argent et des soins extrêmes de propreté. L'un de ces enfants a une petite taie sur la cornée, peu étendue et d'une faible épaisseur.

III. Enfin, hier, l'on a dû faire une petite application de forceps chez une jeune femme, primipare, qui était en travail depuis quinze heures, lorsqu'elle est entrée à la Clinique. A mon arrivée, je trouvai une femme découragée, fatiguée; la sage-femme, à qui je demandai où le travail en était, me répondit que la dilatation était presque complète et que la présentation était en occipito-iliaque droite postérieure, présentation qui ralentit toujours la marche du travail. Les membranes n'étant pas encore rompues, je les fis rompre devant moi, et conseillai d'attendre quelques heures.

Mais, contrairement à ce qui se passe habituellement, le travail resta languissant malgré la rupture des membranes; cette opération n'avait pas réussi en raison même de la position occupée par l'enfant. Le travail est donc ainsi entravé dans sa marche, tant que cette position occipito-iliaque droite postérieure n'a pas été modifiée par un mouvement de rotation.

Aussi, les choses restant en l'état sans avancement aucun, et la femme se fatiguant de plus en plus, M. Ribemont, mon chef de clinique, a jugé utile, vers quatre heures du soir, d'intervenir, et il a très-sagement agi. Il a fait alors une application de forceps, non pas pour tirer directement sur l'enfant, mais bien pour, en tirant un peu et en inclinant la courbure du forceps à gauche, opérer cette petite manœuvre de rotation, que la nature ne parvenait pas à faire, et ramener ainsi l'occiput d'arrière en avant.

J'ai vu plus d'une fois des médecins, ignorant en pareils cas le manuel opératoire auquel ils devaient avoir recours, tirer tout droit à eux, et, vu la résistance due à la présentation anomale, risquer d'arracher la tête de l'enfant; j'en ai vu d'autres produire, par le même procédé, des fractures des os du crâne. Ces fausses manœuvres, si dangereuses que plus d'un enfant y succomba, étaient le résultat de l'ignorance des praticiens dont je parle, ignorance de la position de la tête dont ils ne s'étaient pas rendu compte, ignorance, par suite, des conditions de l'application du forceps, selon la présentation qu'ils ne connaissaient pas.

Plus d'un que j'interrogeais sur cette présentation, lorsque j'arrivais auprès du lit de la femme pour laquelle, fort embarrassé, il m'avait fait appeler, plus d'un, dis-je, me répondait: « C'est la tête qui se présente. » — « La tête, c'est très-bien, lui disais-je, mais quelle région de la tête sentez-vous par le toucher? » Là-dessus, mutisme absolu. Notre confrère s'était borné à constater une présentation de la tête, et c'était tout; puis, bravement, il s'en allait tirant d'un côté et de l'autre sur son forceps, au risque de tuer l'enfant, ce qui arriva plus d'une fois.

Dans ces présentations occipito-iliaques postérieures, la manœuvre du forceps est le plus souvent terminée dès que vous avez facilité ou produit le mouvement de rotation de la tête, et, retirant alors vos branches l'une après l'autre, l'accouchement s'achève dans un temps assez court, sans qu'il soit nécessaire de réappliquer l'instrument. C'est ce qui est arrivé hier chez notre femme; le mouvement de rotation opéré, les contractions utérines ont recommencé, et la naissance de l'enfant a eu lieu sans qu'il fût nécessaire d'intervenir de nouveau.

Dans d'autres cas, au contraire, malgré le changement de position de la tête de l'enfant, dont la mauvaise situation avait entravé les contractions utérines, celles-ci, paralysées pendant un certain temps, ont perdu toute leur énergie, et l'accouchement tendrait à s'éterniser au détriment de la femme, si le médecin n'intervenait une seconde fois. C'est alors que, l'instrument ayant été retiré après que la rotation a été obtenue, une nouvelle application de forceps devient nécessaire pour terminer promptement l'accouchement.

Ici, sur la femme qui est accouchée hier, le travail ayant repris sa marche d'une façon assez rapide, M. Ribemont n'a pas eu besoin d'avoir recours à cette seconde application de forceps. Peu de temps après sa première intervention, l'accouchement se terminait heureusement par la naissance d'un enfant dans de bonnes conditions.

VARIÉTÉS

Documents pour servir à l'histoire de la médecine et de la chirurgie (1).

VII

Formule de certificat d'étudiant en l'Université de Paris au XVe siècle.

Nous trouvons aujourd'hui dans le *Bulletin de la Société de l'histoire de Paris et de l'Ile-de-France* (2) le document ci-joint, écrit en 1460 par Jean Girot et découvert par M. Henry Omont dans la bibliothèque de l'Université de France. (*Manuscrits*, t. IV, 62.)

Le texte de cette formule est semblable, sauf quelques légères différences de détail, à celui d'un autre certificat (*littera testimonialis*) datant de 1429, délivré à cette époque par le recteur Jean de Gomont à un curé de Basse-Nor-

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 4 juin 1881.

(2) Huitième année, troisième livraison, p. 90-91; Paris, 1881.

mandie et publié l'année dernière par le savant directeur de l'École des chartes, M. J. Quicherat, qui en donnait la définition suivante (1) :

« Le certificat d'étudiant, différent du certificat d'études, était l'attestation délivrée par l'autorité universitaire à ceux qui avaient été admis, après les formalités d'usage, à suivre les cours de l'une quelconque des Facultés (2). Cette pièce, ajoute M. Quicherat, était, si l'on peut ainsi dire, la carte civique de l'étudiant; elle lui servait de passeport et lui garantissait, partout où il se rendait, la jouissance des privilèges octroyés à l'Université et à ses suppôts. »

Littera testimonialis.

Universis presentes litteras inspecturis Jo. N., rector Universitatis magistrorum et scolarium Parisius studentium, salutem in domino sempiternam. Ut ait Seneca : « *Non amicicie reddas testimonium sed veritati,* » et huic consonat verbum Philosophi primo Ethicorum dicentis quod « *ambobus existentibus amicis sanctum est prehonorare veritatem:* » hinc est quod nos, non solum amicicia moti, sed etiam veritate, verum testimonium perhibemus quod dilectus noster vir N., magister in artibus talis dyocesis, fuit, prout adhuc est de presenti ac esse intendit, verus et continuus scolaris Parisius studens in facultate Decretorum sub venerabili et circumspecto viro magistro N., actu Parisius in dicta facultate regente, prout nobis extitit legitime facta fides. Et hec omnibus et singulis quorum interest aut interesse potest seu poterit quomodolibet in futurum tenore presentium certificamus. Quare nos dictum scolarem ac omnia bona sua quecumque et ubicumque sint sub nostra et dicte Universitatis protectione, tuitione, tutela, custodia ac salvagardia ponimus per presentes, ipsumque scolarem ejusque procuratores, nuncios et familiares occasione ipsius privilegiis, franchisiis et libertatibus dicte Universitatis uti et gaudere volumus ac defendi. In cujus rei testimonium sigillum rectorie Universitatis prefate litteris presentibus duximus apponendum.

Datum Parisius, anno domini M°CCCC°LX° die prima talis mensis (3).

VIII

Épitaphe parisienne.

Cette épitaphe, en caractères du quinzième siècle, a été relevée par M. Léopold Delisle, membre de l'Institut, dans un manuscrit de la bibliothèque de Tours, jadis de Saint-Martin de Tours, renfermant la Somme de Geoffroy de Trani (n° 570 du catalogue de M. Dorange). Elle a peut-être été copiée par Martin Chabot, écolâtre de Saint-Martin de Tours.

Elle se rapporte à maître Eudes de Creil, docteur en médecine ; elle est ainsi conçue dans le Bulletin de la Société de l'Histoire de Paris et de l'Ile-de-France, qui vient de la publier :

Epitaphium magistri Odonis de Credulio, quondam medicine doctoris expertissimi.

Mortali nodo qui corda dolentia solvi,
Nunc artis sine vi coruo doctor Odo.
Ars, vis, vita perit. Sed cum sim vermibus esus,
Sit medicina Jesus qui scelus omne terit.

(1) *Cabinet historique*, t. XXVI, 1880, p, 20-22.

(2) Médecine, théologie ou autre.

(3) M. Henry Omont a trouvé aussi dernièrement, dans un manuscrit de la bibliothèque de Vendôme (*cod. Trinitatis Vindocin.*, 207), parmi différentes lettres de Charles VI, un certificat analogue daté du 7 octobre 1398, mais relatif cette fois à un étudiant en théologie de l'Université de Paris, Jean Roger, curé de Duranville (Eure, arrondissement de Bernay, canton de Thiberville).

IX

Note sur maistre Jehan de Troyes, mire juré de la ville de Paris au quinzième siècle (1).

Jean de Troyes, chirurgien juré du roi de France dès l'année 1397, fut, à cette époque, mêlé à une affaire criminelle, où il était partie plaignante pour « bateures et navreures » que lui avait faites sur le grand pont un individu armé (*Arch. nat.*, X²ᵃ 12, folio 20). Il figure en 1412 parmi les juges établis contre les Armagnacs (*Ibid.*, X¹ᵃ 1479, fol. 212, v°) et devient ensuite échevin de la ville de Paris, élu, le 20 février 1412, avec Jean de l'Olive et Robert de Belloy (*Ibid.*, KK 1009, fol. 1).

Il joua un rôle actif dans les évènements de l'année 1413, principalement comme orateur des factieux (les Cabochiens). Frappé, après l'échec de son parti, par une sentence de bannissement (Douet d'Arcq, *Choix de pièces inédites*, t. I, p. 367), il se réfugia en Flandre, auprès du duc de Bourgogne, et ne revint à Paris qu'en 1418, à la suite des Bourguignons. Réintégré dans l'échevinage, il prêta serment à Jean Sans-Peur le 25 août 1418 et fut nommé, avec Jacques de Rouen, « commissaire sur le fait de la réformacion » (*Arch. nat.*, X¹ᵃ 1480, fol. 156).

A l'époque de son bannissement, « si savoit-il bien », comme dit le *Journal d'un bourgeois de Paris de* 1405 *à* 1449, « que tous les bandez le hayoient jusques à la mort », avec d'autres factieux, parmi lesquels se trouvaient « deux de ses filx ». « Iceulx hays estoient maistre Jehan de Troyes, mire juré de la ville de Paris et concierge du Palays. »

L'office de concierge du Palais, dit M. Tuetey, dans une de ses nombreuses annotations du *Journal parisien*, était fort ambitionné à cause des avantages considérables qui y étaient attachés. Indépendamment du logement, des profits des étaux, des jardins et de 400 livres de gages, le concierge du Palais prélevait chaque année sur les merciers, sous forme d'étrennes, la somme de 25 écus d'or et une bourse brodée. (Sauval, t. III, p. 275.)

Ce fut vers le mois de mars de l'année 1413 que Jean de Troyes remplaça Antoine des Essarts, écuyer, valet tranchant, garde de l'épargne et de la librairie du roi, enfin concierge du Palais depuis 1411 (*Arch. nat.*, X¹ᵃ 4789, fol. 410, r°), mais il ne resta en fonctions que quelques mois pour être remplacé à son tour par celui qu'il avait dépossédé, Antoine des Essarts.

« Pour lors », et jusqu'au moment où la fortune allait lui être contraire, « estoit concierge du Palays maistre Jehan de Troyes devant nommé, et là demeuroit; mais, après l'abandonnement, en mains de heure que on ne seroit allé de Sainct-Nicolas à Sainct-Laurens, l'ostel dudit de Troyes fut pillié et desnué de tous biens, ses serviteurs prins, menez en diverses prinsons.

« Le bonhomme soy sauva le mieulx qu'il pot, et tous les autres par tel party, c'est assavoir les enffens dudit de Troyes. . . . .
. . . .
et plusieurs autres, qui la bonne ville s'estoient avancez de garder à leur povoir; mais fortune leur fut si perverse à celle heure que, se ilz eussent esté trouvez, fut des gentilz ou du commun (2), ilz eussent esté tous despeciez, et si ne savoit on pourquoy, fors que on disoit qu'ilz estoient trop convoiteux. Or voy on, ajoute l'auteur, com peu de fiance partout, car le jour devant ilz eussent peu, s'ilz eussent voulu, faire assembler la ville de Paris en une place. Ainsi leur advint par fureur de prince, par murmure de peuple, et furent tous leurs biens mis en la main du roi ; ainsi fust. »

Jean de Troyes fut, avec deux autres échevins appartenant comme lui à la faction cabochienne, remplacé le 17 août 1413 (*Arch. nat.*, KK 1009, fol. 1, v°) par Pierre Oger ou Auger, notable bourgeois de Paris, Guillaume Cirasse, charpentier huchier, fort habile en son métier, et Jean Marcel.

Notre fougueux chirurgien mourut quelques années plus tard, avant la fin de 1424, comme le montre un procès relatif à la suces-

(1) Extrait du *Journal d'un bourgeois de Paris, de* 1405 *à* 1449. (Édit. Tuetey, Paris, 1881.)

(2) Manuscrit de Paris : « Trouvez par des gens du commun. »

sion de sa femme, Jeanne, morte en 1421 (*Arch. nat.*, X^1a^ 1480, fol. 302, v°; X^1a^ 4793, fol. 393; X^1a^ 4794, fol. 15, v°). Il laissa sept fils et sept filles. L'un de ses fils, Digne, devint notaire au Châtelet; le plus connu d'entre eux est Henri de Troyes, qui exerça la même profession que son père. En effet, il paraît en 1425, comme chirurgien-juré du Châtelet, dans un procès intenté par les chirurgiens de Paris à la corporation des barbiers (*Arch. nat.*, X^1a^ 64, fol. 164).

Quant aux filles de Jean de Troyes : Jeanne épousa successivement Guillaume Lommoy, procureur du roi au Châtelet, et Nicolas Chaon; Jacquette fut mariée à Nicolas l'Estoffé, qui prêta serment au duc de Bourgogne, le 26 août 1418; Jeannette fut femme de Collinet de Neuville, qui, bien que banni en 1413, devint plus tard receveur des aides et échevin; enfin Philippote convola avec un chevalier de renom, Morelet de Bethencourt. (*Arch. nat.*, X^1a^ 64, fol. 65, v°).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

371. M. VALENTINI. Des fractures de l'humérus dans les tentatives de réduction des luxations anciennes de l'épaule. — 372. M. BOUSSENOT. Du traitement des hernies irréductibles par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. — 373. M. CASTRO-JOBIM. Des tumeurs bénignes pendant la grossesse et de leur traitement. — 374. M. DOURLENS. Du retard dans la descente des testicules chez l'enfant. — 375. M. LAYLAVOIX. Des divers modes opératoires du phimosis. — 376. M. BAY. Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne. — 377. M. MARIHAND-ZARTARIAN. Du traitement des ulcères par le sous-carbonate de fer. — 378. M. MANTEY. Essai sur le traumatisme chez les albuminuriques. — 379. M. CHESSANTAIS. De l'épithéliome calcifié des glandes sébacées. — 380. M. COUTURIER. Des sensations colorées. — 381. M. ANCELIN. Considérations sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice. — 382 M. HERVÉOU. Essai sur les bains de mer, leurs indications chez les enfants. — 383. M. VASSILESCO. Étude sur quelques-uns des signes stéthoscopiques de la pleurésie. — 384. M. MORLOT (Ferdinand). Contribution à l'étude de l'atrophie du testicule. — 385. M. SALVY. De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneumonie parvenue au troisième degré. — 386. M. TURC. Étude historique et critique du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. — 387. M. FORGERONT (Georges). Des dilatations ampullaires de la veine saphène à son embouchure. — 388. M. DELSOL. De la cautérisation ignée dans quelques affections de la cornée. — 389. M. NÈBLE. Considérations sur les causes, le siège et la classification des coxalgies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Journal officiel* du 21 août publie un rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts au président de la République relatif au traitement des chargés de cours qui occupent dans les Facultés des chaires magistrales.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. le président de la République a rendu le décret suivant :

ARTICLE PREMIER. — Le traitement des chargés de cours qui occupent, à titre provisoire, dans les Facultés, une chaire magistrale, est fixé à Paris à 7,500 francs, dans les départements à 5,500 francs.

ART. 2. — Lorsqu'un professeur est autorisé à se faire suppléer, le suppléant reçoit, sur le traitement brut du titulaire, un traitement égal à celui d'un chargé de cours.

ART. 3. — Le chargé de cours ou le suppléant qui occupe dans la Faculté un ou plusieurs autres emplois ne peut, par des traitements cumulés, dépasser le traitement minimum d'un professeur titulaire.

S'il y a excédent, il sera fait sur le ou les traitements qu'il cumule avec celui de suppléant ou de chargé de cours, une réduction dont le montant sera réparti à titre d'indemnités extraordinaires entre les fonctionnaires qui l'auront remplacé dans les travaux qui lui incombaient en dehors des fonctions de suppléant ou de chargé de cours.

Ces dispositions s'appliquent également aux chargés de cours supplémentaires.

ART. 4. — Le chargé du cours ou le suppléant qui avait dans l'enseignement secondaire un traitement fixe soumis à retenue supérieur à celui qui, dans la Faculté, lui est régulièrement acquis, reçoit une indemnité supplémentaire, soumise à retenue, qui lui assure un traitement égal à celui dont il jouissait dans l'enseignement secondaire.

ART. 5. — La même indemnité compensatrice est assurée, s'il y a lieu, au professeur de l'enseignement secondaire qui devient titulaire de l'enseignement supérieur.

ART. 6. — Ne bénéficient pas forcément des dispositions des articles 1er, 4, 5, les professeurs, les suppléants et les chargés de cours qui cumulent plusieurs fonctions rétribuées par l'État.

ART. 7. — Le professeur titulaire peut se faire suppléer aux examens en abandonnant sur son traitement une somme égale à la moitié du traitement d'un chargé de cours. Cette somme est attribuée, à titre d'indemnité extraordinaire, à son suppléant.

Ce mode de suppléance ne peut être autorisé que pour une année entière et après délibération spéciale de la Faculté, approuvant, en principe, la suppléance et le choix du candidat, qui est présenté à la nomination du ministre.

ART. 8. — La suppléance pour le cours, le titulaire gardant le service des examens, peut avoir lieu dans les mêmes conditions.

L'indemnité, non soumise à retenue, attribuée au suppléant par l'article 7, lui est acquise intégralement, quelle que soit la durée du cours.

ART. 9. — Le droit de se faire suppléer partiellement, comme il est dit aux articles 7 et 8, ne peut être accordé, chaque année, qu'à un sixième des professeurs titulaires dans une même Faculté, et quand il est démontré que le service de la Faculté ne sera pas compromis par cette mesure.

Dans les Facultés de médecine, les suppléants pour les examens peuvent être pris parmi les agrégés libres.

ART. 10. — Le présent décret, dont les dispositions ne sont pas applicables aux Facultés de théologie, est exécutoire à partir du 1er novembre 1881.

ART. 11. — L'article 6 du décret du 14 janvier 1876 est et demeure abrogé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, pendant l'année scolaire 1881-1882.

MM. Jarjavay et Brun sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris pour une période de quatre années, en remplacement de MM. Campenon et Kirmisson.

— *École pratique.* — Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont autorisés à faire, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant le premier semestre de l'année 1881-1882, les cours libres ci-après désignés :

MM. Chéron (gynécologie). — Cuffer (pathologie interne). — De Sinéty (gynécologie). — Du Castel (pathologie interne). — François Franck (physiologie pathologique de la circulation du sang). — Galezowski (maladies des yeux). — Gellé (otologie). — Kirmisson (pathologie chirurgicale). — Le Noir (médecine opératoire). — Mallez (maladies de la vessie, de l'urèthre et des reins. — Reliquet (maladies des voies urinaires). — Hanot (pathologie interne).

— *École de médecine de Caen.* — M. Boutroux, maître de conférences à la Faculté de médecine de Caen, est délégué, pendant un an, à dater du 1er novembre 1881, dans les fonctions de suppléant des chaires de chimie, toxicologie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

— M. le docteur Alfred Guède (de Chaville) est nommé officier d'académie.

— La nouvelle École supérieure de pharmacie, élevée, comme on le sait, sur les terrains de l'ancienne pépinière du Luxembourg, entre les rues d'Assas, Michelet, de l'Abbé de l'Épée, et l'avenue de l'Observatoire, sera inaugurée officiellement le 5 novembre prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les transpositions viscérales, par le docteur Vallienne. In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à la pathologie de l'enfance, par le docteur Charon. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte et 5 planches.— Paris : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie, par Mlle Skwortzoff, docteur en médecine, etc. In-8°, avec figures dans le texte et 2 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur les kystes du larynx, par le docteur Moure. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des varices pendant la grossesse et l'accouchement, par le docteur Cazin. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de l'orchite traumatique, par le docteur Coutan. In-6°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse, par le docteur Stackler. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais), par le docteur Ridel-Saillard. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des lésions syphilitiques du rachis, par le docteur Levot. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie, par le docteur J.-M. Charcot, recueillies par E. Brissaud. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Maladies de l'estomac et des intestins, par le docteur Planchet. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Exophthalmos pulsatile de l'orbite guéri par l'électro-puncture, par le docteur G. Martin. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière, par le docteur Ferrand. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du décollement rétinien et de son traitement, par le docteur Debierre. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11607.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

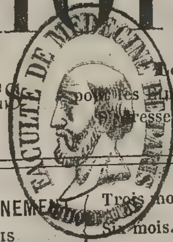
Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bien que l'Académie s'obstine à ne pas prendre de vacances, le fait est que le mois de septembre n'y compte plus en réalité.

On l'a bien vu quand M. Jules Guérin annonça que, dans la séance du 7 septembre, il ferait un discours où il mettrait à profit toutes les communications reçues depuis plusieurs années par l'Académie de médecine relativement à la vaccination animale. Ce devait être la suite d'une grande discussion actuellement ouverte et qui continue à figurer à l'ordre du jour de chaque séance. Mais, de tous les Académiciens que cette question intéresse, il ne serait plus resté personne, ou à peu près, une fois le mois de septembre commencé. Aussi M. Jules Guérin, sur la demande de M. Depaul, a-t-il dû reculer d'un mois la date qu'il avait fixée d'abord.

M. Charles Richet a lu, sur le tétanos électrique, un travail vraiment excellent. Il y a montré qu'il possède à un degré rare les grandes qualités sans lesquelles on n'arrive à rien de considérable en physiologie expérimentale : l'étendue d'esprit, la sûreté de vues, la netteté d'intelligence et l'intuition précise des points par lesquels il faut aborder les problèmes pour arriver à les résoudre et des expériences décisives qui écarteront les difficultés ou devront servir de contre-épreuves.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Abcès périnéphrétique, néphrotomie. — II. Tumeur ganglionnaire intra-parotidienne.

I. Nous avons fait, mardi dernier, chez une de nos malades, une néphrotomie; je dis « néphrotomie », parce que, au lieu d'un simple abcès périnéphrétique, comme je l'avais pensé, j'ai dû faire une entaille dans le rein. J'ai fait une incision parallèle au bord présumé du muscle carré des lombes, et, après avoir traversé la peau et l'aponévrose, ainsi que les trois plans musculaires sous-jacents, jusqu'à l'aponévrose du muscle transverse, que j'ai trouvée très-résistante, j'ai pratiqué une ponction exploratrice avec le trocart, afin de m'assurer si j'étais bien sur une collection purulente.

Je suis tombé parfaitement sur le foyer, et il est sorti un peu de pus, ce que voyant, j'ai introduit une sonde cannelée dans l'ouverture faite par le trocart pour guider mon bistouri dans l'incision à pratiquer et donner issue au pus. Il s'est écoulé un pus mal lié, à la fois séro-purulent et floconneux, en grande abondance, mais qui ne sentait pas l'urine. Afin de me rendre compte de l'état du rein, j'ai écarté les tissus avec le doigt; si j'ai pu constater alors que l'abcès que je venais d'ouvrir était bien une collection périnéphrétique, cependant j'ai senti aussi sur l'organe rénal une partie dure, saillante, formant comme une pointe. J'en ai déchiré l'enveloppe avec l'ongle, et j'ai reconnu la présence d'un calcul situé dans une loge de la région corticale. Après avoir agrandi avec le doigt l'ouverture, j'ai fait l'extraction du calcul. Mais à peine celui-ci était-il retiré que j'en découvrais un second logé dans le bassinet. J'ai pu m'assurer ensuite qu'il n'en existait pas d'autre.

M. Pozzi, qui assistait à l'opération et que j'ai prié d'examiner l'état du rein, a bien cru sentir comme moi que nous étions bien dans le bassinet. Cependant nous n'avons pas trouvé de sang dans les urines, ce qui semblerait indiquer que la tumeur n'avait pas de communication directe avec le rein, et que nous nous serions plutôt trouvés dans quelque loge anfractueuse simulant le bassinet. Quoi qu'il en soit, la prudence nous défendait d'aller plus loin et de prolonger notre exploration.

C'est donc bien une néphrotomie que nous avons pratiquée pour un abcès périnéphrétique, dont le point de départ a été la chute que cette femme a faite sur la région malade, il y a une quinzaine de mois, chute à la suite de laquelle elle a éprouvé presque aussitôt des douleurs extrêmement vives. Cette chute, chez une femme qui avait souffert plusieurs années auparavant dans la même région, a été la cause déterminante de l'abcès.

L'opération terminée, nous avons placé dans la plaie un tube assez gros pour faciliter l'écoulement du pus, nous avons fait une injection phéniquée, et nous avons constaté peu après que les urines avaient pris une teinte brune très-prononcée, soit par l'action directe de l'acide phénique dans l'intérieur du rein, soit indirectement par voie d'absorption, comme cela arrive presque toujours à la suite d'un simple pansement phéniqué.

Jusqu'à ce jour les suites ne nous ont rien montré de par-

ticulier; il n'y a pas eu de fièvre, pas de vomissements; la température est de 38 degrés le soir et de 37°,2 le matin, mais la malade n'a pas d'appétit, seul symptôme défavorable.

Quant aux deux calculs, il ont été examinés, et leur composition dénote surtout la présence de l'oxalate de chaux, du phosphate de chaux en petite quantité et de quelques traces d'acide urique.

II. Nous allons opérer tout à l'heure une femme d'une quarantaine d'années qui est entrée dans le service il y a huit jours environ pour une tumeur de la région parotidienne.

Cette femme, en dehors de sa tumeur, dont elle ne souffre pas du reste, est très-bien portante, et, pour une femme du peuple, elle est très-avenante; elle se tient bien, et, ce qui est surtout à remarquer, sa bouche est en parfait état. Elle nous raconte qu'elle s'est aperçue pour la première fois, il y a quatre ans, qu'il lui était venu derrière l'angle de la mâchoire une petite tumeur du volume d'un noyau de cerise ou d'un gros pois, et mobile.

A cette époque, elle souffrait, depuis quelque temps déjà, de trois dents molaires cariées, toutes situées à la mâchoire inférieure; elle les fit d'abord plomber, puis, un peu plus tard, les douleurs dentaires persistant, elle se décida à les faire enlever.

Néanmoins cette tumeur a continué à se développer, et aujourd'hui elle affecte le volume d'un œuf de pigeon. Cependant elle n'est pas douloureuse, et si, après avoir appliqué en vain, pour la faire disparaître, un certain nombre de pommades, elle est venue nous consulter à ce sujet et nous demander de l'en débarrasser, c'est d'abord parce que cette tumeur la défigure, ensuite par la peur qu'elle ne continue à se développer.

Cette tumeur est ovalaire; elle est située derrière l'angle de la mâchoire, qu'elle déborde en bas, tandis qu'en haut elle s'élève jusqu'à quelques millimètres au-dessous du lobule de l'oreille. Elle paraît logée sous l'aponévrose de la parotide et dans l'intérieur même de cette glande. Elle est régulière, d'une consistance homogène dans toute son étendue, élastique, non fluctuante, enfin à peine douloureuse à la pression. C'est donc à une tumeur solide que nous avons affaire.

Parmi les tumeurs de cette nature que l'on trouve dans cette région, les unes appartiennent à la parotide elle-même, les autres en sont indépendantes. Les premières sont : le sarcome, le chondrome et l'hypertrophie avec dégénérescence graisseuse.

Serait-ce chez notre malade une tumeur sarcomateuse? Non, par ces motifs que le sarcome est toujours diffus, que son évolution est beaucoup plus rapide, enfin qu'il donne lieu à des douleurs plus ou moins vives, tous symptômes qui n'existent pas ici. Quant à un chondrome, je ne le crois pas davantage, parce qu'il se développe toujours beaucoup plus près du lobule de l'oreille, dans le voisinage de la conque auriculaire, tandis qu'ici la tumeur s'est montrée derrière et au niveau de l'angle de la mâchoire. Ce n'est pas non plus un chondrome, parce que celui-ci est ordinairement lobulé, qu'il n'est pas homogène et que sa consistance varie d'un point à un autre, caractères que nous ne rencontrons pas sur la tumeur de notre malade. Enfin ce n'est pas une hypertrophie glandulaire parotidienne, parce que celle-ci est toujours diffuse comme le sarcome, avec lequel il est souvent difficile de la distinguer.

Ces différentes maladies étant écartées, il nous reste à chercher la nature de notre tumeur dans celles qui sont indépendantes de la parotide. C'est bien, en effet, ce que nous avons ici, c'est-à-dire une maladie de l'un des ganglions lymphatiques contenus dans la région parotidienne, ganglion lymphatique intra-parotidien hypertrophié, caractérisé par sa forme arrondie, sa souplesse, son homogénéité et sa consistance.

Cette affection est fréquente; elle est généralement le résultat d'une irritation des radicules lymphatiques, qui transmettent aux ganglions auxquels ils aboutissent les produits morbides. Cette irritation peut avoir pour point de départ le cuir chevelu, les yeux, ce qui n'est pas le cas ici, non plus que les oreilles, bien qu'autrefois, chez cette femme, une boucle d'oreille ait donné lieu à une petite inflammation de courte durée; elle peut aussi avoir pour origine quelque affection dentaire. C'est là une cause importante, et la cause véritable chez notre malade, si nous nous rappelons les dents molaires inférieures cariées, dont elle a souffert pendant plusieurs années, au point d'être obligée de les faire arracher.

Dans ces conditions, la tumeur ganglionnaire intra-parotidienne est une maladie bénigne, et l'opération qu'elle réclame n'est nullement dangereuse, surtout depuis que nous employons les pansements antiseptiques, qui nous mettent presque à l'abri d'accidents sérieux.

Nous n'opérerons pas cependant avec le thermocautère, d'abord parce que, dans la région où il faudrait l'employer, la cicatrice serait beaucoup trop apparente, de plus parce qu'il ne nous garantit pas suffisamment contre les érysipèles graves. En effet, la jeune femme que nous avons opérée dernièrement, d'hémorroïdes uréthrales, avec le thermocautère, a été atteinte, à la suite de l'opération, d'un érysipèle des plus graves, tandis que, le même jour, la malade que nous opérions avec le bistouri d'une fistule à l'anus, au lit d'en face, n'avait qu'un érysipèle sans importance.

Nous allons donc faire une incision verticale avec le bistouri, et, après avoir accroché la tumeur avec une érigne, nous tâcherons de l'énucléer, soit avec le manche du bistouri, soit avec le doigt.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

Du quinquina et du sulfate de quinine.

Nous avons eu, depuis quelque temps, un assez grand nombre de jeunes sujets atteints de fièvre intermittente, aiguë ou chronique, récente ou ancienne, cachectique ou non cachectique, se présentant enfin avec des phénomènes très-différents. C'est à cette occasion que je vous parlerai aujourd'hui du quinquina et du sulfate de quinine.

Je ne vous ferai pas l'historique du quinquina, la chose est inutile; je me bornerai à vous dire que nous connaissons trois espèces de quinquina : le jaune, le gris et le rouge. Le quinquina rouge est généralement réservé aux usages externes, tandis que les quinquinas jaune et gris s'emploient intérieurement.

Les préparations pour l'usage interne sont : la poudre, avec laquelle Louis XIV fut guéri par Talbot; l'extrait mou; la teinture alcoolique; les vins de quinquina au malaga et au bordeaux; le vin de quinium à l'extrait alcoolique de quinquina titré, que l'on emploie surtout contre les vieilles

fièvres intermittentes; le sirop de quinquina, auquel on a fréquemment recours chez les enfants.

Les préparations pour usages externes sont la macération, la décoction, et aussi la poudre de quinquina.

Intérieurement, on ordonne rarement la poudre chez les enfants; cependant on l'administre quelquefois, à partir de l'âge de quatre ou cinq ans, à la dose de 2 à 3 grammes par jour, dans du café noir. Pour moi, je préfère l'extrait mou à la dose de 1 à 2 grammes par jour chez l'enfant âgé de plus de deux ans. Avant cet âge, l'extrait mou, même à la dose de 1 gramme seulement et dans une potion, ne vaut rien; il produit de la dyspepsie et fait que l'enfant digère mal ses aliments. Il en est de même du vin de quinquina; à peine le sirop lui-même peut-il être donné, alors que l'enfant est encore soumis à l'allaitement. Au contraire, après deux ans, le vin de quinquina est un très-bon médicament, mais à la condition de savoir l'ordonner.

En effet, nous avons souvent à la consultation des petites filles pâles, anémiques, auxquelles on a prescrit du vin de quinquina, du fer, du phosphate de chaux, etc., et chez lesquelles la médication a fait plus de mal que de bien. Les premiers jours, il est certain qu'une cuillerée à dessert de vin de quinquina avant le repas, comme on l'ordonne le plus souvent, produira de l'excitation, plus d'appétit, plus de ton; mais ces phénomènes ne sont que passagers, et bientôt vous verrez l'appétit se perdre, des maux de tête survenir, la petite fille devenir nerveuse, etc. Pourquoi une amélioration d'aussi courte durée, plus apparente que réelle? Par l'oubli d'une toute petite précaution, celle de faire couper d'un peu d'eau votre vin de quinquina.

La préparation ainsi diluée, et administrée aussitôt avant le repas, n'aura plus aucun inconvénient. Cependant, si, malgré l'addition d'une petite quantité d'eau, il survient encore de la dyspepsie et de la céphalalgie, s'il survient de la constipation, suspendez l'emploi du quinquina pendant quelque temps.

L'addition d'eau au vin de quinquina est, je n'exagère pas, un fait énorme, que je vous recommande vivement, ainsi que la suppression de l'emploi de ce médicament dès que vous trouverez quelque susceptibilité de l'organisme. Ce que je viens de dire du vin de quinquina s'applique également au vin de quinium.

Le sirop de quinquina n'est pas un médicament banal, c'est un tonique que vous pourrez commencer à donner à l'enfant dès l'âge de quinze mois.

La teinture alcoolique de quinquina peut être prescrite après deux ans; on l'associe avantageusement aux préparations amères pour faire une sorte de bitter.

L'action du quinquina sur le tube digestif est complexe : convenablement administré, il donne du ton, de l'appétit et aussi un peu de constipation; mal donné, il provoque la dyspepsie. Ses effets sur la circulation sont d'imprimer au pouls une impulsion plus forte, de le rendre plus plein, plus régulier, en même temps que les globules sanguins sont plus nourris. Sur le système nerveux, l'influence du quinquina est également complexe, favorable lorsque ce médicament est sagement prescrit; il ne produit que de mauvais résultats s'il n'est pas ordonné avec les précautions que nous avons indiquées, et provoque des troubles et des vertiges stomacaux, une certaine susceptibilité de caractère, etc. Le quinquina a encore la propriété de diminuer la sécrétion urinaire, aussi est-il contre-indiqué dans tous les cas où les urines sont rares.

Quant à la quinine, le sulfate est la seule préparation que j'emploie, et je me méfie quelque peu des autres combinaisons. M. Potain recommande le lactate de quinine, mais je ne connais pas encore suffisamment ce médicament.

Le sulfate de quinine se donne, chez l'enfant, en poudre, dans du café noir, ou, si le sujet est déjà un peu grand, dans une hostie; mais son amertume est telle que je préfère le faire prendre en petites pilules argentées de 1 centigramme chacune, cachées dans de la confiture. Et, afin de mieux tromper la défiance de l'enfant, toujours en éveil, on commencera par lui donner une première cuillerée de confiture sans pilule, et ce n'est que dans la seconde cuillerée que l'on glisse les pilules. Dans le cas où l'enfant, venant à croquer celles-ci, rejette le tout par suite de l'amertume qu'il ressent, on donnera alors le sulfate de quinine en solution, soit en lavement, soit, ce qui vaut mieux, par la bouche. Dans ce dernier cas, on l'additionne d'un peu d'opium, afin d'éviter les pincements d'estomac auxquels il pourrait donner lieu, et d'en faciliter la tolérance. Je ne crains nullement, quoi qu'on en ait dit, que l'opium contrarie l'action du sulfate de quinine, et l'expérience m'a démontré le contraire.

Quoi qu'il en soit, j'ordonne l'administration du médicament avant le repas. Autrefois je le donnais à jeun; mais l'expérience, cette fois encore, m'a prouvé qu'il était préférable de le prendre au moment même de se mettre à table.

Lorsque l'on prescrit le sulfate de quinine par les voies inférieures, — et les lavements réussissent bien aussi chez les enfants, — je force un peu la dose que, dans les mêmes circonstances morbides, j'ordonnerais à prendre par la bouche, et je lui associe aussi l'opium sous la forme d'une goutte de laudanum, afin d'amener la tolérance de l'intestin et d'éviter des contractions intestinales douloureuses.

Si maintenant nous passons aux usages externes du sulfate de quinine, nous dirons qu'il ne s'emploie guère en frictions ou en onctions, si ce n'est chez les enfants âgés de moins de deux ans, où il agit encore fructueusement. Mais, passé cet âge, je ne fais plus faire de frictions, car celles-ci sont, ou de nul effet, ou d'une action extrêmement lente et douteuse.

J'ai fait à ce sujet des expériences nombreuses, recherchant dans les urines la présence du médicament, et voici les résultats qu'elles m'ont donnés. Si vous faites sous l'aisselle des onctions avec une pommade composée de :

Axonge	10 grammes.
Sulfate de quinine	10 grammes.

jusqu'au surlendemain vous ne trouverez aucune trace de quinine dans les urines, et ce n'est que le troisième jour qu'il commencera à s'y montrer, prouvant ainsi combien son absorption est lente par la peau. Je parle, bien entendu, d'enfants ayant dépassé deux ans; au-dessous de cet âge, le sulfate de quinine passe mieux, et son absorption est un peu plus rapide.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1881. — Présidence de M. Legouest.

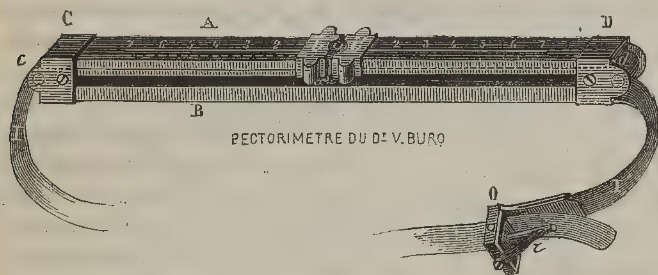
CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de remerciements de plusieurs lauréats de l'Académie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BURQ présente à l'Académie deux nouveaux instruments. Le premier est un modèle perfectionné du pulmomètre dont la *Gazette des hôpitaux* a déjà rendu compte. Les perfectionnements ont eu pour but de donner à cet instrument la sensibilité et la fidélité d'une balance dans les diverses opérations, spirométrie, pulmodynamométrie et gymnastique pulmonaire, qu'il comporte.

Le deuxième est un pectorimètre ou thoracomètre enregistreur, destiné à fournir un contrôle à la spirométrie, contrôle indispensable, suivant l'auteur, quel que soit l'instrument avec lequel on y procède.



L'instrument est une mesure circonférencielle élastique, composée, partie d'une double courroie en cuir souple I, I', divisée en centimètres, articulée sur un frein automoteur en O, et partie d'une règle rigide creuse, divisée en millimètres, formée de deux tubes A, B, séparés par un interstice. En regard de A cheminent en sens inverse deux index *i*, *i'*, commandés par un curseur intérieur *x* mis en tension au moyen d'une bande en caoutchouc contenue dans B, d'où elle se réfléchit dans A sur un tourillon C.

Les index ayant été mis sur zéro (milieu de la règle) pendant que la poitrine est au repos, au moyen d'une tension convenable de I et I', lorsque le sujet se met à respirer, *i'* se porte à droite vers D dans le premier temps (l'inspiration), et *i* à gauche vers C dans le deuxième, et finalement l'écart entre les deux index donne la mesure précise dont s'est successivement agrandi et rétréci le thorax dans le sens antéro-postérieur.

La règle s'applique de préférence en arrière de la poitrine. Cela permet de surveiller la saillie des omoplates que l'on évite en faisant porter bien en avant les bras écartés du tronc, et de tracer au besoin, avec le crayon dermographique, des points de repère pour être certain d'opérer ultérieurement sur les mêmes points.

ÉLECTIONS

Sont nommés membres des commissions de prix pour 1881 :

Prix de l'Académie. — MM. Guyon, Bouley, J. Guérin, A. Guérin, Polaillon.

Prix Portal. — MM. Depaul, Tarnier, Bernutz, Bourdon, Lancereaux.

Prix Civrieux. — MM. Charcot, Briquet, Hérard, Vulpian, Hardy.

Prix Capuron. — MM. Pidoux, Oulmont, C. Paul, Guéniot, Blot.

Prix Barbier. — MM. Robin, Barthez, Hervieux, Fauvel, Gueneau de Mussy (Henri).

Prix Godard. — MM. Richet, Verneuil, Panas, L. Le Fort, J. Rochard.

Prix Desportes. — MM. Gueneau de Mussy (Noël), Besnier, Marrotte, Peter, Dujardin-Beaumetz.

Prix Buignet. — MM. Bouchardat, Gavarret, Caventou, Jungfleisch, J. Lefort.

Prix Daudet. — MM. Sée (Marc), Legouest, Larrey, Sappey, Duplay.

Prix Amussat. — MM. Marjolin, Trélat, Cusco, Perrin, Devilliers.

Prix Lefèvre. — MM. Leroy de Méricourt, Empis, Dechambre, Chéreau, Parrot.

Prix d'Argenteuil. — MM. Gosselin, Ricord, Fournier, L. Labbé, Tillaux.

Prix Alfaro. — MM. Baillarger, Blanche, Brouardel, Lasègue, Luys.

Prix Saint-Paul. — MM. G. Sée, Roger, Woillez, Bergeron, Jaccoud.

COMMUNICATIONS

Des causes de la mort dans le tétanos électrique. — M. CH. RICHET expose un très-grand nombre d'expériences sur les résultats desquelles il base les propositions suivantes :

1° On peut, par des excitations électriques fortes et répétées, provoquer chez des animaux, lapins et chiens, un tétanos comparable par ses effets au tétanos pathologique. L'étude analytique des causes de la mort qui survient alors permet de connaître les causes de la mort dans le tétanos traumatique.

2° En général, les lapins meurent par asphyxie et les chiens par hyperthermie.

3° Chez les lapins, les excitations électriques fortes contracturent le thorax et empêchent la respiration de se faire. Aussi la respiration artificielle prévient-elle la mort par électrisation générale.

4° La mort par asphyxie dans le tétanos survient beaucoup plus vite que la mort par asphyxie après oblitération de la trachée. L'oblitération de la trachée ne tue guère qu'en trois ou quatre minutes ; mais si, pendant ce temps, on électrise fortement l'animal, la mort survient en une minute environ, ce qui tient à l'absorption considérable d'oxygène et à la production exagérée d'acide carbonique dans le tétanos musculaire généralisé.

5° L'électrisation prolongée épuise les muscles du lapin, de telle sorte que la contracture du thorax cesse ; la respiration spontanée peut alors recommencer pendant le passage même des courants électriques. Les animaux ainsi épuisés ne peuvent être tués par la strychnine, au moins si l'on continue l'électrisation. Un repos de quelques secondes permet aux courants électriques de redevenir efficaces.

6° Chez les chiens, les courants employés n'étant pas assez forts pour arrêter la respiration, la mort est due à l'augmentation de la température. La marche ascendante du thermomètre est extrêmement rapide : soit, dans quelques cas, de trois dixièmes de degré par minute, si bien qu'au bout d'une demi-heure de tétanos, la température mortelle (de 44 à 45 degrés) est atteinte.

7° L'ascension thermique est due uniquement aux muscles et non au système nerveux. En effet, des chiens chloralisés sur lesquels il n'y a plus d'action réflexe présentent la même élévation de température, un peu moins rapide cependant.

8° C'est l'hyperthermie qui est la cause de la mort ; en effet, quand l'animal est refroidi artificiellement, il peut, pendant plus de deux heures, supporter des courants extrêmement forts, qui produisent un tétanos convulsif, sans mourir ni le jour même, ni les jours suivants.

9° La substance que produit la chaleur paraît résider dans le muscle lui même. Cette substance ne disparaît pas après une électrisation prolongée. Des chiens inanitiés depuis trois ou quatre jours ont une hyperthermie très-manifeste après l'électrisation.

10° La courbe de la température monte lentement d'abord, puis de plus en plus vite ; une fois que la température de 32°,5 environ est atteinte, l'ascension devient très-rapide.

11° La température immédiatement mortelle est d'environ 34°,5. Cependant j'ai pu observer 44,7 ; 44,8 ; 44,9 ; 45,2.

12° Si la température ne dépasse pas 43°,5, la mort ne survient ni le jour même ni les jours suivants ; mais, si l'on dépasse ce chiffre sans que la mort soit immédiate, elle survient au bout de vingt-quatre heures au plus. C'est évidemment aux abords de ce chiffre que se trouve la limite de température définitivement mortelle.

13° L'électrisation n'accélère pas la respiration ; c'est l'hyperthermie qui produit cet effet. La dyspnée thermique commence quand la température atteint 40°,8 environ. A partir de 44 degrés, la respiration est si fréquente qu'on a peine à la compter, et si peu ample qu'elle introduit peu d'air dans la poitrine.

14° Il est donc permis d'espérer qn'en remédiant soit à l'hyperthermie soit à l'asphyxie, on arrivera à expulser les conséquences mortelles du tétanos.

LECTURE

Inoculation du tubercule chez le singe. — M. KRISHABER. 1° Le tubercule de l'homme inoculé au singe a fait mourir les animaux sur lesquels MM. Krishaber et Dieulafoy ont expérimenté environ neuf fois sur dix, avec des lésions analogues à celle de l'espèce humaine.

2° Le degré de nocuité des inoculations a été variable selon la matière qui a servi à l'expérience. C'est la granulation tuberculeuse qui a paru le plus rapidement transmissible, tandis que le parenchyme pulmonaire a été moins infectant.

3° Il s'est trouvé deux individus réfractaires à l'inoculation, qui sur l'un d'eux a été plusieurs fois répétée.

4° Le tubercule inoculé a tué quatre fois plus de singes que la tuberculose spontanée.

DISCUSSION SUR LA VACCINE ANIMALE

M. HERVIEUX lit une lettre d'où il résulterait que M. Warlomont n'aurait pas changé d'opinion relativement à la vaccination animale, comme M. Jules Guérin l'avait supposé d'après une conversation qu'il avait eue à Londres avec ce médecin.

M. JULES GUÉRIN explique comment les termes de cette conversation prêtaient à l'interprétation qu'il en a donnée, et il annonce qu'il compte traiter à fond la question de la vaccination animale, d'après l'ensemble des documents envoyés à l'Académie depuis plusieurs années, dans la première séance de septembre. Sur la demande de M. Depaul, qui tient à assister à cette communication, il consent à la remettre au mois d'octobre.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert RENÉ,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

VI

Les étudiants devaient pratiquer la religion catholique, apostolique et romaine, et prêter serment au recteur. Ils devaient assister à la messe solennelle célébrée tous les ans au collège le jour de la fête de Saint-Nicolas. Ils étaient tenus de faire tous les ans leurs pâques à la paroisse dans laquelle ils demeuraient. Les vacances duraient depuis la veille de la Saint-Thomas jusqu'au lendemain de l'apparition de Notre-Seigneur, et, depuis la veille des Rameaux, jusqu'au lendemain de la Quasimodo, depuis la veille de la Pentecôte jusqu'au mercredi suivant. Quant aux grandes vacances, elles duraient de la veille de la Nativité jusqu'à la fête de saint Luc inclusivement. De plus les étudiants étaient exempts de salle le jour de l'enterrement d'un professeur, ou d'un docteur, ou d'un bachelier, ou même d'un étudiant sans grade pourvu qu'il eût été inscrit sur le matricule de la Faculté. Mais, à propos de vacances, les étudiants avaient introduit un trop grand nombre de féries et vacations pendant le cours de l'année. « Ce désordre est parvenu à un tel excès, dit un arrêt de la Cour, que ces vacances se renouvellent presque de mois en mois, en ce que, rentrés le premier lundi après la Saint-Martin, les écoliers commencent à prendre congé le dimanche qui précède les fêtes de Noël jusqu'au lundi d'après les Rois; ils recommencent leurs vacations le jeudi qui précède le mercredi des cendres et ne rentrent que le premier lundi de Carême; cela est suivi de la quinzaine de Pâques dont les vacations touchent de près celles des Rogations, après les trois jours desquelles les écoliers ne rentrent que le lundi suivant, pour prendre enfin leurs dernières vacances au jour de la Madeleine, lesquelles durent près de quatre mois... sans compter les jeudis et jours de fête... » La Cour jugea à propos de limiter ces vacances comme il suit : du 1er septembre à la Saint-Martin; du jeudi qui précède le mercredi des Cendres jusqu'au lendemain dudit mercredi, et du samedi, veille des Rameaux, au lundi de Quasimodo.

Les réceptions aux examens se faisaient toujours avec une grande pompe; il arrivait souvent qu'on les annonçait la veille dans les rues au son des trompettes ou par des affiches imprimées en latin. Dans ce cérémonial très-étendu, ce que l'on remarque surtout, c'est le soin avec lequel les Jésuites entretenaient le *decorum* dû à la science. Les formules des diplômes en font foi. Nous lisons dans le diplôme de bachelier en médecine :

« Cum nobis exploratum esset Magistrum Dominum N. Diocesis N. adeo morum probitate eruditioneque variâ et famâ laudabili commendatum et illustratum in Medicinæ studio progressus fecisse non mediocres in nostrâ Academiâ, ipsi permisimus ut suæ eruditionis specimen præberet tùm in examine tùm in disputationibus publicis quibus ritè impletis eâ de causâ dignum esse judicavimus qui publico elogio perpetuam diligentiæ suæ testificationem continente omnibus commendetur..... »

Dans le diplôme de licencié en médecine :

« Interest Reipublicæ neminem ad exercitationem Medicinæ accedere qui non antea præceptis theoricæ ejus partis nec non practicæ serio sit informatus et omnes qui in iis perdiscendis studium et operam gnaviter posuerint publicè laudari, prædicari, et honorum omnis generis titulis privilegiisque decorari quo cæteri artis longitudinem cum magnâ difficultate conjunctam alacriori animo superare contendant.

« His de causis, nostri officii esse duximus testari ex animo præstantissimum magistrum Dominum N. Diocesis N. omni severitate omnique diligentiâ primum à nobis accurato et solemni probatum examine ac declaratum in facultate nostrâ Baccalaureum ejus munus quâ disputando quâ respondendo cum magnâ egregii ingenii singularisque eruditionis laude perfunctum expleto tandem secundum statuta et leges nostræ Universitatis studii Medici cursu legitimo cum nos ut ad licentiæ honorem promoveretur postulasset eum... recepisse..... »

Dans le diplôme de docteur en médecine :

« Cùm vitæ morum probitas, eruditio varia, famaque laudabilis Magistri Domini N. Diocesis N. Medicinæ Licentiati nobis comperta sint nec non ejus doctrina et peritia quibus baccalaureatûs gradum atque medicinæ hic et ubique terrarum licentiam à nobis meritus est obtinere ipse ad cumulum gloriæ et ad lauream Apollinarem consequendam intentus ut magna præmia magnis laboribus debita adipisceretur, continuâ studiorum serie exercitus et doctrinam multis examinibus probavimus; quâ ratione factum est ut idoneus sit habitus qui Doctoratus laureâ insigniretur..... doctorem creamus ac declaramus atque creato ac declarato facultatem et licentiam denuo tribuimus docendæ et exercendæ medicinæ hic et ubique terrarum epomidem coccineam seu doctoratûs insignia gestandi... »

N'oublions pas non plus la belle formule par laquelle la Faculté convoquait dans ses comices ceux qui, se fiant à la solidité de leurs études, aspiraient au professorat, « récompense de la vertu et de l'érudition ». Voici l'annonce d'un concours annoncé dans les formes suivies à Pont-à-Mousson : « Vacat cathedra professoris regii in Facultate medicâ..... Doctores qui suorum studiorum fiduciâ et medicinæ peritiâ freti ambire volunt sistant se in comitiis dictæ Facultatis die....., ut super materiis ex theoriâ et praxi sortito ducendis, eruditionis suæ periculum postea facient publicis disputationibus et prælectionibus..... Ex his demum peractis ei cathedra vacans assignatur qui meritis æstimatus fuerit præcellere. »

Pour le droit, plus encore que pour la médecine, la formule de la licence était pleine de grandeur, et celle du doctorat était comme un chant de triomphe qui célébrait dans un haut langage les victoires pacifiques du travail.

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 août 1881.

La formule du serment des nouveaux docteurs en médecine était la suivante :

I. Juras, quod præceptores et doctores seniores veneraberis et ita cum illis vives et Medicinam facies ut eos præceptorum loco habeas et huic Universitati Pontimussanæ honores deferes.

II. Juras, quod abortivum et conceptum impediens aut sterilitatem inducens, pharmacum non exhibebis nec in eâ re consilium dabis.

III. Juras, quod Medicinam candidè et sincerè ergà omnes, non odio, non invidiâ motus, exercebis.

IV. Juras, quod pauperibus medicinam gratis facies, quoad commodè fieri poterit, et ægrotos aut eorum domesticos *ad medicum animarum exhibendum* exhortaberis.

V. Juras, quod venena nemini propinabis nec consilium dabis.

VI. Juras, quod nihil unquam adversus fidem Catholicam, Apostolicam, Romanam molieris.

Outre les réjouissances qui accompagnaient la collation des grades, les étudiants conviaient les bourgeois à de nombreuses fêtes littéraires, représentations théâtrales (parmi lesquelles il faut citer une tragédie remarquable, l'*Histoire tragique de la pucelle d'Orléans*, par Fronton du Duc), réceptions des grands personnages que l'on allait attendre, en grande cérémonie, aux portes de la ville, etc.

Enfin, à des époques déterminées, se faisait périodiquement la *Procession du recteur*, dans laquelle apparaissait tout le personnel de l'Université, en grande pompe, et surtout dans un ordre hiérarchique minutieusement réglé par une ordonnance, afin d'éviter toute discussion, toute contestation, tout conflit de préséance. Voici l'ordre dans lequel se faisait le défilé :

1° La croix, suivie des escoliers de sixième ayant à leur tête leur régent, ce qui se fera pour chaque classe.
2° Les escoliers de cinquième.
3° Les escoliers de quatrième.

Un chœur de musiciens.

4° Les escoliers de troisième.
5° Les escoliers de seconde.
6° Les rhétoriciens.
7° Les étudiants en philosophie.
8° Les bacheliers en philosophie.
9° Les maîtres ès arts.
10° Les étudiants en médecine.
11° Les étudiants en droit.
12° Les étudiants en théologie.
13° Les bacheliers en médecine.
14° Les bacheliers en droit.
15° Les bacheliers en théologie.
16° Les professeurs de philosophie.
17° Les ecclésiastiques avec les religieux.

Un deuxième chœur de musiciens.

18° Les bedeaux de médecine.
19° Les licenciés en médecine.
20° Les docteurs en médecine non professeurs.
21° Les docteurs en médecine professeurs.
22° Le doyen de la Faculté de médecine.
23° Les bedeaux de droit.
24° Les licenciés en droit.
25° Les docteurs en droit non professeurs.
26° Les docteurs en droit professeurs.
27° Le doyen de la Faculté de droit.
28° Les bedeaux de théologie.
29° Les licenciés en théologie.
30° Les professeurs de théologie non docteurs en théologie.
31° Les docteurs en théologie.
32° Le doyen de la Faculté de théologie.
33° Le chancelier de l'Université.
34° Le recteur de l'Université.
35° Les officiers de l'Université (notaire, secrétaire, receveur, bedeau, libraire-juré, imprimeur, promoteur et sergents chargés de rendre la justice aux étudiants, conservateur des privilèges, peintre, graveur, etc.).

On suppose bien que les étudiants ne se contentaient pas des divertissements intellectuels que leur offraient les Jésuites. Il fallut des règlements sévères pour contenir cette bouillante jeunesse. Un promoteur et deux huissiers furent créés en 1579 pour « décider les différends survenus entre les étudiants, réprimer le vacarme qu'ils faisaient dans la ville et arrêter leur insolence. Une garde fit la patrouille toutes les nuits pour mettre fin aux carillons des étudiants qui couraient la nuit sans clarté, armés d'épées, maltraitant les bourgeois, les insultant et cassant les vitres. Cette patrouille les tint en respect; quelques exemples contre les plus insolents arrêtèrent cette jeunesse fougueuse, les étudiants n'osèrent plus sortir de nuit, et, par là, la tranquillité publique fut assurée. » Dans une ordonnance de la même époque, le même souverain s'exprime ainsi : « Comme nous avons reçu plusieurs plaintes et doléances, des insolences, batteries et desbauches qui se commettent dans notre ville, cité et Université du Pont, défendons à tous habitants du Pont n'estant de profession, de porter les armes; comme semblablement à tous escholiers estudiants en notre dite Université de porter aucunes armes après la retraite. » La peine contre les contrevenants était pour le bourgeois de la ville une amende de 20 francs et la confiscation des armes, et pour les écoliers l'emprisonnement et la confiscation des armes.

Également il était défendu sous les mêmes peines « d'aller de nuict sans fallot ou chandelles allumées ». Les bourgeois qui logeaient des écoliers devaient avertir le conservateur des privilèges si ces pensionnaires dérogeaient à cette ordonnance.

Jusqu'alors les armes n'avaient été interdites aux écoliers que pendant la nuit, mais bientôt on fut obligé d'en défendre le port même pendant le jour « pour réprimer les insolences et désordres, les voyes de fait et débauches d'aucuns escoliers mal affectés au bien de leur étude et repos du public ».

On dut « mettre un bon ordre sur le port des armes desdits escoliers afin de retrancher par ce moyen toutes occasions et querelles entre eux, blessures, homicides, et autres grands inconvénients qui en pourraient revenir et les contenir aux vrais termes de leurs devoirs et état scolastique ». Les écoliers, de quelque Faculté qu'ils fussent, ne devaient porter aucune arme offensive ou défensive, « non plus de jour que de nuit. Après qu'ils auront prins logis ès maisons bourgeoises ou au collège des Jésuites pour se loger, ils seront tenus de mettre et de poser les bastons à feu qu'ils auront apportés ès mains de leurs hôtes ou principal pour être portés au conservateur des privilèges... Quant aux autres armes, comme espées, poignards et autres, elles demeureront ès mains de leurs dits hôtes, qui ne pourront les rendre aux escoliers qu'à leur départ de Pont-à-Mousson. »

Il était défendu « aux bourgeois maîtres d'escrime, jeux de paulme, danse et autres tenant salles publiques d'y admettre ni recevoir les écoliers ou autres, ni tenir leurs salles ou tripots ouverts pendant la célébration du service divin et prédications ès dimanches et jours de fêtes solennelles. D'un autre côté il était aussi défendu à tous de recevoir livres ou habillements des écoliers soit pour gages ou en payement; et en cas qu'il s'en trouvera quelqu'un faisant au contraire, nous permettons dès à présent au conservateur des privilèges de l'Université et à son lieutenant de retirer tels livres et habillements sans que le bourgeois ait droit de requérir autre payement, sauf toutefois le droit de pension, de louage de maison et de frais faits à panser et médicamenter les écoliers malades ».

M. le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires au premier examen du doctorat (nouveau régime) et aux troisième et quatrième examens (ancien régime), le lundi 12 septembre, à une heure, boulevard Saint-Germain, 63. Les cours seront terminés dans la première quinzaine de novembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Les fascicules suivants viennent de paraître : Première série, t. XXVI, première partie ; deuxième série, t. XV complet et t. XVI, première partie ; troisième série, t. IX, deuxième partie, et t. X, première partie ; quatrième série, t. VII, première partie. Ils contiennent les articles suivants : *Déformations, Dégénérescence, Déglutition, Délire, Gastrite, Gastrotomie, Gencives, Génération, Omoplate, Ongles, Opération, Ophthalmie, Soldat, Sommeil, Somnambulisme.* — Prix de chaque demi-volume rendu franco : 6 fr. — Paris, Asselin et Cie.

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et les trompes (deuxième partie), considéré principalement au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical, avec un appendice sur les *Maladies de la vulve et du vagin*, par Courty, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. Ouvrage qui a obtenu un prix de 2,500 francs de l'Institut de France (Académie des sciences). 3e édition, revue et considérablement augmentée. L'ouvrage complet forme 1 beau volume in-8° de 1,437 pages, avec 515 figures intercalées dans le texte. — Prix : broché en deux parties, 24 francs ; cartonné à l'anglaise, 25 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale, par le docteur Baratoux. In-8° avec 2 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Suppression de l'industrie nourricière, par Edmond Amette. Brochure in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11614.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

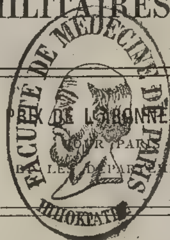
Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémorrhagie puerpérale abondante chez une femme albuminurique.

Dans une précédente Revue clinique (1), nous avons vu que M. Peter attribue à ce qu'il appelle la *pléthore des femmes enceintes* les hémorrhagies, pulmonaires ou autres, qui se produisent durant la grossesse, *chez des personnes d'ailleurs prédisposées*. Nous ajoutons ces derniers mots, car jusqu'ici il ne nous semble pas pleinement démontré que les hémoptysies, par exemple, aient eu jamais l'état de gestation pour cause absolument unique. Mais, sous cette réserve, nous admettons qu'incontestablement l'état de gestation peut développer et mettre efficacement en jeu une prédisposition, jusqu'alors latente, aux hémorrhagies de tel ou tel genre. C'est également par la pléthore que M. Peter explique la production de l'albuminurie dans des conditions analogues. Les reins seraient alors congestionnés, comme les poumons le sont d'autres fois. Cette congestion aurait pour effet un certain degré d'irritation locale, et, par suite, le passage d'une certaine quantité d'albumine dans les urines.

Précédemment, on attribuait plutôt l'albuminurie des femmes enceintes, soit à une pression exercée sur les reins par l'utérus gravide, soit à des modifications particulières du sang, soit enfin à une perturbation nerveuse, pouvant également amener l'éclampsie.

On savait d'ailleurs depuis longtemps que les femmes albuminuriques étaient, par cela même, plus exposées aux hémorrhagies abondantes au moment des couches. Déjà, en 1849, M. Blot avait insisté sur ce point dans sa thèse.

L'altération du sang, soit que l'albuminurie en fût le résultat, soit qu'elle en fût la cause, suffisait déjà pour faire comprendre cette tendance hémorrhagique.

Mais, il faut bien le reconnaître, la théorie de M. Peter paraît encore plus séduisante, lorsqu'elle rend compte ainsi par un même mécanisme, de divers ordres de phénomènes parallèlement observés.

De là un intérêt plus grand dans l'étude des coïncidences d'albuminurie et d'hémorrhagies puerpérales.

Un cas de ce genre vient de se présenter dans le service de M. Damaschino, à l'hôpital Laennec.

Une jeune femme de vingt-deux ans, enceinte pour la seconde fois, entra, le 2 août, dans le service, présentant une anasarque considérable des membres inférieurs, avec un gonflement notable des paupières et de la face en général. Elle faisait remonter le début de sa grossesse à huit mois environ. Elle raconta que depuis quatre mois les cous-de-pied avaient commencé à enfler, et qu'elle éprouvait des maux de tête violents, à peu près continuels. L'enflure aurait gagné surtout dans le dernier mois.

On analysa les urines, et on les trouva albumineuses. La proportion d'albumine se montait, le 12 août, à 1 gramme par litre. Les urines étaient rares ; leur quantité, pendant les premiers jours, ne dépassait pas 80 centilitres pour les vingt-quatre heures. La température du corps restait entre 37° et 37°,4. Sous l'influence du régime lacté, il y eut une amélioration rapide dans tous les symptômes. Les maux de tête diminuèrent, en même temps que l'enflure. La quantité d'urine émise dans la journée s'éleva à 2 grammes en moyenne.

Le 22 août, l'accouchement se fit de la façon la plus naturelle, sans difficulté et en peu de temps. Mais, dans la soirée, il survint une hémorrhagie si abondante que les matelas en furent traversés et que le sang coulait sous le lit. Pour arrêter cette hémorrhagie, on dut pratiquer successivement deux injections sous-cutanées, chacune d'une seringue pleine, d'une solution d'ergotine au quinzième. On fit aussi prendre à la malade 1 gramme d'ergotine par la bouche. Au bout de quelques heures la perte se calma, et cette nouvelle accouchée, quand nous l'avons vue mercredi matin, allait assez bien quoique ayant une température un peu élevée.

Non-seulement les hémorrhagies, non-seulement l'albuminurie, mais même l'éclampsie sont amenées, suivant M. Peter, par la pléthore des femmes enceintes. Aussi les émissions sanguines, que Trousseau repoussait avec tant d'énergie dans cette affection, aussi bien que dans l'épilepsie et dans l'éclampsie des enfants, sont-elles admises comme utiles par ce professeur, d'accord en cela avec la grande majorité des accoucheurs français les plus célèbres.

Mais, pour qu'on obtienne un bon résultat par de petites

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 30 juillet 1881.

saignées répétées, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait véritable pléthore.

Chez les cardiaques, dont le sang n'est pas riche, mais dont les poumons sont engorgés par suite de l'obstacle apporté au cours du sang, une saignée peut être utile, en les empêchant d'étouffer. Il est vrai qu'aujourd'hui le préjugé contraire à celui qui avait cours du temps de Broussais domine parmi les malades de toutes les classes. Si on leur parle d'une saignée, ils élèvent des objections, craignant que cela ne les affaiblisse. Nous en avons encore eu la preuve, ce matin même, dans le service de M. Cuffer, suppléant de M. Ferrand à l'hôpital Necker.

Un homme qui avait les lèvres bleues, tant l'hématose était gênée chez lui par une double lésion du cœur compliquée de bronchite, ne voulait pas qu'on lui tirât quelques grammes de sang, parce que, disait-il, il se sentait faible. Autrefois les malades auraient voulu contraindre les médecins à les saigner, même à contre-temps; aujourd'hui il faut presque employer la contrainte pour leur faire accepter une saignée nécessaire. Tant il est vrai que tout est de mode en médecine pour le public et, avouons-le, un peu même aussi pour la masse des praticiens.

Purpura chez un albuminurique.

Nous venons d'exposer comment, suivant les idées de M. Peter, chez les femmes enceintes l'excès de pression dans tout le système artériel pouvait amener à la fois de l'albuminurie et des hémorrhagies.

Dans des circonstances tout autres, on voit également coïncider la tendance aux hémorrhagies avec la présence de l'albuminurie dans les urines.

Chez les brightiques proprement dits, il n'est pas rare de rencontrer, par exemple, du purpura. Tel est le cas chez un malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Joffroy, suppléant de M. le professeur Lasègue, à la Pitié, salle Serres, n° 12. Cet homme a les deux jambes couvertes de purpura, et son urine contient tant d'albumine qu'elle prend presque en masse. Il est d'ailleurs intéressant à d'autres points de vue, et nous aurons à en reparler.

Chez une autre malade, en ville, nous avons vu successivement se produire, dans un espace de deux ans, des hémorrhagies nasales tellement abondantes que le tamponnement a été nécessaire, des métrorrhagies menaçantes, un purpura qui a duré plusieurs semaines, d'autres métrorrhagies, etc. Cette dame était albuminurique, et elle présentait à la région du cœur un bruit de galop bien marqué.

En cas pareil, on peut encore supposer que l'altération du sang résultant de la déperdition continuelle d'albumine est la cause des hémorrhagies et du purpura.

Mais un grand nombre de ces faits rentrent aussi dans la théorie de M. Peter sur les conséquences d'un excès de tension dans le système circulatoire.

En effet, si le plus souvent l'albuminurie très-abondante tient à une néphrite parenchymateuse, souvent aussi il coexiste une néphrite interstitielle, se rattachant à un état de sclérose généralisée qui porte en même temps sur l'ensemble des petits vaisseaux, et augmente la pression intravasculaire.

Nous avons vu, ce matin même, un bel exemple de cette généralisation de la sclérose à l'autopsie d'une femme de soixante-trois ans, qui, ayant présenté un aspect cachectique et des bruits de souffle à la pointe du cœur, était morte aphasique, salle Sainte-Eulalie, n° 22, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal, suppléé par M. Robin. La plupart des organes internes, les reins, la rate, le foie, l'utérus, étaient remarquablement petits et sclérosés. Nous avons mesuré l'utérus, qui avait à peine 4 centimètres de longueur, y compris ses parois, très-minces, mais très-résistantes, et 23 millimètres de plus grande largeur. Des plaques athéromateuses recouvraient les valvules tricuspide et mitrale; les ventricules, surtout le droit, étaient dilatés. Quant à l'encéphale, il n'offrait aucune altération à l'œil nu.

C'est bien, par excellence, dans des cas de ce genre que le terme de *diathèse*, employé par M. Théophile Guyot dans sa thèse inaugurale, paraît admissible à la rigueur.

En effet, ici la néphrite interstitielle rentre dans un ensemble très-vaste de lésions également scléreuses, et la dilatation des ventricules traduit l'augmentation de la pression intravasculaire, surtout dans le système de l'artère pulmonaire.

La sclérose généralisée pourrait donc produire des conditions tout à fait semblables à celles qu'amènerait la grossesse, suivant M. Peter.

Au point de vue des hémorrhagies, les conséquences pourraient être les mêmes, et, dans un cas comme dans l'autre, il serait difficile de faire dans la théorie de leur production la part exacte des altérations possibles du sang, s'il existait de l'albuminurie.

Persistance des signes physiques à la suite de la pneumonie.

Depuis longtemps déjà, on sait que la pneumonie peut être terminée comme maladie aiguë et fébrile sans que les signes physiques de l'hépatisation disparaissent en même temps.

La défervescence s'est opérée; le malade a repris de l'appétit, des forces; il se croit complètement guéri, et pourtant, à la percussion, on trouve encore de la matité, et, à l'auscultation, du souffle, de la bronchophonie, etc. Tout semble prouver que le poumon reste imperméable, ou à peu près, dans l'étendue que l'affection avait envahie quand le mouvement fébrile est tombé.

Ces reliquats de pneumonie peuvent se rencontrer à tous les âges; mais ils sont spécialement fréquents chez les enfants et chez les vieillards. Chez ces derniers, même, il peut arriver que la fièvre tombe dès le second jour, que l'appétit revienne et que le malade reprenne toutes ses habitudes, avec une hépatisation d'une partie considérable de son appareil respiratoire. Nous en avons vu tout récemment un exemple remarquable chez une pareille femme du service de M. Lasègue, à la Pitié. D'autres fois, même, le mouvement fébrile ayant passé inaperçu, la maladie est tout à fait latente, et on la découvre à l'autopsie d'un vieillard mort subitement. Un fait de ce genre s'est présenté également dans le même service.

Ce ne sont point là des cas exactement semblables à ceux dont nous parlions d'abord, et dans lesquels la défervescence ayant eu lieu au temps normal, la convalescence suit son cours, malgré la persistance des signes physiques.

Deux exemples de ce dernier genre peuvent être actuellement observés dans le service de M. Robin, suppléant de M. Rigal à l'hôpital Necker. Au n° 19 de la salle Saint-Jean se trouve un homme de cinquante-cinq ans, entré le 6 août pour une pneumonie qui occupait tout le lobe inférieur du poumon gauche. La défervescence se produisit au septième jour de la maladie, et depuis lors cet homme va

très-bien ; il a même beaucoup d'appétit, il digère et dort parfaitement, il ne se croit plus du tout malade ; et cependant la matité persiste toujours en arrière sur les deux tiers de la hauteur du côté gauche, et vers ses limites supérieures on entend un souffle très-fort.

Au n° 6 de la même salle est un autre malade dont l'histoire est semblable, sauf qu'il est entré le 26 juillet, que la pneumonie occupait le poumon droit et qu'il est âgé de cinquante et un ans. La résolution des reliquats de la pneumonie n'est pas plus avancée chez lui que chez le malade précédent.

Mais c'est une congestion purement passive qui a remplacé l'inflammation aiguë du parenchyme pulmonaire.

Le retour à l'état normal finit par se faire en pareil cas, graduellement, sans qu'il soit besoin d'une intervention un peu active. Le plus souvent il n'y a pas dans ces résolutions prolongées et tardives une période de râles crépitants de retour. Peu à peu, le souffle diminue et la sonorité augmente, jusqu'au moment où l'organe a recouvré son état normal et son fonctionnement régulier.

Revue rétrospective.

I. *Pied-bot hystérique.* — II. *Troubles trophiques dans l'hystérie.* III. *Hystérie avec contractures.*

Nous allons donner des nouvelles de quelques malades dont nous avons parlé dans nos Revues cliniques des années dernières ou de cette année.

I. La femme dont nous avons donné l'observation dans les numéros du 21 juin et du 30 août 1879, et dont il a été de nouveau question dans le numéro du 12 juin 1880, est sortie guérie du service de M. Damaschino. Nous rappellerons que cette femme, atteinte d'un double pied-bot consécutif à une paralysie hystérique, avait été traitée par le redressement des membres pendant le sommeil chloroformique et par l'application d'un appareil inamovible destiné à maintenir la nouvelle position.

II. Il existait également un double pied-bot dû à l'hystérie chez une autre femme dont nous avons rapporté l'histoire dans le numéro du 19 juin 1880, et qui se trouve actuellement dans le même service, salle Monneret, n° 31. Cette femme, qui avait présenté successsivement toutes les formes connues des phénomènes hystériques, était atteinte, quand nous en parlions, de troubles trophiques très-remarquables, portant sur les deux membres inférieurs et sur le membre supérieur droit. Tous les tissus étaient comme durcis ; la peau, épaissie, était rouge par places, et il existait de la chaleur sur les mêmes points. Les jambes, les pieds, les doigts de la main droite étaient maintenus dans l'extension par la contractrue des extenseurs ; l'avant-bras droit restait dans la demi-flexion. Ainsi cette femme était absolument impotente de tous ses membres, sauf du bras gauche.

Elle a été traitée durant quelque temps par la métallothérapie. On espérait beaucoup du cuivre ; mais des vomissements opiniâtres que l'ingestion des pilules de cuivre avait provoqués et qu'on a eu beaucoup de peine à arrêter par l'application d'un vésicatoire, de pointes de feu, etc., ont obligé à y renoncer.

Cependant cette femme va mieux. Il existe toujours de la contracture des extenseurs des jambes, produisant un pied-bot équin, un œdème particulier des membres inférieurs, surtout du droit, mais sans rougeur, ni chaleur de la peau. Quant à la main droite, elle n'est plus gonflée, et elle a repris en grande partie ses mouvements ; la malade peut manger seule, elle peut tricoter, mais les articulations sont loin d'avoir recouvré leur souplesse.

Il existe encore une anesthésie assez marquée de tout le côté droit ; mais il n'y a plus de douleurs nulle part, sauf, de temps en temps, vers la hanche et la fesse droites. C'est une malade encore à suivre et qui ne quittera pas l'hôpital de longtemps.

III. Une troisième hystérique, dont l'observation suivait celle de la précédente dans le numéro du 19 juin 1880, et qui, elle aussi, a présenté des contractures puis une hémiplégie du côté droit, n'a pas encore quitté le service de M. Ferrand, où elle est maintenant au n° 24 de la salle Quesnay. Chez elle, l'emploi du chlorure d'or à doses croissantes et l'application de bracelets d'or, le tout employé concurremment avec des séances d'électrisation, ont produit de très-bons résultats.

Chaque fois, dit-elle, elle se sentait, au bout de quelques minutes, réchauffée et plus forte. Elle n'a pas tardé à pouvoir marcher sans se soutenir contre les meubles et sans béquille. Aujourd'hui elle serre de la main droite avec une très-grande force, elle ne souffre plus de nulle part, et elle commence à pouvoir se rendre utile dans l'hôpital.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

De quelques points de pratique dans la fistule vésico-vaginale.

Dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, l'un des temps difficiles a toujours été le placement des fils destinés à suturer les parties avivées et à les maintenir dans un contact aussi parfait que possible.

Autre chose est, en effet, de placer des fils dans une plaie à l'air libre, où les mouvements sont généralement assez aisés; autre chose est d'avoir à les poser au fond d'une cavité comme celle du vagin, par exemple, où la lumière ne vous arrive que par le spéculum chargé de déprimer fortement la paroi postérieure du vagin.

Depuis un certain nombre d'années on avait recours au procédé de Marion Sims qui consiste, comme vous le savez probablement, lorsque les bords de la fistule ont été complètement et largement avivés, à les rapprocher au moyen de fils d'argent passés d'une certaine façon qui doivent traverser la muqueuse vaginale. Mais cette manœuvre, sans être mauvaise, exigeait pour chaque point de suture quatre mouvements : un premier consistant dans l'introduction du fil au moyen d'une aiguille courbe montée sur un porte-aiguilles ; un second dans la saisie de l'aiguille pour lui faire traverser toute la lèvre de la plaie d'un côté ; un troisième ayant pour but d'introduire l'aiguille dans la lèvre du côté opposé, et le dernier, enfin, destiné à saisir, comme dans le second mouvement, la pointe de l'aiguille et à la tirer au dehors de la muqueuse.

Ce procédé était long et difficile, et devait se reproduire, je le répète, pour chacun des points de suture que l'on avait à placer. Aussi a-t-on cherché les moyens d'abréger la durée des manœuvres nécessaires ; c'est ainsi que l'on a imaginé

les aiguilles chasse-fil, procédé assez ingénieux, mais qui fut abandonné parce que l'on plaçait généralement assez mal les points de suture, et parce que la double torsion se faisait également mal.

Il faut bien le dire, dans l'immense majorité des cas, les points de suture sont placés, comme l'on peut, permettez-moi le mot, à la bonne franquette. Or je me trouvais naguère, dans une opération de fistule vésico-vaginale, avoir placé les deux premiers points avec le chasse-fil; j'en étais arrivé au troisième point, et cela ne marchait pas à mon gré. C'est alors que j'eus la pensée de me servir de l'aiguille que j'emploie ordinairement dans la staphylorrhaphie et dont la courbure particulière est des plus commodes. Mettant aussitôt cette idée à exécution, j'introduisis mon aiguille dans l'une des lèvres de la fistule que je perforai de dehors en dedans, et j'accrochai le fil de façon à lui faire parcourir, en sens inverse, le trajet de l'aiguille, en retirant celle-ci par l'ouverture d'entrée; j'opérai de même sur la lèvre du côté opposé pour aller saisir l'autre extrémité du fil. Ces petites manœuvres se firent avec autant de facilité que j'avais eu de peine à poser mes premiers points de suture avec le chasse-fil, et les fils métalliques suivants furent passés avec une telle rapidité que la pose des dix points de suture eut lieu en moins de temps qu'il n'en avait fallu pour les deux premiers avec les aiguilles chasse-fil. De plus, ces dix points étaient également distants avec des intervalles parfaitement réguliers, résultat que l'on ne pouvait obtenir par les autres procédés.

Aussi n'opérerai-je plus jamais aucune fistule vésico-vaginale avec d'autres aiguilles que celles dont je viens de vous parler. Mais là ne se borne pas ce que je voulais vous dire au sujet des fistules vésico-vaginales; il est encore un autre point que je veux traiter devant vous.

Il ne suffit pas d'avoir placé ses fils pour que la suture soit faite, il faut encore les assurer dans leur position. Au début, lorsque Bozeman vint en France, il y avait une série de petits engins pour maintenir les sutures fermées; c'étaient des plaques de plomb à fente longitudinale comme moyen protecteur, c'étaient de petits tubes ou des grains de plomb que l'on écrasait sur le fil. Cependant la pratique générale consiste à nouer, que l'on se serve de fils phéniqués ou de fils métalliques. Je suis aussi de ceux qui nouent, ou mieux, — car le mot nouer, dans ce cas, est mauvais, — qui tordent leurs fils, car on juge plus sûrement ainsi de la constriction des fils, et l'on affronte plus exactement les bords avivés de la fistule.

Mais cette méthode a quelque inconvénient surtout dans le cas de fistule vésico-vaginale. Des fils métalliques doivent rester en place de cinq à six jours pour obtenir leur maximum d'effet; or à cette époque la cicatrisation est encore si récente qu'elle n'offre pas la résistance à l'enlèvement des fils sans déchirure, aussi est-on forcé d'attendre quelques jours de plus.

La petite invention que j'ai réalisée à ce sujet consiste à tordre les extrémités des fils au lieu de les nouer, en leur laissant une certaine longueur, de telle sorte que, pour procéder à leur enlèvement, il suffit de les détordre, ce qui se fait sans aucune difficulté, et, lorsqu'on est parvenu au dernier tour, on voit les deux brins du fil s'éloigner l'un de l'autre. On coupe alors l'un des chefs, et, tirant sur l'autre, qui est libre, le fil se trouve retiré sans produire aucune déchirure ni aucun tiraillement de la cicatrice.

La malade sur laquelle j'ai ainsi opéré dernièrement et qui était dans de bonnes conditions, qui urinait alors comme une femme parfaitement guérie, ce qu'elle était en effet au point de vue opératoire, a présenté cependant quelques accidents. C'est ainsi qu'opérée le 30 mars, elle allait très-bien le 8 avril, lorsqu'elle a été prise deux jours plus tard de phénomènes inquiétants de péritonite péri-vésicale. Douleurs abdominales vives, vomissements verdâtres, porracés, fièvre, élévation de température à 39°, 8, etc.

Ces accidents, auxquels elle a heureusement survécu, ont duré jusqu'au 18 avril. Leur apparition tardive m'a rappelé que, dès le surlendemain de l'opération, cette femme avait éprouvé déjà quelques douleurs dans la région hypogastrique du côté gauche, qui remontaient le long du côlon ascendant. Ces douleurs avaient diminué notablement sous l'influence d'onctions laudanisées, tout en persistant comme une sorte d'endolorissement jusqu'au moment où les phénomènes d'une péritonite véritable sont apparus.

Tout traumatisme retentit sur le pourtour du théâtre opératoire, dans la fistule vésico-vaginale; c'est ainsi que nous avons vu survenir, le troisième jour après l'opération, des douleurs dans le bas-ventre. Puis, à la suite de l'ablation des fils, qui nécessita l'emploi du spéculum, une mauvaise position de la malade pendant près d'une demi-heure, exposée à l'air, soumise à des conditions non conformes à des accidents inflammatoires préexistant déjà, cette femme a été atteinte de péricystite péritonéale.

Il est heureux que ces accidents, aujourd'hui disparus, ne soient pas survenus dans les premiers huit jours qui ont suivi l'opération, sans quoi la réunion des bords avivés de la fistule aurait certainement échoué, faute du degré de plasticité nécessaire.

REVUE DE LA PRESSE

Deux cas de gastrotomie suivis de succès. — Nous avons déjà eu l'occasion, depuis le commencement de cette année, de rapporter plusieurs cas soit de résection de l'estomac chez des malades atteints de tumeur cancéreuse (1), soit de gastrotomie nécessitée par la présence d'un corps étranger dans l'estomac (2). Voici deux nouveaux faits intéressants de gastrotomie pratiquée par M. le docteur Thomas Bryant: la première pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, la seconde pour un rétrécissement cancéreux de cette même portion du tube digestif.

La première observation se rapporte à une femme de vingt-deux ans, entrée à Guy's Hospital pour une dysphagie intense et progressive survenue à la suite d'une tentative de suicide. Cette femme avait avalé un demi-verre d'acide sulfurique.

Dès son arrivée à l'hôpital, le docteur Bryant, ayant constaté l'impossibilité absolue de faire pénétrer toute espèce de cathéter au-delà de la partie postérieure du cartilage cricoïde, pratiqua l'ouverture de l'estomac de la manière suivante: incision de trois pouces le long du bord inférieur des côtes gauches jusqu'au péritoine qui est également incisé; attraction de l'estomac entre les lèvres de la plaie, en ayant soin de ne laisser pénétrer aucun liquide dans la cavité abdominale; deux ganses de soie sont introduites à travers le revêtement péritonéal de l'estomac à un tiers de pouce d'intervalle afin de maintenir cet organe en place. Puis celui-ci est fixé par des sutures à la peau qui l'entoure, d'un côté le péritoine est compris dans les sutures, de l'autre il ne l'est pas. Tels

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* des 2 avril et 7 mai 1881.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux* du 26 mars 1881.

furent les préliminaires constituant la première phase de l'opération. La seconde consista dans l'ouverture de l'estomac; elle n'eut lieu que six jours plus tard, en soulevant l'organe à l'aide des ganses de soie que nous venons d'indiquer, et en le sectionnant d'une ganse à l'autre sur une longueur de 3 millimètres environ (un huitième de pouce) au moyen d'un ténotome étroit.

Dans cette petite boutonnière, on introduisit un tube de caoutchouc par lequel on nourrit la malade en versant d'abord du lait dans l'estomac, puis peu à peu des aliments plus consistants, tels que de la viande hachée, du pancréas formant une espèce de pulpe. Grâce à cette alimentation, en trois mois la malade regagnait 9 kilogr. et demi. Plus tard, elle commença à avaler quelques liquides, de la mie de pain ou des gâteaux spongieux. Enfin huit mois après l'opération, la malade pouvait prendre de la nourriture, assise ou debout, et jouissait d'une excellente santé.

La seconde observation est celle d'un cancer de l'œsophage qui avait amené un rétrécissement tel de cet organe qu'une bougie ne pouvait dépasser la partie supérieure. L'opération fut pratiquée de la même façon que dans le cas précédent et réussit parfaitement. Malheureusement, l'affection cancéreuse s'étant généralisée et la dégénérescence ayant gagné peu à peu les poumons, la trachée, le foie et les ganglions thoraciques, le malade succomba deux mois après l'opération. (*Arch. gén. de méd.*)

Kyste du rein. — Il s'agit de l'observation rédigée par M. Auriol, interne à l'asile du Mans, d'un aliéné, âgé de cinquante-cinq ans, entré dans cet établissement avec tous les signes de la paralysie générale et mort dans le marasme.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions d'un ramollissement cérébral et d'une pneumonie au second degré du lobe inférieur droit, une altération intéressante du rein droit. En effet, tandis que le rein gauche ne présentait rien de particulier, celui du côté droit, au contraire, était tout d'abord très-volumineux; de plus, en enlevant le péritoine qui recouvre sa face antérieure, on trouvait, en bas, une poche fluctuante remplie de liquide, de forme ovoïde, mesurant 11 centimètres de long sur 8 de large et appendue par un pédicule ayant 2 centimètres et demi de diamètre. La coque qui formait le kyste était épaisse, et le liquide qu'elle renfermait ne pouvait être, par la pression, refoulé dans l'organe rénal. Ce liquide avait tous les caractères de l'urine; cependant la poche kystique, examinée avec le plus grand soin, n'a laissé apercevoir aucune ouverture du côté du rein.

Nous ajouterons, en terminant, que, pendant la vie, le malade n'avait présenté aucun symptôme capable de laisser soupçonner l'existence de pareille tumeur. (*Trib. méd.*)

Traitement du cancer ano-rectal. — Suivant M. le docteur Paul Reclus, lorsque le cancer ano-rectal est bien limité, mobile, non adhérent, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours; lorsque les limites supérieures du cancer ne dépassent pas la base du coccyx, mais que le néoplasme est adhérent, c'est la rectotomie de Verneuil qui doit être préférée; lorsque le cancer envahit un long segment du rectum, et qu'il a gagné les organes voisins, il faut établir un anus artificiel.

La côlotomie lombaire a pour elle la consécration d'une longue expérience; mais peut-être l'anus de Littre serait-il préférable, et les quelques essais faits autrefois ne sont pas pour nous décourager. (*Gaz. hebd.*)

Taxis répété et compression progressive pour la réduction des hernies très-volumineuses. — D'après M. le docteur Thiry, la compression méthodique, continue et temporaire, des hernies intestinales volumineuses et anciennes, peut procurer de sérieux succès. L'auteur cite le cas de guérison obtenue sur un malade chez lequel elle fut pratiquée d'abord pendant deux mois, chaque fois, à quelques jours d'intervalle, puis pendant douze jours tous les jours. Enfin, à la suite d'une dernière séance de quarante-cinq minutes de durée, la réduction de la tumeur était complète. On appliqua aussitôt un bandage herniaire, solide, à pelote elliptique, très-large, très-convexe, laquelle, s'engageant profondément dans l'orifice inguinal, l'a bouché à peu près hermétiquement et a formé un obstacle insurmontable à la récidive de la hernie.

En résumé, les hernies anciennes, volumineuses, constituant une sorte d'éventration, sont réductibles dans la grande majorité des cas; dès lors, l'indication formelle est de chercher à les réduire; le volume considérable d'une hernie n'est jamais une contre-indication à la réduction, seulement pour l'obtenir il faut beaucoup de temps et certaines précautions. La diminution de la capacité de la cavité abdominale dans les hernies anciennes, formées par la sortie d'une grande partie de la masse intestinale, ne s'oppose jamais à une réduction lente, méthodique et progressive; en rentrant en petite quantité à la fois dans le ventre, les parties herniées reprennent peu à peu leur droit de domicile. Le meilleur procédé de réduction est le taxis compressif, c'est-à-dire celui qui ne replace dans leurs positions naturelles que les parties qui ont été préalablement dégorgées, à commencer par celles qui sont sorties les dernières.

Dans ces hernies, il faut, pour contenir les parties réduites, une capsule en tissu élastique, proportionnée à la diminution de la tumeur et que l'on fixe à une ceinture abdominale; quand la hernie est complètement réduite, la pelote du bandage définitif à convexité développée doit pénétrer dans les anneaux et se modeler sur leurs dimensions. (*Siècle méd.*)

Métrorrhagies post-partum et injections d'eau chaude. — Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de l'action hémostatique de l'eau chaude (1); nous en avons parlé d'abord au sujet d'un travail de M. le docteur Hunter qui recommandait son emploi pour arrêter plus rapidement l'écoulement sanguin que l'eau froide et maintenir la température générale du corps. Nous avons également traité cette même question en faisant connaître les résultats obtenus par le même moyen dans les métrorrhagies diverses par M. le professeur Courty (de Montpellier).

Aujourd'hui nous trouvons, dans le rapport annuel de Rotunda-Hospital, publié par le docteur Athill, des résultats à peu près analogues dans les métrorrhagies post-partum. L'eau chaude ne serait pas seulement un puissant hémostatique et un excitant des contractions utérines, mais encore un stimulant général. Elle débarrasserait aussi l'utérus des caillots, des portions des membranes qui peuvent être restées dans sa cavité.

Une seringue-siphon ordinaire est le seul instrument nécessaire, bien que l'on se serve le plus souvent d'une seringue à longue canule construite spécialement pour les injections vaginales et intra-utérines, canule que l'on introduit jusqu'au fond de la matrice avec les précautions habituelles contre l'introduction de l'air et le libre retour de l'eau. L'eau doit être aussi chaude que la main peut convenablement la supporter, c'est-à-dire environ 45 degrés centigrades. L'injection doit être faite dans la cavité à plein courant et continuée jusqu'à ce qu'une bonne contraction utérine se produise et que l'eau s'en retourne claire et non colorée.

Enfin les conditions dans lesquelles l'expérience a démontré les heureux effets de l'eau chaude sont les suivantes :

1° Si, dans les cas d'hémorrhagie violente et subite chez une femme forte et pléthorique, il vaut mieux faire d'abord usage du froid; par contre, lorsque, à la suite de l'emploi maladroit et prolongé du froid, on trouve la patiente grelottante et abattue, l'injection d'eau chaude est d'un avantage rapide et remarquable;

2° Chez les femmes anémiques, nerveuses et abattues, l'eau chaude peut être injectée dans la cavité utérine, dès le début et sans l'emploi préalable du froid;

3° Dans les cas d'avortement, lorsque, par suite de l'inertie de l'utérus, l'œuf, bien que séparé de la paroi de l'organe utérin, est retenu complètement ou partiellement, l'injection d'eau chaude est généralement suivie des meilleurs résultats;

4° Quand l'injection de perchlorure de fer a été jugée nécessaire, les injections préalables d'eau chaude débarrassent l'utérus des

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1880, pp. 964 et 988.

caillots, de fragments de membranes, etc., qu'il renferme, et permettent au liquide astringent d'arriver directement en contact avec la surface saignante ; elles diminuent aussi les chances de l'absorption septique. (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand.*)

Traitement préventif de l'ophthalmie des nouveau-nés. — M. le professeur Credé (de Leipzig), attribuant l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés au contact des sécrétions morbides du vagin pendant l'accouchement, ophthalmie fréquente surtout à la Maternité, eut recours tout d'abord, mais en vain, comme moyen prophylactique, à des lavages des voies génitales de la mère avec l'acide phénique et l'acide salicylique. Après avoir tenté ensuite, également sans succès, de traiter directement les yeux des enfants, nés de mères affectées de catarrhe virulent du vagin, au moyen d'une solution de borax au soixantième, il est arrivé aux meilleurs résultats par des instillations d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième. Celles-ci étaient constamment précédées et suivies d'un lavage avec une solution d'acide salicylique à 2 p. 100.

Tous les enfants de son service sont actuellement soumis à ce mode de traitement, qui non-seulement ne présente aucun inconvénient, mais qui, jusqu'à ce jour, s'est montré infaillible. (*Paris médical.*)

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert RENÉ,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

VII

Les amendes que l'on infligeait à ceux qui n'observaient pas le règlement étaient partagées ainsi qu'il suit : le premier tiers appartenait aux bedeaux et autres sergents de l'Université et de la ville, lorsqu'ils faisaient leur rapport; le deuxième tiers aux écoliers pauvres, et le troisième devait être employé à la construction et à l'entretien d'une prison pour y enfermer les délinquants. Plus tard, au lieu d'une prison, « il a été trouvé nécessaire d'en faire deux, l'une pour les escoliers criminels, et l'autre pour les deslits légers ». Les étudiants prisonniers devaient payer au geôlier trois gros pour leur entrée en prison et un gros chaque jour qu'ils y demeuraient. De cette façon le geôlier n'avait pas intérêt à favoriser les évasions.

« Tout l'argent qui sera baillé pour les degrés et tous aultres deniers de la recepte, fors excepté ceux qui sont distribués aux docteurs et maîtres qui auront disputé et qui seront présents aux actes, seront mis en la bourse commune de l'Université, et entre les mains dudit receveur, pour faire les frais communs, comme pour acheter les chapes pour les docteurs, et pour ceux qui seront promeus, pour avoir des masses pour les bedeaulx, pour faire exhiber des tragédies et comédies, pour payer les gages des officiers de l'Université, pour faire les distributions et tous autres semblables frais qui se trouveront utiles et nécessaires par l'ordonnance du recteur et de son conseil. » Les distributions de prix ne se faisaient pourtant qu'autant que quelque généreux donateur (agonothète) en faisait les frais. En reconnaissance, on gravait les armes de ce haut personnage sur les couvertures des livres, et les Jésuites lui donnaient la présidence de la solennité.

Ce n'est pas seulement dans l'intérieur de la ville que les étudiants commettaient des délits. Ils aimaient les plaisirs de la chasse, et là encore ils eurent maille à partir avec la police. « Je suis adverty, écrivait M. de Lenoncourt en 1604, que plusieurs escoliers de l'Université de Pont-à-Mousson, se qualifiant fils de gentilshommes de l'ancienne chevalerie, vont ordinairement en trouppes de dix à douze, avec longues arquebuses, parmy les bois circonvoisins, tirans et esgarans les bêtes faulves, jusques à tirer cinq à six arquebusades d'une vollée, et iceulx ayant été admonestés par les forestiers de s'en abstenir, répondent que les ordonnances ne sont pas faites pour eux et menacent de tuer lesdits forestiers. Vous admonesterez lesdits escoliers de ne plus porter arquebuses ni tirer dans les bois, pour ce que tels exercices sont contraires à leur profession. »

Les aventures galantes ont aussi leur place dans la vie des étudiants de Pont-à-Mousson.

Nous n'en trouvons point, il est vrai, que des expéditions nocturnes aient rendus célèbres à l'égal de Buridan, lequel, on le sait, n'échappa que par miracle au sort que la reine Jeanne avait déjà fait éprouver à plusieurs autres écoliers de Paris.

Les reines que fréquentaient nos écoliers étaient moins cruelles. Le P. Abram nous apprend qu'en 1649 on découvrit qu'un étudiant sortait du collège presque toutes les nuits, à huit heures du soir, par la porte de derrière dont il crochetait la serrure ; il ne nous dit pas où il allait, mais on peut le supposer. Le même auteur, en parlant d'un Jésuite, confesseur des écoliers, nous dit que, lorsque quelqu'un s'accusait de quelque péché d'impureté, il frémissait d'horreur et ne pouvait pas comprendre comment, à cet âge si tendre, il pût savoir et commettre ces sortes de péchés. Et cependant, ajoute l'historien, la plupart des escoliers avaient l'habitude de les commettre sans scrupule. Aussi, en 1722, il est question de transporter le siège de l'Université à Nancy, sous prétexte que Pont-à-Mousson « est une ville où règne la fainéantise, le libertinage et la débauche du vin; le bourgeois de cette ville trouvant son intérêt à entretenir les escoliers dans ces désordres et dans des dépenses superflues ».

Les étudiants de Pont-à-Mousson avaient sans doute fait, de Montauville, un village voisin, quelque chose comme leur Montmorency. Ils y louaient des ânes et des chevaux pour aller faire des promenades dans la belle forêt voisine. Souvent même ils poussaient leurs excursions jusqu'au vignoble fameux de Thiaucourt, et la tradition rapporte qu'ils y fêtaient tellement le bon vin du cru qu'en revenant montés sur leurs ânes ils rappelaient la marche triomphale de Silène. Ils avaient probablement imaginé de faire à Montauville une sorte d'Académie grotesque où ils donnaient soit aux étudiants nouvellement arrivés, soit à ceux qui partaient, un diplôme calqué sur ceux que les diverses Facultés décernaient. Un dicton du pays y a encore cours aujourd'hui : lorsqu'on parle d'un candidat médiocre on dit qu' « il sera reçu à l'Académie de Montauville ». Notre ami, M. Eugène Ory, a pu se procurer un exemplaire des diplômes décernés par ladite Académie; nous en empruntons le texte à la dernière page de ses *Causeries sur Pont-à-Mousson*, 1880.

ACADEMIA ASINORUM

—

Universitas de Montevilla.

Nobilis Joannes Ægidius, Eques Arcadiæ, Dux Betaniæ, Dominus de Montevillâ, etc., Asinus Asinorum Primas, Academiæ asinalis pretinensis Cancellarius, necnon Rector famosus, universis dictæ Academiæ alumnis per amplissimas Arcadiæ provincias dispersis atque vagantibus, salutem in basto.

Notum vobis facimus quod, anno ab Academiâ conditâ 6,000 a creatione Adami, die vero nescio quali, certâ tamen in aulâ asinalis Universitatis existentis, in arenam descendit frater N***, jamjam supinissimâ imo rarâ ignorantiâ venerabilis ac conspicuus, qui, horrendis cum vociferationibus, antiquam Universitatis nostræ imperitiam, asinali ac forti animo, iteratis hiatibus, probavit, ita ut omnes doctores et alumni, tam præsentes quam absentes, admirati fuerint in entousiasmo, tantam in candidato reperiri in omnium scientiarum genere imperitiam.

Quapropter, confratrum Asinorum priùs exquisitis suffragiis, unanimo consensu, pedibus calcitrantes, ac inflatis vocibus cla-

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 août 1881.

mantes : hin, han, hon, han, hon, han, dignum reputavimus condictum fratrem intrare et in perpetuum aggregari in nostro asinali corpore.

Nos itaque, muneri nostro facere satis cupientes, supradictum condignum fratrem, non solum ad Baccalaureatûs, Licentiatûsque, verum autem ad Doctoratûs gradum et ad molendinum promovendum duximus. Dehinc, post tertium et ultimum examen, ignorantiæ artem apprimè scire juridicè declaramus, ac dorsum ejus ad clitellas, virgas et verbera aptum pronunciamus.

Quâ de causâ : juxta typum Universitatis nostræ, facultatem perpauca legendi et nihil unquam recordandi, mordendi, ruandi, item brayandi cum omnibus Asinis, Muletis, Boricis cujusque regionis, dignitatis ac ætatis, hic et ubique vagantibus, fœnum, farinam, stercora deportandi, carduos depascendi, et tandem a maquignonibus vendi, ei concedimus. Insuper, testamur atque volumus supradictum confratrem Asinum uti posse et gaudere omnibus privilegiis hactenùs concessis et in posterum concedendis, quibus condictæ Academiæ alumni usi sunt ac utuntur. Ipsi tandem speciali favore et in monumentum raræ ipsius ignorantiæ (ad tempus tamen beneplaciti nostri), ei concedimus unum de septem sigillis, ut quemlibet candidatum idoneum in posterum corpori nostro aggregare possit et valeat.

In cujus rei fidem, has præsentes litteras sigillo magnæ Universitatis et subscriptione nostrâ munivimus.

Datum in Comitatu nostro pretinensi celebrato, die, mense et anno quibus suprà.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La chaire clinique de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris, qui ne possédait jusqu'à présent, à l'asile Sainte-Anne, que des malades du sexe masculin, va être complétée, dans l'intérêt de l'enseignement pratique de ces affections, par un service de femmes. La décision en a été prise, par le Conseil général, dans sa dernière session, sur la demande du doyen de la Faculté approuvée et transmise par le ministre de l'instruction publique au ministre de l'intérieur et sur le rapport de M. le docteur Bourneville.

— Nous apprenons la mort de M. Richard, pharmacien de première classe de la marine ; il vient de succomber à la fièvre jaune qui décime en ce moment notre colonie du Sénégal. En raison des ravages exercés par le terrible fléau, trois médecins de la marine viennent d'être envoyés au Sénégal, par ordre du ministre, en plus du cadre réglementaire.

— On demande un préparateur particulier connaissant un peu l'usage du microscope et sachant l'allemand. S'adresser au laboratoire d'histologie zoologique de l'École des Hautes-Études, 55, rue de Buffon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la mort rapide par le traumatisme chez les sujets atteints de néoplasmes profonds, par le docteur CERNÉ. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La métallothérapie à Vichy contre le diabète et la cachexie alcaline, par le docteur BURQ. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Guide du vaccinateur: les deux vaccins, vaccin d'enfant, vaccin de génisse (publication de la Société française d'hygiène). In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11619

N° 99. — MARDI 30 AOUT 1881. 54e ANNÉE. MARDI 30 AOUT 1881. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

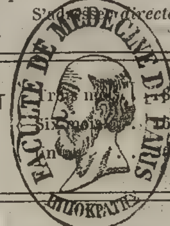
Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Un an ... fr. 50 c. — Six mois ... — Trois mois ... —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Blessure de l'artère radiale. — II. Fracture du radius. III. Fistule à l'anus.

I. J'ai à vous parler tout d'abord aujourd'hui d'un fait des plus instructifs. Il s'agit du malade couché au n° 50. C'est un homme de trente-six ans qui, ivre ou non, est tombé lundi soir, si malheureusement, en appuyant l'avant-bras droit sur un carreau, que la vitre brisée lui a fait une plaie transversale assez étendue et profonde au-dessus du poignet. Il en est résulté une hémorrhagie assez abondante et assez dangereuse pour que le médecin, appelé aussitôt, après avoir extrait les fragments de verre de la plaie et appliqué un pansement, ait cru devoir faire une double compression, la première au niveau de la plaie avec de l'amadou, une attelle et une compresse graduée, la seconde au-dessus de la plaie avec une seconde attelle et une compression graduée également.

Notre confrère a-t-il cherché à lier les deux bouts de l'artère, a-t-il posé une ligature? Je l'ignore, et le malade lui-même n'en sait rien. Cependant je ne le pense pas, d'abord parce que je n'ai vu aucun fil sortir de la plaie, à moins que l'on ne se soit servi de catgut; ensuite en raison de la compression énergique exercée sur l'artère, compression à peu près inutile si les deux bouts de l'artère avaient été liés.

Dans ces conditions, fallait-il laisser le pansement en place, ou le renouveler? La compression était telle que nous avons craint qu'elle ne pût amener par sa durée la gangrène du membre. J'ai donc ôté le bandage et le pansement, et j'ai trouvé les bords de la plaie écartés; aucune hémorrhagie n'est survenue; j'ai aperçu un caillot extérieur assez mou que soulevaient modérément les battements de l'artère.

Aussi, en combinant les commémoratifs avec ce que je constatais, et dans la crainte qu'à un moment donné ce caillot, en raison de sa mollesse même, ne fût emporté par quelque impulsion artérielle un peu plus forte et ne ramenât ainsi une nouvelle hémorrhagie, j'ai refait un pansement légèrement compressif avec de la tarlatane imbibée d'une substance antiseptique, de l'amadou et du coton maintenus par une bande sur la plaie. Puis j'ai fait aussi avec du coton une petite compression le long de l'avant-bras sur le trajet des artères radiale et cubitale, pour modérer la force du courant sanguin, sans arrêter la circulation ni exposer le membre à la gangrène.

De plus, ce mode de pansement ne me donnant pas encore une confiance suffisante, je l'ai complété par l'élévation ou mieux la suspension du membre, ce qui diminue la rapidité de la circulation. C'est un excellent adjuvant du traitement des solutions de continuité des artères, surtout lorsqu'il s'agit du membre supérieur. Je l'ai employé fréquemment avec succès pour les hémorrhagies de la paume de la main, surtout dans les blessures de l'artère palmaire profonde, où il est plus difficile d'aller à la recherche du vaisseau sans couper ce qui gêne, nerfs et tendons, et sans exposer, par suite de ces manœuvres, le malade à des inflammations profondes et graves de la main. C'est surtout dans ces cas-là qu'il y a avantage réel à recourir à la compression, aux antiseptiques et à l'élévation du bras.

Sans avoir chez notre malade, d'après le siège de sa blessure, les mêmes raisons ni les mêmes accidents à redouter, il y avait néanmoins quelques dégâts à commettre pour aller à la recherche d'une artère qui a été, selon toutes probabilités, entièrement coupée et dont les bouts ont dû se rétracter. Aussi, l'hémorrhagie ne s'étant pas renouvelée depuis le jour de l'accident, j'ai trouvé préférable d'appliquer un pansement modérément compressif.

Cependant, si une nouvelle hémorrhagie se produisait par détachement du caillot, les mêmes motifs n'existant plus, nous n'hésiterions pas, devant une indication pressante, à faire la ligature des deux bouts de l'artère.

Quant au moyen que je viens de vous recommander, c'est-à-dire l'élévation de la main qui m'a déjà donné de très-beaux résultats, il n'est pas toujours accepté volontiers par les malades, pour lesquels le plus souvent c'est une gêne très-grande et parfois un peu pénible. Néanmoins j'y insiste vivement pendant les premiers jours, et je ne consens qu'un peu plus tard et devant une incommodité trop grande à descendre un peu la main.

En outre des accidents toujours possibles pendant les premiers temps, la plaie de mon malade est encore assez inquiétante à cause de sa profondeur et des parties qui ont pu être lésées. La présence du caillot extérieur, et la crainte d'une hémorrhagie par suite des recherches auxquelles il aurait fallu me livrer, ne m'ont pas permis de

m'assurer de ce qui avait été coupé, un ou deux tendons ou bien tout le paquet tendineux, le nerf cubital et le nerf médian.

Ce n'est que plus tard que nous pourrons nous en rendre compte.

II. J'ai placé aussi ce matin un appareil pour une fracture du corps du radius, en ayant soin de refouler les muscles dans l'espace interosseux et de les y maintenir par une compression légère, mais permanente, afin de tenir écartés de l'os resté sain les fragments de l'os brisé, notamment le fragment inférieur, que le muscle carré pronateur tend constamment à rapprocher du cubitus.

En effet, lorsque les fragments du radius se trouvent entraînés vers le cubitus, on a grande chance de voir le cal venir adhérer à l'os non fracturé. L'indication est encore plus formelle lorsque les deux os de l'avant-bras sont brisés, parce qu'alors les quatre fragments tendent à se souder les uns aux autres par un cal unique.

De plus j'ai appliqué un bandage à jour, afin de pouvoir parer, en resserrant les bandelettes de diachylon, au relâchement qui se produit au bout de trois ou quatre jours.

Je ferai remarquer encore que ce malade est ici depuis cinq jours et que c'est seulement aujourd'hui que je me suis décidé à lui appliquer son appareil. Car, si un bandage contentif est placé le premier jour, et qu'il soit tant soit peu serré, du gonflement survient sous l'appareil et s'accompagne de souffrances inutiles à infliger au malade. De plus, que les artères soient un peu faibles, il n'en faut pas davantage pour donner lieu à la formation d'eschares et à la gangrène; accidents qui n'auront d'autre origine qu'un bandage appliqué trop tôt et qui n'a pas été desserré à temps.

Je pourrais vous citer nombre d'observations de ce genre, dont quelques-unes ont donné lieu à des procès intentés par le malade à son médecin. Ne mettez donc le premier jour votre appareil de fracture qu'à la condition de le surveiller matin et soir, sinon vous exposez votre malade à des accidents graves.

En réalité, du reste, il n'y a aucun avantage à l'appliquer avant que la période inflammatoire ait cessé. C'est pourquoi vous m'avez vu différer chez mon malade jusqu'à ce matin.

III. La petite malade qui est couchée sur un lit supplémentaire est entrée dans nos salles pour une fistule à l'anus qui date de cinq mois, fistule qui ne s'accompagne d'aucune callosité périfistulaire comme chez les sujets dont la maladie est ancienne.

Le trajet de sa fistule est très-douloureux; il est très-rapproché de la peau, tout à fait sous-tégumentaire, condition excellente pour une guérison prompte et facile. Il suffira d'une simple incision pour la transformer en une plaie superficielle que l'on traitera comme telle.

Mais, chez cette malade, deux conditions sont mauvaises : d'abord les douleurs très-vives dont elle se plaint beaucoup, soit qu'elle les exagère, soit qu'elle les ressente réellement; cependant sa fistule reste bien ouverte et aucune collection purulente ne semble exister dans le voisinage. La seconde condition mauvaise, c'est que cette fistule s'accompagne de quelques désordres du côté des voies respiratoires. Fistule et tuberculose pulmonaire sont une coïncidence malheureusement assez fréquente. Notre jeune malade est atteinte d'un enrouement qui date déjà d'un certain temps; elle tousse, et elle a eu plusieurs fois déjà des hémoptysies; je la crois donc un peu tuberculeuse, sans que la phthisie me paraisse très-avancée. Cependant je l'examinerai de nouveau avec soin, et, si l'affection pulmonaire n'est pas très-avancée, je l'opérerai de sa fistule; dans le cas contraire, je renoncerai à toute intervention chirurgicale.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Cancer du foie.

Nous avons reçu hier une femme dont la maladie est d'un diagnostic précis assez difficile au premier abord, quelques-uns des signes pour ainsi dire pathognomoniques de l'affection dont elle est atteinte nous faisant défaut, et, de plus, l'évolution de cette affection ayant été quelque peu anomale.

C'est une femme qui approche de la cinquantaine, au visage souffreteux, un peu cachectique, et chez laquelle le phénomène le plus apparent de la maladie est, à première vue, le développement du ventre.

Celui-ci, en effet, est assez fortement distendu par une certaine quantité de liquide épanché dans la cavité péritonéale, quantité qui n'est pas extrêmement considérable, si nous en jugeons par les limites assez restreintes de la matité et la conservation de la sonorité à partir d'un certain niveau. Cette quantité peut être évaluée approximativement à deux ou trois litres. La tuméfaction du ventre est due aussi à un certain degré de tympanite, et un peu à la maladie elle-même.

Une palpation attentive du ventre et notamment de l'hypochondre droit permet de constater des duretés inégales, de nombreuses bosselures, séparées de temps en temps par des incisures profondes; on sent également à droite et en haut une rénitence exagérée, et la matité correspondant à l'organe hépatique se prolonge assez loin dans le flanc droit.

La rate ne présente aucune augmentation de volume; les organes thoraciques n'offrent non plus rien de particulier; les poumons, à l'auscultation et à la percussion, paraissent absolument sains. Le cœur également ne paraît être le siège d'aucune lésion; il a des dimensions normales, ses bruits sont réguliers et sans aucun souffle; la percussion et l'auscultation ne décèlent aucune altération.

D'autre part, si l'on examine le tube digestif, on reconnait que les fonctions s'accomplissent régulièrement; la langue est bonne, sans rougeur ni enduit particulier, et les digestions se font bien.

Les téguments ne présentent aucune coloration ictérique; seule, la conjonctive affecte une très-légère teinte jaunâtre.

Nous avons donc une tumeur dure dans l'hypochondre droit, qui appartient au foie. L'organe hépatique descend plus bas qu'à l'état normal, mais il ne remonte pas beaucoup au-dessus de son niveau habituel, comme c'est le cas le plus ordinaire lorsqu'il augmente de volume, à moins que la face supérieure ne soit la partie principalement atteinte. Dans ce cas il fait saillie sous le diaphragme, qu'il soulève plus ou moins fortement, refoulant les poumons, déplaçant le cœur, et pouvant déterminer par suite quelques troubles fonctionnels du côté des organes thoraciques.

Ici il n'en est pas ainsi, et le développement exagéré du foie atteint surtout le lobe droit et un peu aussi le lobe gauche.

Mais à quel ordre d'affections devons-nous rattacher cette tuméfaction du foie? Tout d'abord je vous dirai que ce n'est pas une tumeur kystique; elle n'en a pas les caractères, et, de plus, elle est dure et résistante.

Ce n'est point une cirrhose hypertrophique; sans quoi la tuméfaction du foie serait lisse, régulière, la rate serait également hypertrophiée, on observerait des phénomènes ictériques, etc.; chez notre malade, vous n'avez rien de tout cela.

Ces bosselures que nous constatons par la palpation seraient-elles des gommes syphilitiques du foie, comme on en voit parfois, siégeant à différents points de la surface de l'organe, où elles forment quelques saillies jusqu'au moment où elles se résorbent et laissent à leur place une cicatrice profonde? De là ces déformations du foie et l'apparence bosselée de sa surface. Non, ces gommes syphilitiques ne forment pas des tumeurs multiples, innombrables, comme chez notre malade; mais elles sont rarement au nombre de plus de cinq ou six. Nous pouvons ajouter aussi qu'il n'existe chez cette femme aucun antécédent syphilitique, signe, il est vrai, de médiocre valeur dans le cas présent, car la syphilis pourrait être congénitale. Elle pourrait avoir été acquise aussi dès les premiers temps de la vie, ou contractée beaucoup plus tard et avoir été tellement bénigne au début que, traitée à temps, elle aurait passé inaperçue de la malade, en tant qu'affection vénérienne, et son évolution, arrêtée ou suspendue pendant un certain laps de temps, se serait seulement manifestée plus tard sur les viscères et d'une façon extrêmement grave.

Nous ne sommes donc pas non plus en présence ici d'une manifestation syphilitique, et il ne reste plus, ces différentes maladies éliminées, que le cancer du foie, c'est-à-dire une affection presque toujours secondaire.

Le cancer du foie se présente parfois sous la forme d'une masse néoplasique, mais le plus souvent sous la forme de marrons disséminés, de façon à cribler pour ainsi dire l'organe hépatique. Ces marrons sont généralement déprimés à leur centre, et cette dépression caractéristique résulte d'une sorte de cicatrisation de chacun d'eux par destruction des cellules qui les constituent et prolifération de tissu conjonctif qui réduit chaque tumeur à une induration fibreuse cicatricielle.

Ce n'est point là une guérison véritable de la maladie, car pendant ce temps le cancer progresse en d'autres points, mais seulement une guérison centrale du marron, remplacé alors par une cicatrice cupuliforme.

Chez notre malade, ce caractère de dépression centrale des petites tumeurs fait défaut, en raison de l'évolution extrêmement rapide de la maladie, qui n'a pas laissé le temps nécessaire à la prolifération du tissu conjonctif et à la cicatrisation des marrons; aussi notre diagnostic d'un cancer du foie n'en est-il nullement modifié.

Nous disions tout à l'heure que le cancer de l'organe hépatique était presque toujours une affection secondaire; comment ici pourrons-nous le prouver, notre malade ne présentant aucun trouble digestif, aucune lésion intestinale, aucune modification des fonctions du rein, le rectum et l'utérus étant sains, comme nous avons pu nous en assurer par le toucher, point d'épithélioma rectal ni des organes génitaux, ni de la cavité buccale? Enfin il n'existe aucune autre tumeur abdominale que la tuméfaction en bosselure du foie; rien du côté des mamelles, ni des organes de la respiration, ni de l'organe cardiaque.

Dans ces conditions, le cancer serait-il donc ici primitif? Nous ne pouvons nous prononcer à cet égard, mais bien faire certaines restrictions, l'origine du cancer du foie étant souvent assez difficile à trouver. C'est ainsi qu'il y a quelque temps, sur un individu atteint de cancer du foie, chez lequel nous n'avions découvert de son vivant aucune autre lésion, nous avons trouvé à l'autopsie un cancer de la prostate, absolument méconnu jusque-là; c'est ainsi que chez un autre sujet nous ne trouvions aussi qu'à l'autopsie seulement un petit marron cancéreux de la vessie. Ces faits nous obligent donc, je le répète, à une certaine réserve, bien que dans quelques cas le cancer du foie paraisse être réellement primitif.

Quant aux antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien du côté maternel; la mère de notre malade vit encore, elle est âgée de soixante ans et jouit d'une bonne santé; du côté paternel il n'en est pas ainsi, son père est mort à la suite d'une longue maladie qui, d'après le récit de cette femme, aurait été un cancer du foie avec jaunisse. L'hérédité serait donc ici parfaitement prouvée, non-seulement comme affection cancéreuse, mais encore comme localisation organique.

Le pronostic, je n'ai pas besoin de vous le dire, est des plus graves; la maladie est incurable, et nous n'avons aucun moyen d'enrayer les accidents ni d'en retarder la marche, en raison surtout d'une évolution aussi rapide et d'une acuité aussi grande. Tout ce que nous pouvons faire, c'est, par une ponction de l'abdomen, de diminuer la quantité du liquide épanché et, par là, combattre les phénomènes de suffocation; mais là, malheureusement, s'arrête toute thérapeutique efficace.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Affection articulaire du genou, amputation de la cuisse. — II. Épithélioma de la langue, du voile du palais et de la commissure intermaxillaire.

I. Nous avons fait samedi une amputation de la cuisse *in extremis* sur un homme atteint d'une ostéo-arthrite du genou, avec trajets fistuleux le long de la cuisse, et qui, de plus, était en proie à une fièvre hectique des plus graves; la température s'abaissait le matin au-dessous de 37 degrés, tandis que le soir elle se relevait à 39 degrés et demi, voire même tout près de 40 degrés, présentant ainsi un écart de plus de 2 degrés et demi. L'émaciation était considérable, les urines très-chargées, et des eschares s'étaient formées au sacrum.

Le malade parvenu à cet état, nous nous étions demandé si nous l'opérerions; une première fois, avant que les phénomènes se fussent aussi aggravés, la famille de cet homme s'était refusée à ce qu'il fût opéré, et ce n'est que dans les derniers jours, alors qu'il était déjà bien tard pour le faire, qu'elle s'y est décidée.

Nous avons donc pratiqué l'amputation de la cuisse, sans chercher à obtenir ensuite la réunion immédiate, mais nous avons fait un pansement analogue à celui que nous avons appliqué pour la désarticulation de la cuisse, dont le malade est actuellement à peu près guéri, c'est-à-dire en laissant le moignon à découvert sous une simple mousseline, et en le soumettant à une pulvérisation continue. Malheureusement nous avons compté sans l'appareil, qui marchait mal, et nous avons dû attendre 48 heures pour qu'il fût réparé.

Aussitôt après l'opération, il s'est produit une très-grande dépression des forces, puis l'état général s'est relevé, trop même hier soir, où la température est remontée à 39 degrés; seulement nous devons ajouter que la plaie n'a commencé à être soumise aux antiseptiques que depuis cette nuit. C'est donc déjà un résultat relativement satisfaisant. Du reste, aujourd'hui, l'état général s'est amélioré; notre opéré ne souffre plus; sa langue est humide, large, bonne; les urines sont devenues transparentes, colorées un peu en brun ce matin par l'action de l'acide phénique. Il ne nous reste donc plus, comme symptômes fâcheux, que la température encore un peu élevée et une soif assez vive.

Quant à la plaie, elle est un peu convexe, et l'on aperçoit à son centre le fémur faire saillie; mais nous n'avons pas à nous en effrayer, et, lorsque les granulations se formeront, les lambeaux pourront être rapprochés et seront suffisants pour recouvrir la plaie. Mais ce qui laisse toujours le malade en danger, c'est le corps étranger, une plaque d'amadou, que nous avons été forcés de placer dans le canal médullaire de l'os pour arrêter l'écoulement du sang fourni par l'artère nourricière du fémur située au centre du canal. Néanmoins j'ai aujourd'hui quelque espérance de pouvoir sauver le pauvre garçon.

II. Depuis quelques mois nous avons fait plusieurs amputations de la langue pour des affections épithéliomateuses. Celui que nous avons opéré il y a quatre mois, en lui enlevant la presque-totalité de la langue, va bien; il est gai, il a recouvré un certain embonpoint, il se fait assez bien comprendre maintenant et commence à manger assez facilement. Il conserve seulement une petite fistule sus-hyoïdienne entretenue par la présence d'un séquestre qui paraît devoir se détacher très-prochainement. Mais je dois vous citer un phénomène qui s'est passé chez lui, et qui est assez curieux: c'est que la consolidation de la mâchoire qui avait été sectionnée s'est faite avec un chevauchement des deux fragments qui entraînerait, si nous ne pouvions y remédier, une assez grande gêne pour la mastication. C'est un fait qui n'a pas encore été, que je sache, signalé nulle part. La consolidation osseuse est assez lente à se faire chez cet homme, et, aujourd'hui, quatre mois après l'opération, il existe encore une pseudarthrose.

Le malade, qui a été opéré il y a vingt-huit jours, grâce à la présence de la sonde, actuellement encore en place, a évité les angoisses de la faim, de la soif et de la déglutition. La plaie sus-hyoïdienne est en grande partie réunie, et au gros drain primitif nous avons substitué un fil de caoutchouc; il ne reste plus qu'un très-petit trou qui tend à se fermer promptement, ce qui permettra bientôt à cet homme de s'alimenter par la bouche. C'est un très-beau résultat rapidement obtenu.

Tout dernièrement nous avons perdu un malade atteint d'un cancer à la langue, cancer qui n'était pas opérable. Chez lui, la marche de la maladie avait été très-rapide; les glandes du cou, la mâchoire, la base de la langue, le menton, toutes les parties molles de la région avaient été envahies par un épithélioma aigu, et cet homme est mort par asphyxie.

Nous avons aussi dans nos salles, en ce moment, un garçon de haute taille, vigoureux, qui nous présente un épithélioma également inopérable, qui atteint le plancher de la bouche, les glandes du cou et même la mâchoire, à tel point qu'il serait plus que téméraire, réellement, de chercher à l'opérer.

Il n'en est pas de même d'un dernier malade, âgé de quarante ans, atteint également d'épithélioma, chez lequel la maladie a débuté dans les parties les plus reculées de la langue, s'étendant ensuite au voile du palais, au pilier antérieur, sur lequel on aperçoit une ulcération heureusement encore superficielle, enfin à la commissure intermaxillaire également ulcérée. Les ganglions sous-maxillaires ne paraissent pas pris, mais la prudence exigera que nous les relevions cependant, de peur de trouver à leur centre un noyau d'épithélioma, comme cela est déjà arrivé plus d'une fois, alors que ces ganglions paraissaient absolument sains.

Nous aurons aussi à enlever un autre petit ganglion situé dans la gaine des vaisseaux carotidiens, bien qu'ordinairement je n'aime pas à y toucher dans cette région, mais ici il est très-petit et très-mobile.

Nous aurons à pratiquer l'ablation de toute la moitié gauche de la langue et aussi d'une bonne partie de la moitié gauche du voile du palais. Je pourrais avoir recours au procédé de Billroth, mais je n'aurais pas un passage sûr pour arriver jusqu'au voile du palais. Or atteindre celui-ci par la région sus-hyoïdienne est chose très-difficile; il en est de même par la voie buccale. C'est pourquoi j'adopterai ici les principes de la section temporaire, c'est-à-dire le procédé de Roux-Sédillot.

J'inciserai donc la mâchoire sur le côté, au-devant du masséter, puis, écartant les fragments, j'arriverai droit sur le voile du palais, par une route de trois à quatre centimètres seulement de longueur, c'est-à-dire par le chemin le plus court. Le malade sera, bien entendu, préalablement endormi. Si le muscle ptérygoïdien interne me gêne, je le déchirerai avec l'ongle. Enfin, avec l'écraseur ou le thermocautère, je diviserai la langue sur la partie médiane, après quoi je pratiquerai la résection du voile du palais, avec le thermocautère. L'opération se fera très-probablement sans difficultés sérieuses.

J'ajouterai que, depuis dix jours, j'ai préparé mon malade au cathétérisme œsophagien par les fosses nasales. Les premiers jours, nous avons éprouvé quelques difficultés, la sonde était mal supportée, probablement à cause de la lésion du voile du palais. Mais, en donnant quatre grammes de bromure de potassium, nous avons obtenu la sédation du pharynx, sa quiétude, et notre homme est aujourd'hui acclimaté à un procédé qui nous permettra de lui éviter les angoisses de la soif et de la faim.

REVUE DE LA PRESSE

Cécité consécutive à l'hématémèse. — Les faits de cécité survenant à la suite d'hémorrhagies abondantes ne sont pas aussi rares qu'on l'a cru pendant longtemps, et le nombre des observations rapportées s'élève de jour en jour. C'est ainsi que Siegmund Fries en a déjà recueilli cent; que M. le docteur Ernest Rolland en peut citer une dizaine de cas observés en peu de temps, dans sa pratique, parmi lesquels celui d'une femme qui, à la suite d'hémorrhagies utérines, a complètement perdu la vue.

M. le docteur Moncade publie le fait d'un homme de vingt-huit ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, qui fut pris, la nuit, tout à coup, d'une hématémèse extrêmement abondante. Phénomènes consécutifs: pouls petit à peine perceptible, faciès décoloré, extrémités froides, mydriase énorme, insensibilité des pupilles à l'action de la lumière, syncopes au moindre mouvement, faiblesse excessive; le malade peut à peine parler.

Le surlendemain, amélioration générale, mais vives douleurs oculaires et frontales et dilatation persistante des pupilles, vision presque nulle. M. Moncade, pensant avoir affaire à une paralysie de l'accommodation, prescrit des frictions sur les tempes avec un liniment stimulant, ainsi que l'application de courants continus, traitement auquel il ajoute la médication antisyphilitique, bien que le malade n'avoue aucun antécédent.

Cinquante jours plus tard, l'état général était excellent, mais le malade ne distinguait que confusément les objets. C'est alors que M. le docteur Moncade l'adressa à son confrère M. le docteur Ernest Rolland (de Mont-de-Marsan), qui reconnut, dans un examen fait avec l'ophthalmoscope, une atrophie de la papille du nerf optique plus prononcée à droite qu'à gauche. Le malade ne voit plus directement; la perception n'a lieu que dans les parties périphériques de la rétine. Traitement: injections hypodermiques sur la tempe avec la solution suivante:

Nitrate de strychnine.	20 centigrammes.
Eau distillée	2,000 —

Dix gouttes chaque fois.

Régime tonique, fer réduit, quinquina, etc.

Grâce aux moyens employés, la vision s'est sensiblement améliorée; elle est encore un peu confuse et il y a défaut de fixation centrale. Néanmoins le malade peut se diriger seul et travailler tous les jours. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre. — M. le docteur Ch. Brame (de Tours) a guéri un assez grand nombre de rétrécissements du canal de l'urèthre, même anciens, en employant les moyens suivants:

1° Une baguette de verre de 2 à 3 millimètres de diamètre pour franchir les rétrécissements. On a soin d'enduire cette baguette de glycérine, et l'on pousse doucement et avec patience dans le canal rétréci. Il n'a jamais vu d'obstacle lui résister. Souvent il y a une légère hémorrhagie qui n'est nullement à redouter; elle est, au contraire, bienfaisante. D'ailleurs on l'arrête à volonté avec l'iodure argentique qu'on emploie le plus ordinairement après la baguette enduite de glycérine.

2° A la fin du traitement, on peut faire usage d'une solution aqueuse concentrée de tannin pour condenser la muqueuse et assurer la guérison définitive. (*Courr. méd.*)

Pulvérisations d'acide phénique contre la douleur du traumatisme. — M. le docteur Guermonprez (de Lille) vient de publier deux faits récemment observés par lui, d'un traumatisme extrêmement douloureux, dans lesquels les pulvérisations d'eau phéniquée ont déterminé d'une façon remarquable l'insensibilité des organes blessés. Il s'agit de deux ouvrières employées dans un atelier de peignage de coton, et dont la main s'était trouvée prise, à un moment donné, entre un tambour et les aiguilles d'une peigneuse plate, aiguilles dont un certain nombre s'étaient brisées et fixées plus ou moins profondément dans les doigts.

L'extraction des corps étrangers put se faire, pour ainsi dire, sans aucune douleur pour les blessées, grâce à des pulvérisations phéniquées employées pendant près d'un quart d'heure chez l'une des blessées et dix à onze minutes chez l'autre. Dans l'un des cas le nombre des aiguilles retirées ne s'éleva pas à moins de cent cinquante, opération qui dura une heure et demie environ.

Ce n'est pas, dit M. le docteur Guermonprez, que la pulvérisation d'eau phéniquée soit anesthésique, mais elle diminue notablement la sensibilité; aussi en ai-je particulièrement profité dans le traitement des plaies contuses, surtout chez les enfants. Toutefois, pour en retirer tous les avantages possibles, il faut que l'action de ces pulvérisations soit suffisamment prolongée, qu'elle soit aussi suffisamment copieuse; enfin, il est nécessaire que l'eau phéniquée soit à 20 ou 25 p. 1000. Si les proportions de l'acide phénique sont plus fortes, la solution détermine un picotement qui devient bientôt douloureux; si, au contraire, ces proportions sont plus faibles, la pulvérisation devient inefficace.

Comme corollaire, M. Guermonprez ajoute que ces mêmes pulvérisations phéniquées ont été employées avec succès dans le traitement de la pharyngite et de l'angine des piliers de nature inflammatoire, aiguë ou chronique. Il cite notamment l'exemple d'un tuberculeux, atteint d'ulcérations très-étendues du larynx et du pharynx, qui en était arrivé à tousser sans discontinuer et à ne plus pouvoir avaler sans éprouver des douleurs qui lui faisaient redouter le moindre mouvement de déglutition. Les pulvérisations d'eau phéniquée produisirent chaque fois un soulagement, momentané il est vrai, mais suffisant pour avaler même quelques aliments solides.

Dans la plupart des cas d'angine et de pharyngite, la solution employée était de 10 à 12 grammes d'acide phénique p. 1000; dans quelques autres, c'était la solution listérienne à 20 ou 25 p. 1000.

De tous les faits observés l'auteur conclut:

1° Que la pulvérisation d'eau phéniquée, sans être un anesthésique, contribue à diminuer la sensibilité et à amoindrir ou supprimer la douleur des plaies récentes;

2° Que ce moyen apporte un soulagement remarquable dans les angines et les pharyngites de nature douloureuse.

Toutefois l'effet de ces pulvérisations n'est que de courte durée et ne peut être acquis qu'autant que le titre de la solution est approprié à chaque cas particulier; et il y a lieu d'en varier le titre suivant les indications et les résultats obtenus. (*Thérap. contemp.*)

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert RENÉ,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

VIII

III. THÈSES.

Nous n'avons d'abord pu retrouver qu'un petit nombre de thèses de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson; elles appartiennent aux dernières années de la Faculté. Elles comptent 4, 8 à 16 ou 20 pages au plus, format in-4°, et sont imprimées en latin. Pour les arts et la théologie, les thèses étaient plus souvent imprimées dans un cartouche *ad hoc*, ménagé au bas d'une grande gravure allégorique. Tout le monde connaît en ce genre la grande thèse illustrée par Callot (elle est appelée *grande* parce qu'elle fut soutenue par le fils du duc de Lorraine).

On faisait des thèses pour le baccalauréat en médecine, pour la licence et pour le doctorat. Notons rapidement les thèses qui se trouvent à la bibliothèque de la ville de Nancy.

Ces thèses portent souvent en tête de la première page une vignette (cul-de-lampe) représentant soit un paysage ou des corbeilles de fleurs, soit des figures allégoriques des diverses branches des sciences. On trouve assez généralement les dédicaces: *Sub auspiciis divinis, Deo Opt. Max. Virginique Deiparæ et S. Lucæ medicorum orthodoxorum patrono, D. O. M. Deo Uni et Trino*, etc.

L'histoire nous a conservé les noms des deux premiers docteurs reçus par la Faculté de Strasbourg (fondée en 1574). Le 14 avril 1621, André Schilling soutint, avec cette pointe d'humeur qui appartenait aux savants de l'époque, la première thèse de doctorat sur la question suivante:

« Quand on reçoit un nouveau médecin, faut-il faire un nouveau cimetière? »

Le même jour, et dans la même cérémonie solennelle, Jean Charles traitait la question de savoir « si un médecin chrétien

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 août 1881.

pouvait, sans blesser sa conscience, donner ses soins à des juifs, à des Turcs, à des athées et à des ennemis de sa patrie? » La question, hâtons-nous de le dire, était résolue par l'affirmative. (Voir *Revue des thèses de Strasbourg*, par G. Tourbes, 1867.)

En ce qui concerne les thèses de Pont-à-Mousson, nous ne sommes pas aussi heureux que pour Strasbourg.

La plus ancienne est une thèse pour la licence de J.-Fr. Henry, 1724 : *An variolis et morbillis vini generosi potus*, etc. L'auteur conclut à l'usage d'un bon vin, pur, ou plus souvent mélangé d'un peu de chardon bénit.

Citons, en 1748, les *Délices de la médecine ou la médecine des dames*, nouveau projet pour rendre les médicaments d'un facile usage, en les dépouillant de tout ce qui peut donner de la répugnance aux malades sans rien ôter aux remèdes de leurs vertus essentielles. Un médecin de la ville de Toul, Esbérard, associé à l'apothicaire Louis Bouchon, a rédigé ce mémoire pour indiquer les admirables vertus des remèdes fabriqués, — et exclusivement vendus, — par ledit maître apothicaire, son artiste. Le tout est approuvé par Grandclas, doyen de la Faculté de médecine. Nous voyons défiler successivement : « les purgatifs, le sirop de Niphon, hydragogue, phlegmagogue et cholagogue, très-propre à purger la pituite, la bile, la mélancholie et l'atrabile; le sucre éthéré, pour les évacuations douces, les tablettes angéliques, l'élixir de Canarie qui fortifie et évacue les mauvais levains; les vomitifs, les vermifuges, le sirop de Portugal, et celui de Carthagène (Tolu réformé), le sirop de Serguis, don du sultan Achmet; l'apéritif froid qui guérit les intempéries froides, l'apéritif chaud qui guérit les intempéries froides des reins et de la vessie; la quintessence diaphorétique de Lima, la teinture besoardique; les cardiaques, stomachiques et alexipharmaques, la teinture cordiale et stomachique de Céclan, la confection de Nanquin, la quintessence de Nisi; l'élixir fébrifuge de Lima, etc. L'ouvrage se termine par la nomenclature et les attestations des gens guéris par l'un ou l'autre de ces remèdes, y compris le maire de Toul.

En 1761, thèse de doctorat de Ch.-J. Olivier (de Lyon), sous la présidence de Joseph Jadelot, sur les « polypes ». Il recommande l'hygiène, l'usage prudent des six choses non naturelles; si cela ne suffit pas, il faut déclarer le mal incurable, et prescrire les exercices modérés du corps, la chasse, les promenades à pied, à cheval ou en voiture, un régime léger, mais réconfortant; éviter les chagrins, la constipation; élixir de Hoffmann après les repas, usage prudent et éclairé des mercuriaux, etc.

Nicolas Jadelot soutint sa thèse de licence en 1758, sous la présidence de Pierre Parisot : *De actione aeris.* Sa conclusion est que l'air de Pont-à-Mousson est salubre et tempéré. Il compare l'air des villes et celui des campagnes; il nous donne un écho du vers *O fortunatos nimium...*, de Virgile, dans une exclamation que chacun de nous répéterait volontiers : « Felix itaque ille qui procul urbis strepitu, dulcem captat ruris auram, omni solutus negotio, hujus et mens recreatur et corpus servatur incolume ! » Huit ans plus tard, le même Jadelot, devenu doyen de la Faculté, prononçait un discours d'ouverture : *De variis medicinæ fatis*, dans lequel il fait une éloquente histoire de la médecine depuis les temps les plus reculés.

En 1767, J.-F.-André de Guerre, *maître ès arts*, soutient une thèse de baccalauréat en médecine : *De sanguine.* Il étudie le sang, la lymphe et le chyle; il trouve une grande analogie entre le sang et le lait; mais, dit-il, les mortels ne sauront jamais complètement comment tant d'aliments divers ingérés dans le corps peuvent se transformer en un seul et même liquide, le sang.

La même année, F.-Michel-Jacob Schnezer soutient sa thèse de doctorat : *De hæmoptoe sive hæmoptysi.* L'insuccès en médecine, dit-il, tient souvent à ce que le médecin est appelé trop tard :

Non est in medico semper relevetur ut æger,
Dum mala per longas invaluere moras.

Traduisons encore sa péroraison : « Telle est ma thèse, peut-être un peu courte. Es-tu satisfait, ami lecteur? Oui, je l'espère, tant mieux. N'es-tu pas content? Je m'en consolerai en songeant à la destinée commune des choses humaines. Nous ne sommes point parfaits. N'oubliez pas que ceci est mon premier travail. Si Dieu me prête vie, je ferai mieux plus tard. Adieu. »

Citons une thèse de baccalauréat de Fr. Vaultrin, en 1768, sur les *Différences qui existent entre le fœtus et l'adulte*, et arrivons à une excellente thèse de licence, *De passione hysterica*, par Jean-Étienne Fontagne (de Commercy). En une page de latin, nous y trouvons tous les symptômes et toutes les formes de l'hystérie. Boule hystérique, polyurie, dysurie, vaginisme, troubles de la vue, de l'ouïe, anesthésie et hyperesthésie, hystérie chez l'homme, etc., sont mentionnés dans ce travail qui date de 1768. Quant au traitement, il ne diffère guère de celui que nous emploierions encore aujourd'hui : quinquina, valériane, gentiane, fer, exercice, hydrothérapie, équitation, bains froids, diffusibles, et surtout traitement des causes probables de la maladie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 août 1881, M. le docteur Gillet (Paul-Louis), médecin principal du *Trident*, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur. — A dirigé l'ambulance du corps de débarquement, tant à Sfax qu'à Gabès, avec le plus grand dévouement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Legroux, agrégé, est chargé, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1881-1882, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Marchand, agrégé, est chargé, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1881-1882, du cours auxiliaire de pathologie externe.

M. Cadiat, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Faguet est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gautier est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gay, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Laborde est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gombault est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1881-1882.

MM. Gaucher et Variot sont maintenus dans les fonctions de préparateurs adjoints des travaux pratiques d'histologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

— Sont nommés, pour deux ans, à la Faculté de médecine de Paris :

1° Chefs de clinique médicale : MM. Talamon (Charles), en remplacement de M. Oulmont, dont le temps d'exercice est expiré; Josias (Albert), en remplacement de M. Déjerine, dont le temps d'exercice est expiré.

2° Chef de clinique adjoint : M. Jean (Alfred), en remplacement de M. Dreyfous, dont le temps d'exercice est expiré.

3° Chefs de clinique chirurgicale (emplois nouveaux) : MM. Henriet (Léon), Duret (Henri).

4° Chefs de clinique adjoints : MM. Picqué (Lucien), Redard (Jean-Paul).

— L'administration de l'Assistance publique fait étudier en ce moment la création d'un hôpital spécial de varioleux, aux environs de Paris. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette décision, surtout lorsque nous voyons, dans le Bulletin hebdomadaire de statistique municipale, le nombre de varioleux qui existent actuellement dans le quartier Saint-Louis. « En effet, le fait grave sur lequel nous devons attirer l'attention, dit M. le docteur Bertillon, chef de la statistique municipale de la ville de Paris, c'est l'existence d'un foyer de variole aux abords de l'hôpital Saint-Louis. Sur 47 malades qui nous sont signalés cette semaine, comme étant atteints de

cette affection, 21 sont domiciliés dans les rues avoisinantes. De plus, sur 12 décès par cette cause, le quartier de l'hôpital Saint-Louis en a fourni 4. Dans leurs communications, en nous dénonçant les cas d'invasion de variole, la plupart des praticiens n'hésitent pas à attribuer la cause de l'épidémie, dont ce quartier est le siège, au voisinage de l'hôpital, et en particulier à celui du baraquement où sont actuellement soignés les varioleux. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. — Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* se composera d'environ 35 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. — Tome XXX, 1881, 1 vol. in-8° de 880 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Les principaux articles du tome XXX sont : *Pseudarthrose,* par Denucé ; *Psoïtis,* par Heurtaux ; *Psoriasis, Purpura, Pustules,* par Hardy ; *Ptérygion,* par Panas ; *Pubis,* par Schwartz ; *Puerpéral (État)* et *Puerpérale (Fièvre),* par Stoltz ; *Pulvérisation,* par Beni-Barde ; *Pupille,* par Abadie et de Beurmann ; *Purgatifs* et *Régime,* par Luton ; *Purulente (Infection),* par Alphonse Guérin ; *Quinquina,* par Prunier et Guès ; *Rachis* et *Rachitisme,* par Lannelongue ; *Rage,* par Signol et Doléris ; *Rate,* par M. Jeannel ; *Rectum,* par Gosselin et Dubar ; *Rein,* par Marduel et Labadie-Lagrave, etc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle, par le docteur Dupeyrat. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Quelques considérations sur l'œdème vulvaire chez la femme enceinte et en travail, par le docteur Gaulard, agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Lille. In-8° de 32 pages. — Épinal, typographie Henri Fricotel.

Essai expérimental sur les conditions de toxicité de l'oxygène pur, par le docteur Maurice Seiler, ancien aide d'anatomie et de physiologie pathologiques à la Faculté de médecine de Nancy, in-8° de 48 pages. — Nancy, imprimerie H. Collin.

Du diagnostic des affections pulmonaires de nature arthritique et de leur traitement par les eaux sulfureuses sodiques et arsenicales, par le docteur T. Collin, in-8° de 82 pages. — Paris, A. Parent.

Médecine vieille et médecine nouvelle; introduction au cours de thérapeutique, avec une préface pour l'édition française, par M. le docteur Semmola, professeur de thérapeutique à l'Université de Naples. Traduction de M. le docteur L. Girerd. In-8° de 100 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude clinique sur la névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux chez la femme, par le docteur Le Bailly. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

A propos du railway transsaharien, réflexions et observations hygiéniques et médicales. par M. le docteur Ch.-J. Masse, médecin principal de première classe, in-8° de 72 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, Calmann-Lévy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11631.

N° 100. — JEUDI 1er SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 1er SEPTEMBRE 1881. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance toute de lectures.

Un certain nombre d'empoisonnements récents ayant été imputés au cuivre, M. Galippe, dans une note que nous reproduisons *in extenso*, est venu combattre cette interprétation des faits en question.

M. Ducastel a préconisé contre la variole l'opium à hautes doses et l'éther en injections hypodermiques. Il a traité de cette manière soixante-quatorze cas de variole grave, dont douze sur des sujets non vaccinés. Il y a eu en tout vingt-sept décès, c'est-à-dire un peu plus du tiers. Sur les douze non vaccinés, sept sont morts, un peu plus de moitié.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Plaie d'arme à feu. — II. Corps étrangers mobiles du genou. — III. Arthrite du coude et ankylose. — IV. Plaie profonde de l'avant-bras.

I. Parmi les malades dont nous devons vous parler aujourd'hui, nous avons un individu qui, en manœuvrant un revolver pour le décharger, a été si maladroit que l'une des balles lui est entrée dans le pied. Elle a pénétré entre le quatrième et le cinquième métatarsien, à leur base, et est allée se perdre dans la plante du pied, sans la perforer.

Malgré la saillie que le projectile faisait à la face plantaire, on s'est borné, avec juste raison, à faire l'occlusion immédiate de la plaie d'entrée avec le collodion et la ouate, afin d'obtenir une réunion par première intention, et, celle-ci réussissant, de procéder plus tard à l'extraction de cette balle, lorsque le trajet serait complètement fermé et que la plaie serait cicatrisée.

Mais, bien que le membre ait été placé dans l'élévation et que les indications aient été fidèlement suivies, ce mode de procéder n'a pas réussi à notre gré. Aujourd'hui la plaie suppure, la peau présente une certaine rougeur inflammatoire, un abcès s'est formé.

Nous allons donc être forcé de débrider la plaie de la face dorsale du pied, et de faire une ouverture à la face plantaire pour aller à la recherche du projectile et l'extraire; nous placerons ensuite un drain dans la plaie et nous recouvrirons le tout du pansement antiseptique.

II. Comme second malade, nous avons un jeune garçon, qui est depuis longtemps déjà dans nos salles et auquel nous avons fait la taille articulaire du genou pour un corps étranger mobile. A la suite de l'opération il s'est formé un phlegmon diffus considérable, malgré l'application du pansement listérien, et la suppuration s'est étendue le long de la jambe et de la cuisse. Les accidents ont depuis lors heureusement disparu, et notre malade est en bonne voie de guérison; mais le genou du côté opposé renferme également un corps étranger mobile.

En raison des phénomènes auxquels nous avons assisté après cette première opération, nous ne tenterons plus, chez ce malade, de pratiquer la taille sur le genou actuellement atteint; nous aurons recours à un autre procédé. Je saisirai convenablement mon corps étranger, je le fixerai solidement au moyen de l'anneau à griffes. Les pointes de l'instrument donneront lieu à une irritation modérée suffisante pour produire un exsudat plastique circulaire qui formera une véritable barrière aux déplacements de ce corps mobile et le fixera définitivement auprès du condyle externe.

Je laisserai cet anneau en place trois ou quatre jours, ce temps suffira à déterminer la petite inflammation nécessaire. Ce procédé, en outre qu'il permet d'éviter toute opération sanglante, a aussi l'avantage d'amener assez souvent la guérison complète. En effet les corps étrangers ainsi fixés finissent le plus souvent par disparaître peu à peu avec le temps.

III. Ceci fait, je procéderai à une autre opération sur une femme qui était entrée tout d'abord dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu pour une arthrite blennorrhagique du coude gauche qui s'est terminée par ankylose.

Depuis lors elle a fait une chute dans un escalier, et à la suite de cet accident elle a recommencé à pouvoir remuer un peu son articulation. J'ai attendu que les phénomènes inflammatoires fussent calmés pour me rendre bien compte de l'état de son articulation. Celle-ci est bien ankylosée, mais non complètement; le bras reste allongé, c'est-à-dire dans une position des plus incommodes; aussi l'indication est-elle d'essayer de lui fléchir l'avant-bras sur le bras, afin de lui éviter une impotence absolue du membre.

Mais est-ce réellement à une arthrite blennorrhagique que cette femme doit son ankylose? Elle avait bien, dit-elle, un écoulement au moment où les phénomènes inflammatoires de l'articulation sont apparus. Mais quelle est la femme qui n'a pas quelques flueurs blanches? Aussi, à moins d'accidents réellement spécifiques, caractéristiques, il est bien difficile de se prononcer en toute certitude, si l'on a affaire à un simple écoulement ou à une blennorrhagie.

D'ailleurs la blennorrhagie n'est pas nécessaire pour déterminer une arthrite, et bien des jeunes femmes sont atteintes d'arthrite rhumatismale sans blennorrhagie la précédant. Le fait d'une arthrite blennorrhagique chez cette femme ne m'est donc pas prouvé bien clairement. J'ajouterai de plus qu'auparavant elle avait été atteinte déjà de douleurs assez vives au niveau de l'articulation du genou droit.

Cette arthrite, quelle qu'en ait été l'origine, marche à une ankylose complète; cependant nous avons pu constater, depuis l'entrée de la malade dans nos salles, qu'il existait encore une petite mobilité de l'articulation qui permet quelques mouvements, faibles il est vrai, mais persistant jusqu'à ce jour.

Une question se présente ici: dès que, par les mouvements forcés que nous allons imprimer à l'articulation pour fléchir l'avant-bras sur le bras, nous aurons placé le membre dans une bonne situation qui permette au malade de se servir un peu de sa main, devrons-nous chercher à conserver la mobilisation du membre? S'il s'agissait d'une autre articulation que celle du coude, nous ferions tous nos efforts dans ce but. Mais, pour le coude, cela me paraît absolument inutile, parce que les malades ne parviennent jamais à conserver la mobilité de leur membre. Bientôt celui-ci s'ankylose, parce que le patient n'a jamais la force de volonté nécessaire pour supporter les douleurs qui résultent des mouvements que l'on doit imprimer deux fois au moins par jour à l'articulation pendant un temps assez long.

Aussi me bornerai-je à fléchir le membre et à le maintenir dans une bonne position, aussi favorable que possible aux usages de la main et du bras.

IV. Enfin nous avons un malade qui attire tout particulièrement notre attention au sujet des suites de la blessure pour laquelle il est arrivé dans nos salles.

C'est un jeune conscrit qui, après avoir tiré au sort, s'est enivré comme tant d'autres ce jour-là, et a, dans un faux mouvement causé par cette ivresse même, brisé une vitre et passé son bras au travers.

La main s'est trouvée entaillée ainsi que la face dorsale de l'avant-bras. Cette dernière blessure a été si profonde que l'artère cubitale, le nerf médian et deux plans musculaires se sont trouvés coupés. La section s'est arrêtée sur le bord de l'artère radiale. Les branches dorsales du nerf radial ont été également coupées.

Les deux bouts de l'artère cubitale ont été liés; la plaie a été suturée à la face palmaire de la main et à la face dorsale de l'avant-bras, et placée sous une irrigation continue.

Quant à la sensibilité, elle est presque complètement perdue dans la partie du membre située au-dessous de la section des nerfs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

HISTOIRE DES MALADIES PARASITAIRES.

Du Strongle.

I

En vous présentant l'histoire des maladies parasitaires causées par les vers nématoïdes et distinguées par les anciens, je vous ai montré que l'Ἕλμινς ou l'Ἕλμινς στρογγύλη des livres hippocratiques était l'Ascaride lombricoïde, le *lumbricus teres* de Celse, de Spigel et de Sennert. Le ver nommé Ἀσκαρὶς par Hippocrate, Aristote, Galien, Ætius, est notre Oxyure vermiculaire. Je vous ai fait connaître la constitution et la fréquence du Trichocéphale, appelé d'abord *Trichiuris* pendant l'épidémie de fièvre muqueuse de Göttingue (1760-1761) et passé inaperçu, quoiqu'il eût été observé par Morgagni. Aujourd'hui je mets sous vos yeux un beau spécimen d'un ver parasitaire remarquable que je tiens à vous faire connaître, et qui est le *Strongle*, bien différent de l'Ἕλμινς στογγύλη des hippocratiques. Le Strongle est de grande taille et la femelle peut atteindre jusqu'à 1 mètre de longueur; c'est le géant des nématoïdes.

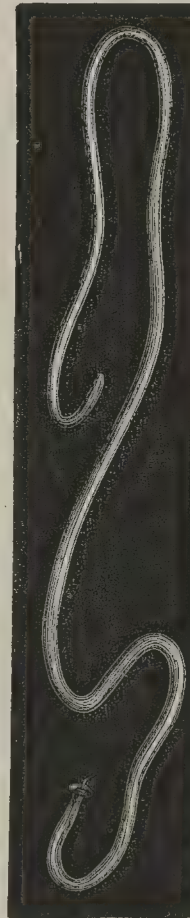


Fig. 1.
Strongle géant mâle, vu dans son ensemble.

Voici la définition que je vous donne pour que vous connaissiez bien ce ver: le Strongle est un helminthe nématoïde, à corps presque cylindrique dans toute son étendue, aminci seulement à ses deux extrémités (voyez la fig. 1) (1); d'une coloration rouge vif comme du sang dans les tissus vivants, et un peu jaunâtre et blanchâtre quand il n'est pas coloré par le sang, par exemple quand on le trouve dans le pus d'un abcès. La tête, amincie, possède une bouche terminale papillaire et le corps présente des stries très-rapprochées. Chez le mâle, l'extrémité postérieure est prolongée par une bourse caudale entière, sorte de cornet destiné à s'appliquer sur l'orifice vulvaire de la femelle; cette extrémité est pourvue de spicules ou pénis. Chez la femelle, la vulve est près de l'extrémité céphalique et située à la partie antérieure du corps; l'anus chez les deux sexes est presque terminal (voyez les fig. 2 et 3).

Pour les premiers auteurs qui l'ont connu, ce ver était un reptile, et Jean de Clamorgan l'appelait le *Serpent des rognons des loups*. Un peu plus tard André Césalpin le nommait Dragon, *Dracunculus longissimus*. En 1802, Collet-Meygret en fit le *Dioctophyme*. Mais le vrai nom employé par les médecins et les vétérinaires est celui de *Strongle*, que lui donnèrent tous les auteurs modernes. C'est le *Strongylus gigas*

(1) Les figures qui accompagnent cette intéressante leçon sont extraites des ouvrages de Moquin-Tandon et de C. Davaine. Nous en devons la communication à l'obligeance des éditeurs, MM. J.-B. Baillière et fils. (*Note de la Rédaction.*)

de Rudolphi, *Eustrongylus* Diesing. Vulgairement, le Strongle a été désigné sous les dénominations de : ver du rein, lombric géant ou rénal.

Cette brève énumération des principales qualifications du strongle vous montre assez à quelle confusion ce ver a donné lieu ; écoutez d'ailleurs l'opinion qu'émettait à ce sujet Jean de Clamorgan, capitaine de chasse, seigneur de Saave, dans son livre de la *Chasse au loup*, publié à Lyon, en 1570 :

« Il y a une chose qui n'a esté escrite par aucun, au moins que je l'aye lue ou ouy dire : que, dedans les rognons d'un vieil loup, s'engendrent et nourrissent des serpents : ce qu'ay veu à trois, voire à quatre loups. Aucune fois, à un loup, y a en un rognon deux serpents, l'un d'un pied, l'autre d'un pouce de long. Les autres, moindres et par succession de temps, font mourir le loup et deviennent serpents et bêtes fort venimeuses. »

Charles Rayger, en 1675, ayant trouvé deux vers dans les reins d'un chien, écrivait ce qui suit :

« Je ne déciderai pas si on doit donner le nom de serpents à ces deux vers, et si, plus tard, ils auraient pu devenir venimeux, ou si les loups sont les seuls animaux dans lesquels les vers prennent la forme de serpents.

« Mon dessein n'a été que de faire observer qu'il se formait quelquefois, dans les reins des chiens, des vers d'une très-grande longueur. »

Blaes est le premier, dit-on, qui trouva, en 1674, le Strongle chez l'homme ; mais il n'y a pas de certitude ; aucun des caractères de cet helminthe n'est décrit. Peut-être s'agit-il de l'Ascaride, avec lequel le Strongle a été longtemps confondu ; le mérite de l'en avoir distingué revient à Redi.

Qu'est-ce donc enfin que le Strongle géant, et comment le distinguerez-vous des autres helminthes ? Je vais vous le décrire avec plus de soin.

La couleur, vous ai-je dit, est rouge, le corps aminci aux deux extrémités, en avant surtout. La longueur du mâle varie entre $0^{m},14$ et $0^{m},40$; sa largeur entre 4 et 6 millimètres. La femelle est plus longue, $0^{m},20$ à 1 mètre, et aussi plus large, $4^{mm},5$ à 12 millimètres.

Si l'on place le Strongle dans l'eau, le ver par endosmose se gonfle et même peut éclater avec un certain bruit en projetant le liquide sanguinolent dont il est rempli.

La bouche (voyez la fig. 2), terminale et arrondie, présente sur le pourtour six petites papilles assez rapprochées, comme chez les ascarides, et n'en différant que par le nombre, ces derniers n'en ayant que trois. Le corps est finement strié tranversalement, tandis que, longitudinalement, se détachent huit stries musculaires frangées de papilles vermiformes, qui sont, paraît-il, des organes de tact.

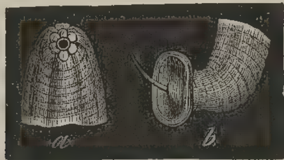


Fig. 2.

Extrémités du corps chez le *Strongle géant*, mâle *a.* extrétrémité céphalique, avec les six nodules entourant la bouche ; *b.* extrémité caudale avec la bourse copulatrice et un spicule.

A l'extrémité postérieure et en dessous, chez les deux sexes, se trouve l'anus.

Chez le mâle (voyez la fig. 2), existe à cette extrémité une bourse copulatrice d'où se détache un pénis grêle et allongé ; Van-Beneden pense qu'il y a deux spicules, Davaine n'en décrit qu'un.

Chez la femelle, les organes génitaux sont différemment placés que ceux du mâle ; la vulve se trouve à la partie antérieure du corps et à 7 centimètres environ de la tête (voyez la fig. 3).



Fig. 3.

Strongle géant, femelle et du chien, ouvert et avec le tube génital étalé en dehors : *a.* bouche ; *b.* anus ; *ac.* œsophage recourbé ; *cb.* intestin fixé par des brides transversales ; *ff.* ovaire naissant près de l'anus ; *gg.* oviducte avec (*h*, *h*) des dilatations ; *ii.* matrice ; *ik.* vagin ; *k*, vulve placée à la partie antérieure du corps. — Figure demi-schématique.

Le tube digestif, qui, chez le mâle, est droit, présente, chez la femelle, un œsophage coudé (voyez la fig. 3), et le reste de l'intestin est rectiligne.

L'œuf du Strongle (voyez la fig. 4) offre quelques particularités. Certains auteurs ont représenté à sa place l'œuf du *Trichocephalus dispar* ou bien celui d'un Ascaride, mais c'est une erreur. Sa couleur est brunâtre, sa forme ovoïde, à coque épaisse, criblée de petits trous, et ses dimensions varient entre 70 et 80 millièmes de millimètre (voyez la fig. 4).

Si l'on dissèque un Strongle, on constate que les organes flottent à l'intérieur sous la peau rugueuse ; on y trouve un système nerveux, mal vu par Otto, bien apprécié par Émile Blanchard, et plus parfait que celui de l'Ascaride : c'est donc un ver nématoïde, et un nématoïde supérieur.

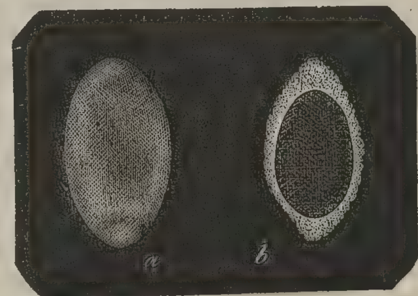


Fig. 4.

Œufs du *Strongle géant* : *a.* œuf très-grossi ; *b.* le même, traité par l'acide sulfurique.

L'accouplement du Strongle est prolongé ; le mâle saisit la femelle avec sa bourse copulatrice et reste ainsi en contact pendant longtemps, ainsi que Drelincourt l'a constaté chez le chien. En poursuivant nos études sur l'histoire des maladies parasitaires, je vous ferai voir des nématoïdes, comme le *Syngamus*, qui restent ainsi accouplés jusqu'à leur destruction.

On a constaté le Strongle chez un grand nombre d'animaux et chez l'homme ; mais est-ce le même, ou bien en existerait-il plusieurs espèces ?

Ce ver ne paraît appartenir, en propre, à aucun animal ; on l'a trouvé, en effet, chez le loup, le chien, le bison, la marte, le putois, le cheval, le bœuf ; il a été constaté encore chez le phoque, la loutre, le renard, le chien d'Amérique, etc.

Nous verrons par la suite s'il y a des observations probantes du Strongle chez l'homme, où il a été confondu souvent avec les Ascarides. Aussi, quand vous lirez que des malades ont rendu des vers par l'urèthre et que ces vers étaient des Strongles, ou qu'ils ont été trouvé dans la vessie, méfiez-vous et n'acceptez ces observations qu'avec une grande réserve ; il s'agit souvent d'Ascarides erratiques.

Si ce ver n'est propre à aucune espèce d'animal, on peut dire aussi qu'on le rencontre à peu près dans tous les pays : c'est ainsi que P. Rayer, Du Verney, Méry, Moublet, etc., le rencontrèrent à Paris ; Van-Swieten, Bartholin, Ruysch, en Hollande ; Redi, Vallisnieri, en Italie ; Sennert, Hartmann, Wolf, en Allemagne ; enfin il a été trouvé au Canada, aux États-Unis, au Paraguay, au Chili, etc.

Chez l'homme, ce ver n'est jamais commun. Chez les animaux, le chien en particulier, il est plus fréquent. P. Mégnin vient d'avoir l'heureuse chance de le constater à plusieurs reprises chez le chien. Le nombre des Strongles chez les animaux est le plus souvent limité à deux ou trois, très-rarement plus de huit.

Pierre Rayer l'a cherché à Paris sur trois mille reins d'homme sans le trouver une seule fois ; il ne fut pas plus heureux sur cinq cents reins de chien, tandis qu'il le vit chez le loup. En Hollande, Kerkring à sa quarante-et-unième ouverture de chien trouva trois Strongles, puis n'en rencontra plus jamais. Érasme Miller en cite six cas chez le vison (*putorius vison*).

Au point de vue de son habitat anatomique, on le rencontre dans le rein, la vessie, quelquefois le canal de l'urèthre, le tissu périnéphrétique, les lombes, enfin aux environs des reins. Les Strongles peuvent tomber dans la cavité péritonéale ; ils sont alors migrateurs à la manière des ascarides qui sortent du corps humain par diverses voies, mais le rein et l'appareil rénal sont le séjour habituel des Strongles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 août 1881. — Présidence de M. Legouest.

COMMUNICATIONS

Note sur l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans la préparation de la crème du Saint-Honoré. — M. Galippe. Il est des erreurs qui ont la vie dure. C'est en vain qu'on accumule contre elles les arguments les plus péremptoires, les preuves les plus éclatantes : il se trouve toujours quelque part un aveugle ou un sourd qui tente de les faire renaître de leurs cendres. S'il est une chose qui puisse consoler de cet entêtement aussi inconscient qu'inoffensif, c'est que ceux qui en sont atteints ne mettent au service de leur cause que des arguments dont la futilité vingt fois démontrée ne provoque qu'une lassitude qu'il faut cependant vaincre, pour ne pas laisser prendre le silence, qui leur conviendrait mieux, pour un brevet sérieux d'existence.

C'est ainsi qu'un praticien fort distingué, ayant observé différents cas d'intoxication par un gâteau dit Saint-Honoré, au lieu de se borner à rapporter les phénomènes morbides qu'il avait observés, s'est cru obligé de les interpréter. Aussi s'est-il lancé dans une série d'hypothèses qui démontrent qu'il n'était nullement préparé, ni par ses études, ni par ses lectures, à soutenir une tâche que personne ne lui imposait.

Quinze personnes, nous dit-il dans une note lue récemmment à l'Académie, après avoir mangé du Saint-Honoré, ont été atteintes d'accidents toxiques, caractérisés par des vomissements et de la diarrhée.

Admettons que les accidents observés par lui aient été produits par le gâteau ingéré.

Si l'auteur de cette note s'était borné à observer les symptômes qu'il avait sous les yeux et à les combattre heureusement comme il l'a fait par une médication appropriée, nous n'aurions qu'à le féliciter ; mais, malheureusement pour lui, notre confrère, imbu de ce préjugé qu'il faut toujours et malgré tout déterminer la cause des phénomènes observés, s'est arrêté à l'hypothèse la plus vulgaire, la plus usée, la moins démontrable : nous voulons parler de l'empoisonnement aigu par un composé soluble de cuivre.

Quels sont les phénomènes constatés par lui ? Ce sont : « l'algidité, la cyanose, la syncope, l'abaissement de la température à des degrés variables, l'aphonie, les crampes, l'anurie, la résolution des forces. »

Ce sont là des phénomènes vulgaires qui accompagnent presque constamment la diarrhée, quand celle-ci se complique de vomissements répétés, de coliques et d'évacuations abondantes et douloureuses. Il n'y a point dans ce tableau symptomatique de caractéristique spéciale, constituant une entité morbide.

Tout d'abord, comme c'était du reste son droit, il fait une série d'hypothèses mort-nées qu'il terrasse sans peine. Toutefois il en est jusqu'à deux sur lesquelles nous nous arrêterons un instant.

L'auteur, qui paraît si fort redouter les sels de cuivre, se montre plein de confiance dans le vert-de-gris, qu'il considère comme ne pouvant donner lieu qu'à des coliques. Puisque notre confrère admet que le vert-de-gris est surtout formé de carbonate de cuivre, il n'aurait eu qu'à relire nos expériences pour se convaincre qu'à très-haute dose le carbonate de cuivre ne provoque que le vomissement sans être suivi d'aucun accident ultérieur.

Notre contradicteur examine ensuite l'hypothèse d'un empoisonnement par les *ptomaïnes*. On voit qu'il ne se doute guère de ce que peut bien être une ptomaïne, et plus d'un académicien a dû tressaillir d'étonnement en entendant de la bouche même de ce médecin que les ptomaïnes « étaient formées par les corps gras en décomposition ». Pourquoi avoir souligné cette stupéfiante assertion ? L'auteur en est encore à croire que les ptomaïnes sont nécessairement des produits de putréfaction, alors que l'on vient de démontrer que ces substances se formaient de toutes pièces dans l'économie vivante.

Mais passons !

Pour faire la crème d'un Saint-Honoré, dit-il, on bat des blancs d'œufs sans eau dans une bassine de cuivre. Tous les pâtissiers, affirme encore notre confrère, y ajoutent un peu d'alun. Ceci est une erreur, et il résulte d'une enquête que nous avons faite, qu'il y a, au contraire, très-peu de pâtissiers qui emploient l'alun. Nous avons recherché si la crème du Saint-Honoré préparé dans une des premières maisons de Paris, par le *battage dans un vase de cuivre* de blancs d'œufs, contenait du cuivre. Nous n'en avons pas trouvé.

On peut se demander quel est l'avantage recherché par les pâtissiers qui ajoutent de l'alun aux œufs battus. Il résulte de nos expériences que le but qu'ils se proposent est de donner une blancheur éclatante à l'albumine.

En effet, si l'on bat un blanc d'œuf dans un vase de cuivre, sans aucune addition, on obtient un produit léger, mais d'un blanc mat. Dans ces conditions, on ne trouve pas de traces sensibles de cuivre Les œufs battus ont une réaction alcaline.

Si, à un blanc d'œuf, on ajoute 20 centigrammes d'alun ammoniacal, on obtient un produit beaucoup plus blanc, dont la réaction est légèrement acide. *Il ne s'est pas formé de composé soluble de cuivre.* Sa saveur est sensiblement acide.

Si l'on double la dose d'alun ammoniacal (40 centigrammes), l'albumine battue est beaucoup plus blanche, mais elle est moins légère et a une tendance à former des grumeaux. Sa saveur est acide, désagréable.

A la dose de 60 centigrammes, l'alun ammoniacal donne, avec battue, un produit dense, *colorant facilement en vert*, d'une saveur acide désagréable.

Cette albumine battue ne renferme pas de composé *cuprique soluble*, et les réactifs restent muets.

Si, enfin, on porte la dose d'alun ammoniacal à un gramme pour un blanc d'œuf, au bout de quelques instants, l'albumine se prend en grumeaux et tend à se séparer en deux couches. Sa réaction est très-acide, sa saveur très-désagréable. Bien que le vase de cuivre soit très-énergiquement décapé, les réactifs ne décèlent pas la présence d'*un sel de cuivre soluble*.

Nous nous sommes proposé de rechercher s'il était possible de battre dans un vase de cuivre de l'albumine avec de l'alun sans dissoudre des traces sensibles de cuivre.

On commence par battre l'albumine sans addition, et, quand le blanc d'œuf a la consistance voulue, on y ajoute un peu d'alun ammoniacal ; l'albumine blanchit aussitôt, mais elle perd en légèreté ce qu'elle gagne en blancheur.

Si on ne laisse pas séjourner l'albumine dans le vase de cuivre, il n'y a pas de traces appréciables de métal entraîné ou dissous pendant l'opération. Dans ces conditions, l'albumine battue a une réaction légèrement acide qu'il ne faut pas dépasser. La saveur communiquée par l'alun est facilement dissimulable par l'addition de sucre.

Du reste, nous posons le dilemme suivant :

Vous admettez que c'est l'alun en contact avec le cuivre qui a causé les accidents que vous avez observés. Vous affirmez, d'autre part, que tous les pâtissiers emploient ce procédé ; donc, les mêmes causes amenant toujours les mêmes effets, il n'est pas possible d'admettre qu'il n'y ait pas d'accidents chaque fois que l'on mange du Saint-Honoré. Or l'expérience la plus vulgaire démontre qu'il n'en est pas ainsi : donc votre argumentation est vicieuse.

Ce n'est pas tout : notre confrère prétend que l'on ajoute un gramme d'alun pour deux blancs d'œufs. C'est là une erreur matérielle, et, s'il s'était donné la peine de faire l'expérience, il aurait vu :

1° Qu'à cette dose, l'alun ne permet pas d'obtenir « des blancs d'œufs battus en neige », mais que ceux-ci pourraient plutôt servir à obtenir des appareils inamovibles ou à faire des cataplasmes ;

2° Que le mélange ainsi obtenu, en dépit du sucre qu'on y ajoute, a un goût tellement atroce qu'il faudrait une grande force de caractère pour l'avaler et un estomac très-complaisant pour le conserver, sans être immédiatement pris de nausées.

Nonobstant, il admet que c'est l'alun, en contact avec le cuivre, qui a été la cause de tout le mal, par la formation du sulfate de cuivre, « vomitif le plus énergique connu ».

Pour prouver la véracité de son affirmation, il se livre à quelques considérations sur la constitution des aluns, dont un passage nous a paru absolument incompréhensible et témoigne de la part de son auteur des connaissances chimiques assez incomplètes.

Étant admise la formation du sulfate de cuivre ammoniacal, il affirme que ce sel, très-soluble, est par conséquent très-vénéneux.

Si notre confrère n'était pas un médecin très-distingué, nous comprendrions qu'il pût formuler de pareilles assertions ; mais il n'est pas possible qu'il ignore que c'est précisément le sulfate de cuivre ammoniacal que l'on a employé depuis de longues années dans le traitement d'un certain nombre d'affections nerveuses, et qu'il est particulièrement bien supporté. Pour ne citer que des expériences récentes, nous lui rappellerons que c'est le sulfate de cuivre ammoniacal qui a pu être donné pendant des mois à des malades à la dose de 60 centigrammes par jour, sans amener de perte d'appétit, ni modification de la muqueuse buccale, ni aucune souffrance à la région épigastrique. Faut-il encore rappeler que c'est le sulfate de cuivre ammoniacal que l'on a employé contre certaines névralgies, précisément parce qu'il est mieux supporté que le sulfate de cuivre ordinaire ? M. le docteur Féréol pourrait en témoigner au besoin.

Tout cela n'empêche pas notre confrère de dire que ce sel est moins facilement réduit que le sulfate de cuivre ordinaire (?) ; de là, le danger de son emploi (!).

Quant à démontrer ses assertions, notre confrère n'y songe même pas un seul instant.

Nous aurions presque mauvaise grâce de lui adresser un pareil reproche ; car, lorsqu'il fait des expériences, il en tire des conclusions aussi bizarres qu'inattendues. C'est ainsi qu'en mettant en contact de l'alun (de potasse ou d'ammoniaque?) avec un bassin de cuivre, obtenant, comme cela devait être, un composé soluble de cuivre, il en tire cette conséquence : « que l'alun en contact avec le cuivre a une action toxique. »

On a recherché et trouvé du cuivre dans la crème du Saint-Honoré ; cela devait être, et le contraire aurait été étonnant, puisqu'il suffit de faire bouillir de l'eau salée au contact d'un vase de cuivre pour y retrouver ce métal et que presque tous nos aliments en contiennent. Du reste, quand on bat des œufs avec de l'alun dans un récipient de cuivre, celui-ci est admirablement décapé, ce qui prouve surabondamment qu'il y a du cuivre dissous. Que l'on ait trouvé également de l'alumine, cela ne nous étonne pas davantage. Nous faisons grâce à notre confrère de l'impropriété des termes qu'il emploi e.

Il admet également comme démontré que le sulfate de cuivre ammoniacal n'a subi aucune modification en présence de l'albumine, des corps gras (beurre, acide phosphoglycérique), du lait, etc., ce qui aurait besoin d'être prouvé.

En effet, le sulfate de cuivre ammoniacal, même en solution très-étendue (1/10,000ᵉ), coagule encore l'albumine de l'œuf d'une façon très-nette.

Il suffit de quelques minutes pour répéter ces expériences.

La combinaison facile du sulfate de cuivre avec les matières albuminoïdes est depuis longtemps démontrée. C'est ainsi que, dans le reverdissage de légumes par le sulfate de cuivre, on ne retrouve ce sel ni dans l'eau de cuisson, ni dans l'eau de lavage, ni dans les petits pois. Le sulfate de cuivre a formé une combinaison insoluble même dans l'eau bouillante avec la légumine. C'est ce qui explique comment les petits pois reverdis n'ont aucune saveur cuprique, et comment on a pu en consommer des quantités prodigieuses depuis près de trente ans, sans que jamais un accident, même léger, ait été signalé. Il serait contraire à la vérité de prétendre que ces petits pois contiennent du sulfate de cuivre, et c'est cependant une croyance générale contre laquelle on ne saurait trop protester.

L'auteur propose de remplacer l'alun par le sel marin, ce qui serait aussi inutile. Nous affirmons à notre confrère qu'il n'est pas possible d'agiter de l'eau salée en présence d'un vase de cuivre, sans retrouver ce métal en plus ou moins grande quantité. S'il ne l'a pas décelé, c'est qu'il a mal opéré.

Jusqu'ici l'auteur s'est contenté d'avancer un certain nombre d'hypothèses sans preuve à l'appui. Mais admettons un instant la présence dans la crème du Saint-Honoré de sulfate de cuivre ammoniacal. Ce sel, étant très-soluble, communique à la crème une saveur cuprique proportionnelle à la quantité de sel en solution. Celle-ci prend de plus une coloration spéciale. Or, de l'aveu de notre confrère, cette crème n'avait pas de saveur, ni de coloration particulière. On nous objectera peut-être que ni la saveur ni la

coloration ne pouvaient être perçues en raison de la petite quantité de sel. Alors comment expliquer la gravité des accidents observés, puisque nous savons qu'à des doses médicamenteuses le sulfate de cuivre ammoniacal est bien toléré? Il y a là un manque de logique qui frappera les esprits les moins prévenus.

La saveur du sulfate de cuivre ammoniacal est tellement intense qu'il suffit d'ajouter 1 centigramme de ce sel à 100 grammes de lait, par exemple, pour communiquer à celui-ci une saveur cuprique des plus désagréables et même une légère coloration verdâtre. Il n'est cependant personne qui puisse prétendre qu'une solution à 1/10,000e de sulfate de cuivre ammoniacal puisse être toxique. Et encore est-il légitime de faire remarquer que, dans ce cas particulier, le sulfate de cuivre ammoniacal doit former avec les albuminoïdes du lait des composés peu solubles et conséquemment n'exerçant sur nos organes gustatifs qu'une action affaiblie.

En dépit du sucre, de la vanille, que contient la crème du Saint-Honoré, si l'on y ajoute du salfate de cuivre ammoniacal dans la proportion de 1 centigramme pour 50 grammes, celle-ci prend une saveur farineuse et légèrement cuprique. Si l'on double la proportion de sel, la crème devient un peu verdâtre et la saveur cuprique s'accentue davantage. Toutefois un pareil mélange pourrait à la rigueur être absorbé et passer inaperçu à des palais peu délicats, mais sans provoquer d'accidents. Si l'on vient à dépasser cette dose, la saveur cuprique devient tout à fait intolérable, au moins pour des personnes jouissant de l'intégrité de leurs facultés gustatives.

Le sulfate de cuivre ammoniacal, dit encore notre confrère, est très-soluble, non réductible. Comment expliquer alors que les accidents observés ne se soient produits que plusieurs heures après l'ingestion du gâteau? L'expérience de chaque jour nous apprend cependant que les sels solubles de cuivre provoquent très-rapidement des vomissements; c'est même la raison principale de leur emploi dans la médication vomitive.

De ce que la crème n'avait aucune saveur cuprique ni coloration, de ce qu'elle n'a provoqué que des accidents à longue échéance, nous sommes en droit d'en conclure qu'elle ne contenait pas de sulfate de cuivre ammoniacal.

L'auteur emploie encore un argument des plus étranges en faveur de sa théorie. Il s'excuse de n'avoir pas recherché le cuivre dans les matières vomies: 1° parce qu'elles avaient disparu, ce qui est une raison excellente; 2° parce que le sel ingéré a été rejeté en premier lieu. Nous sommes en droit de nous demander comment il explique l'action sur l'intestin, puisque, d'une part, il admet que le toxique a été vomi, ensuite qu'il n'est pas assimilable, ce qui est en contradiction flagrante avec son extrême solubilité, proclamée à tant de reprises.

Examinons maintenant si les faits observés sont en proportion avec la petite quantité du composé du cuivre qui a pu être absorbée. Notre contradicteur a relevé: « une altération de la muqueuse buccale, une stomatite ayant tous les caractères de la stomatite aphtheuse, résultant probablement des propriétés coagulantes du toxique ». Pour produire des accidents locaux aussi graves, il faudrait une solution très-concentrée d'un sel de cuivre. Nous mettons qui que ce soit au défi d'avaler un pareil corrosif sans s'en apercevoir. Or, nous le répétons, la crème n'avait pas de goût désagréable, pas de coloration; donc elle ne pouvait contenir une quantité suffisante d'un sel de cuivre soluble pour provoquer des accidents locaux aussi graves.

Par une nouvelle contradiction (on n'a du reste que l'embarras du choix dans ce mémoire), notre confrère, qui tout à l'heure admettait que le sulfate de cuivre ammoniacal n'avait formé aucune combinaison, ni avec l'albumine, ni avec les autres substances avec lesquelles il avait été en contact, admet maintenant sans hésiter que ce même sel, inerte tout à l'heure, a exercé des propriétés coagulantes sur la muqueuse des malades.

L'auteur se résume par cette proposition banale, que les vomitifs peuvent entraîner la mort par effet émétique prolongé, par refroidissement, par une sorte de choléra artificiel. Cela est vrai pour tous les émétiques, aussi bien pour le sulfate de cuivre que pour l'émétique et l'ipécacuanha et toute substance capable de provoquer des vomissements, à la condition qu'ils soient administrés à doses excessives ou souvent répétées (1).

Des expériences que nous avons faites depuis plusieurs années et à l'occasion du mémoire en question, nous concluons que rien dans son travail ne l'autorisait à soutenir que les accidents qu'il a observés soient imputables au sulfate de cuivre ammoniacal, dont il n'a nullement démontré la présence dans les aliments ingérés, et parce qu'il y a une disproportion évidente entre les accidents observés et la petite quantité du composé cuprique qui a pu être absorbé sans communiquer ni saveur ni couleur à la crème ingérée.

Pour plus de renseignements sur ce sujet, on pourrait consulter un mémoire publié par nous, en 1878, dans les comptes-rendus de la Société de médecine publique (p. 545 (2). J'ai rapporté dans ce travail une expérience faite sur moi dans des conditions qui m'avaient été fixées à l'avance par le docteur Thomas E. Jenkins, commissaire des États-Unis à l'Exposition universelle de 1878. Cette expérience devait causer ma mort, comme elle avait provoqué, d'après notre confrère américain, celle de plusieurs personnes: je n'ai même pas été malade. Après avoir fait bouillir du lait et des œufs dans un récipient de cuivre en agitant constamment jusqu'à consistance de crème, j'ai laissé refroidir ce mélange pendant 25 heures dans le vase. Au bout de ce temps, les bords de celui-ci étaient recouverts de crème rendue verte par la présence du composé cuprique, qui s'était formé grâce à l'action de l'air et aussi sous l'influence du lait aigri. L'aspect de ce mets n'était nullement engageant; sa saveur, surtout dans les parties qui avoisinaient les bords du vase, était cuprique, c'est-à-dire fort désagréable. Il aurait été difficile de faire avaler un semblable aliment à une personne non prévenue. Nous avons absorbé, dans un but expérimental, surmontant, nous l'avouons, la répugnance que nous inspirait la saveur cuprique très-prononcée dans ce cas, environ une assiette à dessert de cette crème. Nous n'avons éprouvé aucun accident.

Un semblable aliment préparé dans les conditions ci-dessus énoncées ne saurait être absorbé sans que la saveur des composés cupriques se fasse sentir; il pourrait produire des nausées, des vomissements même, mais son absorption ne serait pas dangereuse. Le docteur Jenkins pensait que l'acide phosphoglycérique contenu dans le jaune d'œuf pourrait former avec le cuivre des composés toxiques. L'expérience que nous venons de rapporter n'a pas corroboré l'hypothèse de notre savant confrère.

Si l'on nous demandait à quelle cause nous attribuons les accidents survenus à Nogent, nous resterions dans la plus extrême réserve, n'ayant point entre nos mains des éléments suffisants pour mener à bonne fin la solution de ce problème. Il vaut souvent mieux s'abstenir que d'accepter des conclusions hâtives et n'ayant aucun fondement positif.

Toutefois nous ferons observer qu'avant la découverte des ptomaïnes, on attribuait invariablement au cuivre les intoxications produites par ces substances alcaloïdiques. Le lait, si longtemps considéré comme le plus innocent des aliments, est regardé aujourd'hui comme un excellent terrain de culture pour les vibrions, les algues et les champignons microscopiques. On sait encore depuis peu que, grâce à certains organismes inférieurs, il peut se développer, soit dans l'économie tout entière, soit dans le tube digestif, des fermentations secondaires produisant de véritables accidents toxiques, contre l'invasion desquels les vomissements et la diarrhée sont souvent des moyens de défense suffisants.

(1) Nous ne suivrons pas notre confrère dans les considérations qu'il expose sur l'emploi de l'alun: ce serait sortir de notre sujet. Nous relèverons cependant une nouvelle erreur. L'emploi du sulfate mixte de cuivre pour la conservation du blé destiné à l'ensemencement n'est nullement *interdit*, et, de plus, une expérience de vingt années prouve que ce procédé n'es t nullement dangereux.

(2) Ce travail a été fait dans le laboratoire de l'hôpital des Cliniques.

C'est peut-être dans cette voie qu'il faudrait diriger les recherches en présence d'un accident analogue.

LECTURES

M. J. BERNARD lit un mémoire sur les applications de l'iode naissant, sur l'organomètre iodique, sur la théorie de la transformation dans l'organisme des fluides organiques.

Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée. — M. DUCASTEL a expérimenté la médication éthérée opiacée dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, chez des malades pour qui l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave. Dans nombre de cas, il y a eu absence de suppuration, arrêt de développement de l'éruption, petitesse remarquable des papules et des vésicules. Les malades sont entrés en convalescence du sixième au neuvième jour après le début de l'éruption. Dans les cas où la suppuration s'est produite, il y a eu diminution de son abondance, atténuation des phénomènes les plus pénibles. Le traitement doit être commencé dès qu'il y a imminence de variole grave, *le plus tôt est le mieux;* quand il a été commencé après le quatrième jour de l'éruption, la suppuration a toujours eu lieu. La mort a été observée dans les formes hémorrhagiques ou dans quelques cas de suppuration, à la suite d'accidents d'infection; mais, alors encore, il y avait eu amendement des phénomènes graves, salivation, dysphagie, etc.

Voici le mode d'administration de ce traitement : 1° Matin et soir, injection d'éther, une pleine seringue de Pravaz chaque fois; 2° extrait thébaïque de 10 à 20 centigrammes par jour dans une potion de 125 grammes; chez la femme, la dose est le plus souvent de 15 centigrammes, chez les hommes presque toujours de 20; 3° perchlorure de fer, 20 gouttes dans une potion de 125 grammes; l'extrait thébaïque et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure par cuillerées à bouche.

La médication éthérée opiacée doit être réservée pour les formes graves, parce que les injections d'éther donnent presque toujours naissance à quelques eschares quand elles ne sont pas faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement.

L'administration de l'éther à l'intérieur n'a donné que des résultats infidèles.

Les malades chez qui l'évolution de l'éruption s'est arrêtée étaient tous, un seul excepté, d'anciens vaccinés. C'est la suppuration que combat la médication éthérée opiacée, et son action est incomparablement plus marquée chez les sujets anciennement vaccinés.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours des prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose de MM. Labric, Luys, Jules Simon, Troisier, Desprès, Bouilly et Nicaise.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Dreyfous, chef de clinique adjoint, est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale jusqu'au 1er novembre 1881, en remplacement de M. Cuffer, dont la démission est acceptée.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lefour, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences d'accouchements.

M. Bergonié, licencié ès sciences physiques, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est délégué dans les fonctions de maître de conférences de physique, pendant l'année scolaire 1881-1882.

Sont maintenus dans leurs fonctions les maîtres de conférences ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1881-1882: MM. Périer (histoire naturelle), Carles (chimie).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Parise, professeur de clinique externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-1882, par M. Folet, professeur de pathologie externe.

M. Sicen (Henri-Fernand-Dieudonné) est chargé, à titre de suppléant, des fonctions de préparateur de chimie organique pendant la durée du congé accordé à M. Godron.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Molines (Louis) est nommé aide d'anatomie pour une période de deux ans, en remplacement de M. Gioux, démissionnaire.

M. Pech (Jean-Paul) est nommé, pour deux ans, aide de médecine opératoire, en remplacement de M. Baylac, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Forgue (Émile-Auguste) est nommé, à dater du 1er novembre 1881, prosecteur pour une période de trois années, époque à laquelle la délégation de M. Grynfelt sera expirée.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Sabatier, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

— *École de médecine de Poitiers.* — M Jouteau, pharmacien de première classe, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé, en outre, pour une période six ans, chef des travaux chimiques à ladite école.

— La première session pour l'examen d'admission des élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, pour l'année scolaire 1881-1882, est fixée au lundi 10 octobre 1881. Les aspirantes devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté à partir du 15 septembre prochain.

— M. le docteur Moreau-Marmont vient d'être nommé médecin odontologiste de l'Opéra et de la Comédie-Française.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11646.

N° 101. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1881. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Infantilisme et féminisme.

Les théories d'un homme meurent souvent avec lui ; mais tel n'a pas été le cas de celles de Lorrain sur ce qu'il nommait l'*infantilisme* et le *féminisme*. Elles sont conservées par ses anciens élèves, qui regardent toujours un faible développement du système pileux, un aspect jeune plus que l'âge réel ne le comporte, comme des signes assez importants d'une prédisposition native à la phthisie.

C'est ainsi que, tout dernièrement, nous avons vu M. Joffroy présumer l'existence d'une phthisie latente chez deux malades qui occupaient deux lits voisins dans son service à la Pitié.

Ces deux hommes ne toussaient pas ; ils n'accusaient pas d'abord de gêne dans les fonctions respiratoires ; mais ils avaient les joues presque glabres, et on aurait pu leur donner une dizaine d'années de moins que ne l'indiquaient leurs pancartes.

L'un de ces hommes, menuisier, âgé de trente-cinq ans, avait joui, jusqu'à cette année, d'une santé parfaite, aussi bien lorsqu'il fut établi à Paris que lorsqu'il faisait son tour de France. Il travaillait dur, ne prenait aucune précaution contre les refroidissements possibles, et cependant il ne s'enrhumait pas et n'était jamais arrêté par une indisposition quelconque. Cette année, après une période de fatigues plus grandes que d'ordinaire, parce que l'ouvrage pressait beaucoup, il fut pris tout à coup, le 17 février, d'un malaise extrême ; il se sentait les membres brisés, il éprouvait des douleurs vives dans la tête et dans le thorax, il se trouvait tout étourdi et pouvait à peine se tenir debout. Depuis ce moment, il ne put jamais reprendre son travail. Les maux de tête continuèrent ; les douleurs thoraciques, qui se faisaient sentir tantôt sur un point, tantôt sur un autre, parfois sur toute une région assez étendue, avaient assez d'intensité pour ne pas permettre au malade de se coucher sur le côté où elles existaient. Le moindre effort était rendu très-pénible par l'oppression qui en était la conséquence ; l'appétit avait disparu. Tel était encore l'état de cet homme quand il entra dans le service. Sa figure, comme nous l'avons dit, paraissait très-jeune ; mais la teinte générale en était violacée, comme chez les emphysémateux ou dans les maladies du cœur.

Pourtant l'auscultation du cœur ne révélait rien d'anomal. Que restait-il à supposer ? M. Joffroy, s'appuyant à la fois sur ces deux caractères, aspect jeune, teinte violacée, soupçonna dès lors des lésions se rattachant à la tuberculose.

En effet, à l'auscultation de la poitrine, il constata que le poumon était fixé des deux côtés par des adhérences étendues à la paroi thoracique. Il y avait eu toute une série de pleurésies sèches, dues probablement au voisinage de productions tuberculeuses et qui, en supprimant tout glissement des poumons, avaient limité considérablement l'ampliation de ces organes.

La respiration était courte, sans profondeur, sans étendue ; elle introduisait chaque fois fort peu d'air nouveau dans les vésicules, et, ainsi que le remarquait fort justement M. Joffroy, les conditions étaient les mêmes que si le malade eût vécu dans un espace confiné, où l'oxygène se fût trouvé en quantité insuffisante.

Cette insuffisance d'oxygène le suit évidemment partout, car il porte toujours en lui l'excès d'acide carbonique qui vicie son air. Il ne peut pas s'en débarrasser par des expirations suffisamment profondes, et c'est pourquoi son sang reste bleuâtre. C'est aussi pourquoi il se trouve dans l'impossibilité complète de travailler : tout travail musculaire use de l'oxygène, et, comme l'ont prouvé les belles recherches de M. Richet, dont nous parlions il y a dix jours dans notre compte-rendu de l'Académie de médecine, on est asphyxié trois fois plus vite par le défaut d'air, ou, ce qui revient au même, on ressent trois fois plus péniblement l'insuffisance de l'air qu'on respire, quand on met en action violente l'ensemble de ses muscles que quand on reste dans le repos. Cet homme est donc condamné au repos.

La forme de ses dernières phalanges est, du reste, encore un autre signe de l'insuffisance de sa respiration. Comme chez ceux dont le sang est mal hématosé depuis quelque temps, ces phalanges sont élargies, et les ongles sont curvilignes dans tous les sens, ou, en d'autres termes, ils sont en voûte.

Le diagnostic n'est donc point douteux. Une fois porté, tout le confirme ; mais ce qui a fait diriger l'examen du côté

de la poitrine, c'est l'*infantilisme*, en prenant ce terme dans le sens que lui attribuait Lorrain, c'est-à-dire le retard marqué de l'âge apparent sur l'âge réel.

De l'autre malade, nous avons déjà dit quelques mots. dans une Revue clinique de samedi dernier. C'est cet homme qui présente à la fois une albuminurie considérable, avec anasarque de toute la moitié inférieure du corps, et un purpura occupant principalement les deux jambes. Lui aussi, il a très-peu de poils sur la figure; lui aussi, il paraît très-jeune. C'est pourquoi M. Joffroy pense que des lésions tuberculeuses, encore peu marquées, des poumons, se traduisant à peine par une différence dans la sonorité à la percursion, par un peu de rudesse du bruit respiratoire, etc., doivent coexister chez lui avec la maladie de Bright.

Cependant M. Joffroy lui-même recommande vivement de ne pas exagérer la signification des signes de Lorrain. Il a connu, comme nous, bien des hommes qni se sont toujours parfaitement portés et ont vécu jusqu'à un grand âge, tout en ayant un aspect jeune et fort peu de poils dans la barbe. Mais il suffit que la phthisie soit plus fréquente chez les gens qui ont ainsi les caractères extérieurs du mâle moins accusés pour que la remarque de Lorrain mérite d'être rappelée.

Ankylose des deux articulations coxo-fémorales n'empêchant pas la marche.

On peut observer en ce moment, dans le service de M. Damaschino, à l'hôpital Laennec, salle Trousseau, n° 11, un cas vraiment remarquable de double ankylose, absolument complète, des articulations coxo-fémorales, préalablement luxées, avec rotation en dedans de la cuisse droite, et malgré cela avec conservation de la marche, grâce à des mouvements de latéralité très-étendus dans le genou droit.

Le malade dont il s'agit, âgé actuellement de vingt-neuf ans, n'a jamais été d'une santé forte. Sa mère tousse depuis longtemps, et plusieurs membres de sa famille ont été atteints de la poitrine. Dans son enfance, cependant, il s'était assez bien porté, sauf cependant qu'il avait eu mal aux yeux pendant plusieurs années.

A quinze ans, il eut une fièvre typhoïde, au début de laquelle il éprouva surtout de très-violentes douleurs dans les aines. Il fut très-malade pendant quatre mois, à ce qu'il raconte.

Puis, quand, entré en convalescence, il voulut se lever, il ne le put pas. Il était dès lors perclus des deux jambes, et toute une série d'ostéites, suivies de nécroses limitées, se produisit successivement chez lui. Il eut ainsi des abcès osseux qu'il fallut ouvrir pour en extraire des séquestres, et qui ont laissé de vastes cicatrices à la cuisse gauche, à la jambe, à la face, aux deux avant-bras.

Il fut vingt-huit mois sans quitter le lit, puis il commença à marcher avec des béquilles. Les cuisses étaient complètement immobilisées dans l'extension, la pointe du pied droit venait se placer devant le pied gauche quand la jambe était étendue, par suite de la rotation, de 45 degrés au moins, qui avait porté en dedans la face antérieure du genou droit. Eh bien, en essayant de se traîner sans aide, à force d'efforts, cet homme parvint, en six ou huit mois, à allonger suffisamment les ligaments périarticulaires pour rendre possibles des mouvements latéraux tels que les surfaces correspondantes du fémur et du tibia soient écartées de plus de deux centimètres dans le sens où l'angle se produit. C'est par ces mouvements, non prévus, qu'il porte les pieds en avant, l'un après l'autre.

Il peut ainsi marcher assez vite; mais il ne tarde pas à se fatiguer. Ses yeux sont redevenus malades. Les abcès osseux se rouvrent de temps en temps, et, somme toute, ce pauvre garçon est dans un état assez misérable. Mais enfin il marche sans béquilles et même sans canne.

Revue rétrospective (suite).

I. *Spasmes fonctionnels et spontanés chez un athlète.* — II. *Hémoptysies pendant la grossesse.* — III. *Tumeur syphilitique intracranienne.* — IV. *Sclérose en plaques disséminées, à forme insolite, améliorée par des pointes de feu.*

I. L'athlète dont nous avons parlé dans une Revue clinique du 12 juin de l'année dernière, et qui était atteint d'un spasme fonctionnel de la plupart des muscles, par suite d'exercices excessifs, est encore dans le service de M. Ferrand. Il accuse les mêmes spasmes; mais d'une manière intermittente, pour ainsi dire: à certains moments, il marche comme tout le monde et se sert de ses mains aussi bien que personne. Il se plaint aussi quelquefois de grands maux de tête et de divers malaises. Mais il a la mine la plus florissante. Il a même beaucoup engraissé, sans que ses muscles aient d'ailleurs perdu de leur vigueur et de leur relief.

Évidemment, pour lui, le régime de l'hôpital est relativement confortable. Il ne couche plus à la belle étoile ou dans une écurie; il est mieux nourri qu'autrefois, et il se trouve satisfait. Peut-être même sait-il mettre à profit l'accident qui l'avait amené à l'hôpital, en reproduisant en partie volontairement, pour y rester, les spasmes qui se produisaient involontairement l'année dernière. Mais nous n'avançons cette hypothèse qu'avec les plus grandes réserves. En tous cas, c'est là un malade à observer avec grand soin.

II. Nous avons discuté dans deux Revues cliniques, les 23 et 30 juillet derniers, la question, très-controversée, de savoir si la grossesse seule peut être une cause d'hémoptysies. Les deux malades au sujet desquelles cette question s'était présentée sont encore en observation.

L'une, celle qui a été successivement traitée dans les services de MM. Siredey et Laboulbène, est en ce moment infirmière dans le service de M. Ball, à l'hôpital Laennec. Elle continue à cracher du sang, bien qu'on ne trouve toujours absolument aucun signe de tuberculose à l'auscultation de la poitrine.

La seconde, qui se trouvait dans le service de M. le professeur Depaul, a accouché mardi dernier. Un peu après l'accouchement, il y a eu chez elle, comme il y avait eu chez la précédente, une suspension momentanée de l'hémoptysie. Mais, depuis deux jours, l'expectoration sanglante a recommencé, bien que chez elle aussi les résultats de l'auscultation et de la percussion soient complètement négatifs.

III. Nous avons revu, dans le service de M. Rigal, la malade que ce médecin avait guérie, par le chloroforme, de vomissements incoercibles dus à une tumeur syphilitique intracranienne. Elle va maintenant tout à fait bien. Sous l'influence du traitement spécifique, la céphalée a disparu, ainsi que les autres phénomènes dus à la compression exercée par la gomme sur les centres nerveux.

IV. Un autre malade du même service, dont nous avons raconté l'histoire dans notre Revue clinique du 25 juin, et qui, atteint d'une sclérose en plaques disséminées, est traité par l'application hebdomadaire de pointes de feu, continue à voir son état s'améliorer sous l'influence de cette médication. Depuis plus d'un mois, il n'a eu qu'une seule attaque épileptiforme, et cette attaque avait été provoquée par une émotion extrêmement vive : sorti un jour de l'hôpital pour voir sa fille, cet homme avait appris qu'elle était morte. Sur les points où il existait antérieurement de l'hyperesthésie, elle est aujourd'hui beaucoup moins forte. On peut pincer la peau de la face antérieure de la jambe sans provoquer de spasmes tétaniques. La marche, toujours très-pénible, toujours impossible sans béquilles, peut se prolonger plus longtemps sans amener de contractures générales et de crises épileptiformes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Caractère dominant des maladies de la peau chez le vieillard.

(Leçon recueillie par M. MARTINET, interne du service.)

Nous vous avons parlé, dans notre dernière leçon, des affections cutanées chez l'enfant, et nous vous avons dit que l'inflammation était leur caractère dominant.

Aujourd'hui, je veux vous dire ce que sont les maladies de la peau chez le vieillard, quelle est leur physionomie la plus habituelle, quel est leur caractère propre, et quel est le traitement qui leur convient.

Nous procéderons ici comme précédemment, et c'est dans l'étude de la constitution, du tempérament des vieillards, que nous irons chercher l'explication des caractères inhérents à la dermatologie de la vieillesse.

A ce point de vue, quel contraste entre l'enfant et le vieillard! Chez l'enfant nous sommes au printemps de la vie, tout est vivace, chaud, exubérant de vitalité; chez le vieillard, au contraire, nous sommes à l'automne, à l'hiver, au déclin de la vie, et tout est froid, glacé, sans sève et sans vigueur ; l'enfant, pour suffire à sa conservation et à son accroissement, est doué d'une vitalité surabondante; ses organes sont remplis d'un sang chaud, riche et généreux, dont rien n'entrave la circulation rapide ; sa peau, fine, est fortement vascularisée et abondamment pourvue de glandes lubréfiantes.

Pour le vieillard, depuis longtemps, la vie d'accroissement n'existe plus; il ne s'agit plus pour lui que de se conserver, que de résister à sa propre désorganisation, que de retarder le plus possible sa marche descendante sur les pentes de la vie. Tout en lui est fané, flétri, refroidi; ses foyers organiques semblent éteints; la respiration se fait mal, à travers des bronches obstruées par les produits muco-purulents d'un catarrhe chronique, habituel. Trop souvent l'emphysème, ou d'anciennes lésions pulmonaires, enlèvent à l'hématose une notable partie de son champ déjà restreint. Les orifices du cœur sont rétrécis, ou insuffisamment fermés; les veines dilatées, variqueuses. Les artères, athéromateuses, presque ossifiées, ont perdu leur souplesse. La peau, amincie, ridée, parcheminée, est sans élasticité; elle est desséchée; les sécrétions sudorale et sébacée ne se font plus. Il n'y a plus rien qui puisse réagir contre les influences morbides, rien qui puisse favoriser le développement d'une inflammation; c'est un terrain stérile, ingrat, incapable de s'enflammer.

Aussi les lésions phlegmasiques ne s'y observent plus. On n'y voit presque jamais d'affection idiopathique de cause externe, à type aigu, à évolution rapide.

Les changements de saison n'ont plus d'influence; le printemps, le commencement de l'été n'amènent plus l'apparition de ces affections exanthématiques et pseudo-exanthématiques, si fréquentes chez l'enfant à cette époque de transition.

Les exanthèmes véritables deviennent une rareté; quelquefois le vieillard est atteint de variole, mais presque toujours c'est dans le cours d'une épidémie, et c'est sous la forme la plus grave, variole noire, hémorrhagique, qu'elle se présente.

Le soleil peut impunément darder ses rayons sur le vieillard; il ne lui amène plus ni érythème ni érysipèle ; en fait d'érythème, le vieillard n'a plus guère que l'érythème paratrimme, érythème de mauvaise nature, prélude de la désorganisation et de la gangrène.

Quant à l'érysipèle, il n'est presque jamais franc et inflammatoire; d'emblée, il anéantit les forces et amène un état général mauvais; c'est un érysipèle erratique, à teinte livide, et souvent enclin à se couvrir de plaques de sphacèle. La peau du vieillard, sans vitalité, sans force de réaction, et déjà refroidie, ne résiste pas à l'action du froid, qui achève de la désorganiser, et qui la frappe d'emblée de gangrène, sans y développer cette inflammation spéciale connue sous le nom d'engelures, ou d'*érythème pernio*.

Cette dépression des forces vitales, cet alanguissement, cette altération de toutes les fonctions physiologiques, ce dépérissement constituent un état particulier, qui a reçu un nom spécial; on l'appelle la *cachexie*, et le vieillard est sous le coup de la plus irrémédiable des cachexies, de la cachexie sénile.

Or les affections cutanées du vieillard reflètent cet état, elles en sont la traduction et la conséquence.

Quels sont donc les caractères des affections cutanées caractéristiques? Il y en a trois principaux :

1° Elles sont *ulcératives ;* elles amènent plus ou moins rapidement la destruction, la désorganisation du tissu cutané;

2° Elles sont *atoniques*, l'atonie leur appartient en propre et les distingue. Quand une ulcération existe sur une peau d'enfant, il se produit, en vertu de la vitalité toute-puissante de cette peau, un travail de réparation rapide; il s'établit une suppuration de bonne nature, le pus est louable, et les tissus sont reconstitués par un travail réparateur. Chez le vieillard, au contraire, l'organisme ne réagit plus; la peau, déjà désorganisée, ne peut plus fournir tout ce qui est nécessaire à sa réparation; aussi le travail cicatriciel des lésions cutanées est-il éminemment lent, difficile, souvent même impossible, faute des éléments organiques nécessaires;

3° Enfin les affections cachectiques sont remarquables par leur *chronicité*. Autant le travail de réparation est actif, presque aigu chez l'adulte, et surtout chez l'enfant, autant chez le vieillard il est lent et torpide. Le plus souvent les ulcérations s'éternisent dans un *statu quo* désespérant, quand elles ne s'agrandissent pas de plus en plus.

Maintenant que nous connaissons leurs caractères généraux et distinctifs, étudions séparément chacune de ces

affections cachectiques, au point de vue de leur aspect extérieur, de leur marche et de leur influence sur l'économie.

Avant d'aller plus loin, laissez-moi vous dire qu'elles ont un siège commun, les membres inférieurs. On compte six affections cachectiques ; ce sont : le pemphigus, le rupia, le prurigo, l'ecthyma, le purpura et l'ulcère.

1° Le *pemphigus* du vieillard affecte le type chronique, sa durée est indéfinie ; il n'y a à la fois, le plus souvent, qu'une seule bulle (*pemphigus solitarius, successivus*), mais la lésion, peu importante par elle-même, se reproduisant sans cesse, finit par causer une déperdition assez notable sans abattre et détruire les forces.

2° Le *rupia* se manifeste par des croûtes larges, aplaties, et entourées d'un cercle ulcéré qui tend à s'étendre par la gangrène (*rupia escharotica*). Il s'en écoule une sanie d'une fétidité repoussante, et, quand ces lésions sont nombreuses et couvrent et détruisent une peau déjà détériorée par la sénilité, à quels désordres locaux et généraux ne doit-on pas s'attendre ! et quelle source d'épuisement rapidement fatal !

3° Le *prurigo*, lui, ne désorganise pas la peau ; mais croyez-vous que la santé générale, déjà épuisée, ne va pas s'épuiser davantage, par suite des démangeaisons atroces du prurigo, de la perte d'appétit et de sommeil qui en sont l'inévitable conséquence ? Ce prurigo, né de la cachexie, devient à son tour une cause nouvelle et une aggravation de cette cachexie qui lui a donné naissance, et dont il va précipiter le dénouement fatal.

4° Le *purpura* siège principalement aux membres inférieurs ; ses taches rouges n'ont pas la teinte vive qu'elles ont chez l'enfant ; elles sont blafardes et plus pâles, elles ne disparaissent pas aussi vite ni aussi complètement, elles persistent indéfiniment, car, une fois le sang extravasé, il n'y a plus assez de forces vitales pour qu'il soit repris par le torrent circulatoire.

5° L'*ecthyma* nous montre ses pustules grisâtres, laissant à leur suite des croûtes épaisses, larges, et au-dessous d'elles des surfaces profondément ulcérées ; sa durée est d'ordinaire très-longue (ecthyma *cachecticum*).

6° Quant aux ulcères des jambes, vous les connaissez ; vous savez quel est leur fond sanieux, grisâtre ; quelle est leur tendance à s'élargir de plus en plus par le sphacèle de leur fond et de leurs bords ; — vous savez combien il est difficile d'arrêter leur progrès, et d'y ranimer un peu de vitalité, pour un travail cicatriciel bien difficile à obtenir.

Telles sont les affections cachectiques chez le vieillard.

Cependant il ne faudrait pas aller jusqu'à l'exagération et laisser croire que tous les vieillards en sont arrivés à ce point de débilité, de dégradation physique. La vieillesse ne se présente pas toujours sous cet aspect épouvantable ; et vous avez vu certainement des hommes qui, à un âge très-avancé, ont conservé une santé parfaite et un état général satisfaisant.

Aussi ne trouvons-nous pas toujours chez le veillard des lésions cachectiques.

On observe chez le vieillard des manifestations et des diathèses syphilitiques, herpétiques et scrofuleuses.

Ces manifestations conservent leurs caractères pathognomoniques ; la syphilis, sa teinte cuivrée ; la scrofule, sa couleur lie de vin. Cependant, par ce seul fait qu'elles existent chez le vieillard, elles empruntent au terrain qui les produit une manière d'être spéciale qui en modifie l'aspect. C'est comme si l'on transportait une plante qui a besoin d'un terrain fécond et d'une température chaude dans un terrain sec et dans un climat froid.

Ce sera toujours la même plante, mais elle sera modifiée, amoindrie par un sol et par un climat qui ne sont pas faits pour elle.

Il en est de même pour les maladies de la peau.

Chez les enfants herpétiques, ce sont les lésions à type aigu que l'on voit se développer ; chez le vieillard, au contraire, vous ne voyez presque jamais un herpès aigu, primitif, un eczéma rubrum, confluent primitif. Les eczémas ne sont le plus souvent que d'anciens eczémas qui étaient mal éteints, et qui se réveillent.

Comme lésions primitives, il n'y a guère que les affections dites sèches qui choisissent la peau du vieillard pour s'y développer ; le psoriasis, par exemple, qui n'a pas besoin d'une vitalité fort active, et encore n'offre-t-il pas chez le vieillard ses écailles brillantes et nacrées ; c'est un psoriasis sans force ; ses squames sont minces, sans reflet, sans épaisseur, sans adhérence. Le vieillard ne peut même pas fournir à ce psoriasis les éléments d'un développement normal. Tel le sommet de la montagne, devenu aride, peut à peine nourrir un sapin rabougri, quand le même arbre trouve, au pied de cette même montagne, un sol riche et fécond qui lui donne force et vigueur.

La syphilis, quand elle frappe le vieillard, ce qui est rare, il faut le reconnaître, conserve son cachet extérieur, notablement modifié par l'âge cependant.

C'est ainsi que son évolution secondaire se fait tardivement, elle se traîne. Le plus souvent la syphilis est ancienne ; c'est un réveil, un retour ; ce sont des tubercules qui, sous une influence quelconque, s'ulcèrent après être demeurés longtemps sans réaction, sans vie ; ce sont encore des exostoses tibiales ou claviculaires ; en somme la syphilis est presque toujours un legs, un héritage du passé.

La scrofule n'est plus de l'âge du vieillard ; il peut présenter des cicatrices difformes, des traces indélébiles de lésions scrofuleuses qui ont évolué dans le passé, mais la santé générale n'est nullement troublée pour cela. Le vice scrofuleux a marqué son passage. Mais, depuis de longues années, il a quitté ce terrain qui ne lui convient plus. Cependant des lésions scrofuleuses anciennes peuvent apporter au vieillard une nouvelle dose de cachexie et une cause nouvelle de dépérissement par les troubles qu'elles peuvent occasionner.

Quel pronostic devons-nous porter quand il s'agit d'une affection cutanée chez le vieillard ? Un pronostic grave. N'oublions pas que ces affections sont souvent le produit de la cachexie et qu'elles ne font qu'aggraver cet état misérable qui les a fait naître.

Quant au traitement que vous devez prescrire, il ressort tout naturellement de l'exposé des considérations dans lesquelles je suis entré. Aux affections inflammatoires de l'enfant, nous avons opposé un traitement antiphlogistique ; combattons, au contraire, les lésions cachectiques de la vieillesse par un régime tonique, reconstituant par excellence. Avant tout occupons-nous de la santé générale, soutenons par une alimentation réparatoire les forces qui s'en vont ; excitons l'appétit par le quinquina, par les amers, par le fer, par les alcooliques pour réchauffer cette existence qui s'éteint.

S'agit-il du traitement local, traitons ces ulcères atoniques par des applications d'onguent styrax ou de toute autre pommade excitante ; arrosons-les d'alcool, de thymol,

de vin aromatique en un mot, ramenons la vie là où elle n'est plus. N'hésitez pas à promener le fer rouge sur ces surfaces modifiées, sur ces bords calleux et sans vie; cautérisez-les pour y ramener un peu de vitalité.

En résumé, le caractère dominant de la dermatologie du vieillard, c'est la *cachexie* qui se manifeste par la tendance à l'ulcération, par l'atonie et par la chronicité des lésions cutanées.

ABLATION INCOMPLÈTE DES KYSTES DE L'OVAIRE (1)

Par M. le docteur F. Terrier, chirurgien de la Salpêtrière.

Les opérations incomplètes terminées par ouverture du kyste, suture de ses parois à la plaie abdominale et drainage, donnent des résultats fort différents, selon la nature de la tumeur kystique.

Lorsque le kyste est *uniloculaire*, — tels sont les kystes séreux du ligament large et les kystes dermoïdes, — le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement.

Le même résultat est peut-être possible dans certains kystes uniloculaires au point de vue clinique, mais qui ne sont autres que des kystes multiloculaires pour les anatomo-pathologistes.

Quand le kyste est *multiloculaire*, lorsque les parois kystiques offrent des *végétations*, les résultats sont très-médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, enfin la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement.

Notons enfin, et cela dans les cas de kystes uni- ou multiloculaires, la possibilité du développement rapide d'une tumeur déjà préexistante sur l'ovaire qui n'a pas été touché et dont l'état n'a pu être vérifié au moment de l'opération.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Potion contre la constipation des enfants à la mamelle. — M. le docteur Lewis Smith conseille pour les enfants à la mamelle, dans les cas de constipation persistante, la préparation suivante qui, selon lui, ajoutée au lait, la rapproche de la composition du colostrum si manifestement purgatif :

Huile de foie de morue	2 parties.
Eau de chaux.	1 —
Sirop de lactophosphate de chaux	1 —

Un quart ou une demi-cuillerée à thé sont donnés avec chaque tetée; ou une cuillerée à thé trois fois par jour. (*Lyon méd.*)

Traitement de la fissure à l'anus. — Les fissures à l'anus sont radicalement guéries, huit fois sur dix, après trois semaines ou un mois du traitement suivant :

1° Tous les jours prendre un lavement à l'eau tiède additionné d'une grande cuillerée de glycérine.

2° Après chaque garde-robe, introduire dans l'anus, à l'aide d'un porte-mèche, une mèche de charpie, du volume du petit doigt à un doigt, bien enduite de la pommade ainsi préparée :

Glycérine.	30 grammes.
Huile d'amandes douces	20 —
Onguent de la mère.	60 —

3° Avant l'introduction de la mèche, avoir le soin de bien enduire le pourtour de l'anus d'une couche abondante de la même pommade.

4° Si la constipation est très-prononcée, donner tous les soirs dans une cuillerée de potage, à l'heure du diner, 5 centigrammes de poudre de racine de belladone. (*France méd.*)

(1) *Revue de chirurgie*, 1881, p. 625 et suiv.

Potion calmante dans la scarlatine et traitement général. — M. le docteur Archambault conseille de donner, toutes les heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante, aux enfants atteints de scarlatine chez lesquels il survient du délire :

Bromure de potassium.	2 à 4 grammes.
Sirop de laurier-cerise.	30 —
Sirop diacode.	10 —
Hydrolat de tilleul.	100 —

Pour combattre l'angine : chlorate de potasse en gargarisme, ou, pour les plus jeunes enfants, sous forme de pastilles, ou bien encore mêlé avec du sucre.

Maintenir le malade au lit aussi longtemps que possible ; prendre des précautions contre le froid pendant trois ou quatre semaines à cause des accidents de néphrite albumineuse qui apparaissent généralement du douzième au vingt-troisième jour et rarement après la quatrième semaine. Bien couvrir les articulations qui sont fréquemment atteintes de rhumatisme; séjour à la chambre pendant six semaines, bains après la troisième. Cold-cream, glycérine ou amidon pour calmer les démangeaisons. Enfin alimentation modérée. (*Courr. méd.*)

Traitement de la tympanite. — La tympanite est une complication de la fièvre typhoïde et de l'entérite qui mérite d'être traitée avec soin. Pour la combattre avantageusement, notre regretté confrère, Maurice Raynaud, avait recours aux moyens suivants :

1° Poudre de noix vomique.	30 centigr.
Poudre d'anis	15 —

Mêlée et divisée en deux paquets, que l'on prend un le matin et l'autre le soir.

2° Charbon en poudre, deux cuillerées à bouche dans le courant de la journée. (*Paris méd.*)

Traitement de l'éléphantiasis du nez. — Le traitement général consiste dans un régime sévère accompagné de l'usage de révulsifs intestinaux souvent répétés. A ces moyens on peut ajouter des bains sulfureux administrés suivant la règle tracée par Devergie. On plonge le malade dans un demi-bain assez chaud pour exciter les membres inférieurs, et en même temps on donne une douche fraîche en arrosoir sur la figure, en garantissant la poitrine du malade du contact de l'eau à deux températures différentes.

Les pommades, les topiques secs, mous ou pulvérulents, les douches simples et médicamenteuses ont été employés sans aucun succès. Seules les applications de teinture d'iode semblent avoir quelquefois amené des résultats relativement favorables.

Si ces moyens restent sans efficacité, si l'hypertrophie est considérable, et si surtout il existe des tumeurs gênant les organes voisins, une opération devient alors indispensable. (*Union méd.*)

Traitement de l'empoisonnement palustre chez les enfants. — M. le docteur Jules Simon institue le traitement suivant par le sulfate de quinine chez les enfants.

Jusqu'à l'âge de deux ans on donnera de 5 à 15 centigrammes que l'on fera préparer en petites pilules de 1 centigramme chacune que l'enfant accepte d'habitude très-facilement. On pourrait encore administrer ce médicament en lavement à la dose de 20 à 25 centigrammes ou bien encore en frictions.

Dans les formes pernicieuses on donnera, dans l'espace d'une heure, la potion suivante :

Sulfate de quinine.	0g,20 à 0g,30
Laudanum de Sydenham.	1 goutte.
Eau sucrée.	100 grammes.

Au-dessus de deux ans, on fait prendre le sulfate de quinine à la dose de 20 à 30 centigrammes dans de la glycérine sucrée avec du sirop tartrique, et, quand les accès sont violents, on continue d'en donner d'heure en heure 5 centigrammes jusqu'à l'ivresse. Si l'enfant refuse de prendre de la glycérine, on pourra lui donner

du café ou des petites pilules de 1 centigramme dans de la confiture.

Dans l'empoisonnement chronique, on prescrira pour les enfants à la mamelle le changement d'air et l'on administrera du fer et de l'arsenic à la nourrice. Chez les enfants au-dessus de deux ans, le traitement devra varier; on donnera tantôt du café, tantôt de la macération de quinquina, tantôt du vin de quinquina, tantôt de l'arsenic, tantôt du phosphate de chaux. On ordonnera aussi l'hydrothérapie, les bains de mer. On s'abstiendra de purgatifs et de toute cause d'affaiblissement. (*Revue de thérap.*)

Injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. — M. le professeur Köbner a obtenu, dans des cas de névralgies intermittentes ou d'autres affections justifiables de la quinine, d'excellents résultats de l'injection hypodermique de 12 à 15 centigrammes de chlorhydrate de quinine. Ce sel paraît à l'auteur préférable aux autres préparations de quinine, tant à cause de sa grande solubilité que de sa grande richesse en alcaloïde, bien supérieure à celle du sulfate de quinine.

L'effet de ces injections est analogue à celui de 60 centigrammes à 1g,25 de sel pris par la bouche; de plus il ne provoque ni douleurs ni troubles gastriques.

La formule recommandée par M. le professeur Köbner est la suivante :

Chlorhydrate de quinine,	de 50 centigr. à 1 gramme.
Glycérine	2 grammes.
Eau distillée	2 —

Pour quatre injections. (*Revue de thérapeutique.*)

Lavement contre les convulsions. — M. le docteur Jules Simon fait administrer le lavement suivant aux enfants atteints de convulsions, lorsqu'ils sont dans l'impossibilité d'avaler quoi que ce soit :

Musc	20 centigr.
Hydrate de chloral	30 —
Camphre	1 gramme.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau distillée	150 grammes.

On en fait précéder l'administration de celle d'un lavement simple, destiné à débarrasser l'intestin des matières qui peuvent l'encombrer. (*Gaz. hebd. de Bordeaux.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les cimetières et la crémation (1), par M. le docteur F. Martin.

La question de la crémation est à l'ordre du jour; voici un travail fort intéressant dû à la plume de notre confrère, le docteur F. Martin.

Après avoir consacré quelques pages aux rites funéraires primitifs, l'auteur nous promène à travers les âges et nous montre les sépultures d'abord aux temps préhistoriques (âges de la pierre taillée, de la pierre polie, du bronze et du fer), puis il nous conduit chez les peuples sauvages et arrive enfin aux peuples civilisés.

Cette partie historique est d'un véritable intérêt. L'auteur aborde ensuite l'étude des cimetières, il conclut à leur innocuité. On est alors préparé à son opinion sur la crémation. M. Martin nous raconte l'origine et les causes de la crémation; il la suit dans l'antiquité; il la voit renaître sous la première République en l'an V; il présente les arguments invoqués pour la crémation et en montre enfin les dangers. Les conclusions suivantes résument parfaitement le travail de notre confrère :

(1) In-8°. Paris, J.-B. Baillière et fils.

« Les cimetières ne présentent pas la nocuité dont on les accuse.

« 1° Les produits gazeux de la décomposition cadavérique que le sol peut laisser échapper sont incapables de vicier l'atmosphère; 2° les microgermes recueillis dans l'air des cimetières ne sont pas autres ni plus nombreux qu'ailleurs. On n'a jamais réellement constaté leurs effets pernicieux; 3° les cours d'eau ni les puits ne sont pas et ne peuvent être contaminés par le voisinage des cimetières tels qu'on les établit; 4° les terrains à inhumations même réitérées ne se saturent pas et ne deviennent pas insalubres; leur composition chimique, après comme avant l'absorption des produits ultimes de la décomposition, reste sans influence bien appréciable sur ce phénomène; mais les remaniements successifs qu'ils subissent leur communiquent des propriétés nouvelles et les modifient dans un sens favorable.

« La crémation n'est réclamée par aucune nécessité hygiénique.

« 1° Elle pourra être imposée dans les épidémies graves, s'il est démontré que les germes infectieux résistent aux processus de la putréfaction; 2° l'emploi du feu est bien rarement indiqué pour l'assainissement des champs de bataille; recourir à des moyens extemporanés sera toujours, alors, possible et suffisant; 3° à la reprise des sépultures générales (1), l'incinération, qui peut répondre à certaines convenances municipales, ne soulève plus aucune objection; 4° en autorisant la crémation facultative, la loi devra spécifier qu'elle sera toujours précédée d'un examen médico-légal donnant toute satisfaction à la sécurité publique. »

Contribution au traitement de la pleurésie purulente (2), par M. le docteur Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Robert, après avoir exposé les indications et les contre-indications de la pleurotomie, résume son travail dans les conclusions suivantes :

Quand le pus vient « faire saillie » sous la peau, il y a indication formelle de la pleurotomie; c'est l'empyème de nécessité. — Lorsqu'une canule à demeure ou des ponctions réitérées ont provoqué de « l'inflammation », il ne faut pas tarder à opérer. — L'indication est absolue si le pus trop « épais » ou chargé de « particules solides » ne s'écoule que d'une manière insuffisante. — La « fétidité » du pus commande impérieusement l'intervention par le bistouri. — L'opération est urgente quand il y a, avec un « état général » sérieux, des signes de « pneumothorax » sans fistule pulmonaire. — Il y a nécessité de pratiquer la pleurotomie, si l'établissement d'une « fistule pleuro-bronchique avec pneumothorax » laisse les choses empirer; il peut y avoir avantage à y recourir, si la maladie demeure longuement stationnaire. — La situation traîne-t-elle indéfiniment, ou vient-elle à s'aggraver, malgré des « vomiques sans signes de pneumothorax », il ne faut pas hésiter à inciser largement l'espace intercostal. — Dans les pleurésies purulentes simples, on tiendra en grande considération le volume du « pseudo-kyste pleural » que l'on s'efforcera d'abord de réduire au moyen de ponctions répétées. En dehors de toute complication, si la guérison tarde trop à se confirmer, on discutera l'opportunité de l'opération dans chaque cas particulier, en n'oubliant pas qu'elle donnera de moins bons résultats dans les très-grands épanchements que dans les moyens. Les petites pleurésies circonscrites, sauf de rares exceptions, peuvent et doivent guérir par l'aspiration seule. Il n'y a pour ainsi dire pas de contre-indications de la pleurotomie; la certitude d'une mort prochaine doit seule la faire rejeter.

Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques (3), par M. le docteur Léon d'Astros.

Les lésions organiques du cœur créent, surtout par les troubles circulatoires qu'elles engendrent, un état morbide général de

(1) Notre confrère est Lyonnais. A Lyon, on désigne sous le nom de sépultures *générales* les concessions gratuites.

(2) Un vol. in-8°. Prix : 3 francs. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

(3) In-8°. Prix : 3 francs. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

l'économie, qui commence avec le début de la lésion vasculaire et va progressant jusqu'à la mort. Cet état morbide de l'économie qui constitue à proprement parler la maladie cardiaque se manifeste par des troubles variés dans les différents appareils. Mais de plus, — application, dans le cas particulier, de la loi générale d'influence du physique sur le moral, — la maladie cardiaque se traduit quelquefois par des troubles divers du côté des facultés psychiques, intellectuelles ou morales. Ce sont ces troubles de nature très-variée que M. d'Astros nous fait connaître.

Si la maladie cardiaque aboutit fatalement à la mort, sa marche n'est pas uniforme. Elle est interrompue souvent ou mieux précipitée par les exacerbations asystoliques. Au moment de ces crises, et sous leur influence, éclatent quelquefois des troubles psychiques bien déterminés, formant un ensemble symptomatologique assez homogène. L'auteur leur a consacré un chapitre spécial.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — Les concours pour les prix de fin d'année viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Première année. — Prix, M. Bonnet ; mention honorable, M. Estor (Eugène).

Deuxième année. — Prix, M. Arnaud (Justin) ; mention honorable, M. Gaston de Messimy.

Troisième année. — Prix, M. Diffre ; mention honorable, M. Tapie.

Quatrième année. — Prix, M. Sabatier (Zacharie).

— L'agrandissement de l'hospice des Enfants-Assistés va être très-prochainement entrepris ; de nouveaux bâtiments seront construits sur la rue Denfert-Rochereau.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Salles, qui vient de succomber à Reims à l'âge de quatre-vingt-deux ans, et celle de M. le docteur Mahaux, professeur de l'Université libre de Bruxelles et médecin de l'hôpital Saint-Jean, décédé à l'âge de quarante-deux ans.

— Un concours sera ouvert le mardi 8 novembre 1881, pour la nomination à une place de chef-interne médecin, résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ne seront admis à concourir que les docteurs en médecine ou en chirurgie non mariés ou veufs sans enfants. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclusivement au secrétariat de l'administration des hospices de Bordeaux, cours d'Albret, 91.

— A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Arnozan a été nommé médecin des hôpitaux de Bordeaux.

— Par suite du legs Morel, mettant à la disposition de l'Assistance publique une somme de 55,000 francs, quatre nouveaux lits vont être créés à l'hospice des Incurables ; ils seront, d'après la volonté du testateur, exclusivement destinés à des ouvriers horlogers.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. T. II, *seconde partie.* Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes ; système lymphatique et système sanguin. 1 vol. in-8° avec 89 fig. intercalées dans le texte. *Gratis pour les souscripteurs.* — Prix du tome II complet, 1 fort vol. in-8°, avec 179 figures intercalées dans le texte, 25 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des opérations obstétricales, cours professé à l'Université de Liége par le professeur Wasseige. 1 vol. in-8° avec 165 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs cartonné. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie), par le docteur Bar. In-8°, avec fig. dans le texte et 5 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches, par le docteur Legendre. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Galissart de Marignac. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par le docteur Almann. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par le docteur Sauge. In-8° — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les eaux sulfureuses et la métallothérapie, à propos d'un cas d'aphonie nerveuse guérie à plusieurs reprises par les eaux de Cauterets, par le docteur Duhourcau. In-8° — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11655.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

De la lithotritie rapide.

La méthode de la lithotritie rapide, inaugurée en Amérique par le docteur Biglow, a introduit un grand progrès dans la chirurgie urinaire. Une soixantaine d'observations permettent aujourd'hui d'en juger les avantages et les inconvénients.

Son but est de broyer la pierre en une ou deux séances, et non plus comme dans l'ancienne méthode par une série de petites séances répétées ; son but est de broyer de telle façon que l'extraction soit des plus faciles et puisse se faire immédiatement.

Pour qu'un broiement soit réellement efficace, la première condition, c'est de prolonger la durée des séances. Nous avions été élevés dans une telle crainte de la vessie que l'on nous surnommait des vésicophobes, et que cette idée de séances prolongées nous effrayait quelque peu. Le danger par des séances prolongées était la multiplicité des fragments et surtout une grosseur qui les rendait offensifs. Aussi enseignait-on que les séances devaient durer au plus cinq ou six minutes.

Il a fallu nous habituer alors à transgresser les lois de la durée du séjour de l'instrument dans la vessie, et pour cela les chirurgiens américains ont dû nous prouver que l'on pouvait rester un quart d'heure, une demi-heure, voire même quelquefois près d'une heure, dans la vessie sans déterminer, dans la plupart des cas, aucun accident formidable.

On nous a montré qu'il était absolument nécessaire d'anesthésier le malade; le chloroforme est un des adjuvants les plus précieux pour le chirurgien qui fait la lithotritie, malgré la répugnance de quelques-uns d'entre eux à s'en servir dans cette opération. Il faut donc anesthésier jusqu'à la tolérance, jusqu'à la résolution musculaire complète, et continuer la chloroformisation, comme dans toute autre opération, pendant toute sa durée.

Le fait de la possibilité des séances prolongées étant admis, il s'agit de traiter la question de l'instrument.

Le promoteur de la lithotritie rapide a préconisé un instrument énorme, le n° 4 des lithotriteurs, dont la tige a près de 8 à 9 millimètres de diamètre. Mais ses dimensions ne le rendent pas plus puissant. Loin de là, pour obtenir un broiement efficace, complet, il ne faut pas de trop gros instruments; il faut que la pierre puisse être convenablement saisie, que les fragments puissent être repris pour être broyés à leur tour et mis en état d'être expulsés facilement.

Il faut donc avant tout un instrument avec lequel on puisse agir facilement et avec succès. Or, si les mors sont volumineux et longs, si la tige est grosse et que l'urèthre ne soit pas absolument vierge de blennorrhagie, il y aura forcément des frottements entre la tige et le canal, et la manœuvre sera beaucoup moins facile qu'avec une tige mince.

De plus, si les mors sont longs, la cavité vésicale ne pouvant pas être indéfiniment distendue, il sera difficile de tourner rapidement à droite et à gauche dans la vessie pour retrouver les fragments du calcul. Par suite le broiement sera beaucoup plus long qu'avec un instrument moins volumineux.

Nulle raison ne milite donc en faveur des gros instruments, pas même le volume de la pierre; car, dans le cas où elle est trop grosse et trop dure, ce qui est assez exceptionnel, on a recours à la taille. Cela a à peine lieu 4 fois sur 100.

Il est donc préférable d'employer un instrument de moyenne dimension, non pas le n° 1 à mors plats, mais bien le n° 2 à mors proportionnés comme longueur aux dimensions de la vessie. Avec cet instrument on arrive à broyer des pierres dures et volumineuses dans les limites de temps voulues. Généralement on compte entre dix et vingt minutes environ pour broyer un calcul de 4 centimètres.

Quant à l'instrument, je le prends d'une forme spéciale, à mors fenêtré, modifié par M. Reliquet, c'est-à-dire avec un grillage de la branche femelle, ce qui donne une force très-grande au broiement ainsi que plus de facilité; mais nous devons reconnaître qu'il est plus offensif pour la vessie. Aussi, les premières fois que vous aurez à pratiquer la lithotritie, je vous engagerai à vous servir des mors plats, jusqu'à ce que vous soyez habitué aux manœuvres du lithotriteur.

Les avantages du mors fenêtré, en dehors d'une puissance plus grande, sont surtout dans ce que l'on peut continuer le

broiement de la pierre sans être obligé de retirer l'instrument, tandis que les mors plats s'engorgent plus facilement. Aussi, lorsque la cuiller est remplie, l'instrument a perdu de sa force pour continuer l'opération. La lithotritie par les mors plats est donc, par suite, de plus longue durée.

On se sert de l'instrument fenêtré de la manière ordinaire, en continuant le broiement jusqu'à ce qu'il n'existe plus aucun fragment.

Lorsque ceux-ci ont été convenablement broyés, on a la sensation d'une bouillie pâteuse dans l'écartement des mors, et non plus la crépitation des fragments.

Quand on est depuis quelque temps dans la vessie d'un sujet même très-bien chloroformisé, celle-ci se contracte presque inévitablement et parfois de façon à cacher des fragments volumineux. Il arrive même quelquefois, au bout d'un certain temps, que les contractions se répètent tellement qu'elles deviennent pour ainsi dire permanentes et qu'il est alors impossible de continuer les manœuvres opératoires.

Dans ces conditions, il faut interrompre ou s'arrêter définitivement. Aussi ai-je été surpris d'entendre dire aux chirurgiens américains que l'on devait terminer l'opération dans une seule séance. Je ne saurais l'admettre que sous les réserves que je viens d'indiquer.

Dès que vous avez retiré votre instrument, la vessie cessant d'être excitée, les contractions diminuent et disparaissent bientôt. Une autre cause des contractions vésicales, c'est la distension produite par les liquides. Aussi ne faut-il jamais que la vessie contienne beaucoup de liquide.

Il y a même des malades chloroformisés dont la vessie supporte plus facilement encore le contact de l'instrument que la présence même de 40 ou 50 grammes seulement de liquide. Ceci est un point qu'il est nécessaire de se rappeler, car, dans les cas où, sous l'influence du lithotriteur, la vessie se contracte, vous ne devrez pas songer à lui injecter du liquide : ce serait faire la plus fausse manœuvre.

Le seul moyen de rentrer dans une vessie qui vous supporte mal, c'est de savoir en sortir à temps, de rester quelques instants au dehors, et d'y rentrer enfin avec l'instrument à mors plats, en raison même de leur brièveté plus grande.

Cette réintroduction de l'instrument n'a pas besoin, en général, d'être répétée plusieurs fois. Une seule rentrée le plus souvent suffit pour une séance.

La lithotritie rapide est donc un bon moyen, un véritable progrès sur les méthodes antérieures, qui exige seulement, plus que toute autre, des soins, quelque attention et du sang-froid.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

L'étiologie du rhumatisme.

Nous avons eu dans le service, du 1er janvier à ce jour, un certain nombre de malades atteints de rhumatisme à la suite d'un séjour plus ou moins prolongé dans un logement humide. Cela ne veut pas dire que cette maladie soit le propre des saisons froides ; elle est, comme beaucoup d'autres affections, la conséquence des variations de température et du froid humide. Mais, de plus, pour se développer, il faut encore qu'il existe certaines prédispositions, telles que l'âge, le sexe, la constitution et l'hérédité.

L'âge est une condition très-importante dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Les meilleurs articles qui aient été faits sur cette maladie ne l'indiquent pas très-bien. M. Besnier parle de l'âge adulte : je ne suis pas de son avis.

Les chiffres fournis par la statistique nous montrent que cette affection est très-rare avant l'âge de cinq ans, qu'elle est assez fréquente de cinq à quinze ans, enfin qu'elle appartient surtout à la période de quinze à quarante ans, et principalement de trente à quarante. Passé cet âge, elle redevient rare.

De ces faits, l'on n'a pas su tirer la conclusion vraie, car, si l'on cherchait la date de la première atteinte du mal, au lieu de considérer en bloc l'époque de ses manifestations, on verrait que le rhumatisme débute en général avant trente ans, et, si l'on observe un grand nombre d'individus atteints de rhumatisme après cet âge, on doit ajouter que ceux-ci en sont généralement, à cette époque, à une seconde ou à une troisième attaque.

Pour moi donc, le rhumatisme articulaire aigu débute plus tôt que les statistiques ne le disent, et j'en conclus qu'il est surtout une affection des jeunes sujets, des adolescents. Ce fait est important, car, la maladie disparaissant le plus souvent après quarante ans, on peut aussi en conclure que, passé cet âge, ce n'est plus au rhumatisme articulaire aigu que l'on a affaire, mais à un rhumatisme chronique ou constitutionnel et non plus accidentel.

Le rhumatisme articulaire aigu est donc, je le répète, une maladie de jeunesse ou d'adolescence, tandis que le rhumatisme chronique appartient à l'âge mûr, à la période de la vie postérieure à quarante ans.

La question du sexe présente moins d'intérêt que celle de l'âge. Il existe peu de différences, du reste, entre l'homme et la femme relativement au rhumatisme articulaire aigu, et, si l'homme prédomine cependant, cela paraît exclusivement dû à son genre de vie et à la profession qui l'exposent davantage aux variations de température que la femme.

Au contraire, la question du sexe devient importante, s'il s'agit du rhumatisme chronique ; en effet, celui-ci est surtout l'apanage de la femme. C'est précisément l'opposé de la goutte.

Si nous passons maintenant à la prédisposition au rhumatisme articulaire aigu due à la constitution, nous remarquerons que les individus les plus prédisposés à cette maladie sont surtout les sujets jeunes, à peau fine et blanche, aux cheveux blonds, au teint animé, et qui présentent enfin ce tableau que vous connaissez tous.

On dit que ce sont les attributs du tempérament lymphatique. Je répondrai que le rhumatisme n'est pas une maladie propre seulement aux individus lymphatiques, mais que l'on a vu un nombre considérable de scrofuleux devenir rhumatisants à l'âge adulte.

Quant à l'hérédité, quelle est sa part dans l'étiologie du rhumatisme ? La recherche des antécédents est souvent difficile. Cependant le rhumatisme articulaire aigu survient le plus souvent chez des individus dont le père ou la mère ou dont les grands parents sont ou ont été rhumatisants, c'est-à-dire dont les ascendants ont eu eux-mêmes du rhumatisme articulaire aigu.

Mais la recherche des antécédents ne doit pas se borner seulement au rhumatisme chez les ascendants, elle doit s'étendre aussi à l'arthritisme sous toutes ses formes : goutte,

rhumatisme chronique, etc., qui créent la diathèse rhumatismale.

Ici l'âge et la constitution jouent également un certain rôle, car, si la diathèse se manifeste de bonne heure, vous verrez survenir un rhumatisme articulaire aigu ; si, au contraire, ses manifestations sont tardives, ce n'est plus à l'affection aiguë que vous aurez affaire, mais bien soit au rhumatisme chronique, soit à la goutte.

Autre question : l'hérédité est-elle absolument nécessaire pour l'apparition du rhumatisme articulaire aigu ? Non, car des circonstances accidentelles extérieures peuvent suffire, et la maladie peut se déclarer en dehors de toute hérédité.

La goutte appartient surtout aux classes élevées de la société ; elle n'est pas le *morbus servorum*, si l'on peut se servir de cette expression. Mais l'individu qui contracte accidentellement un rhumatisme articulaire aigu devient bien un arthritique, mais non pas un arthritique vrai.

J'entends par là qu'il pourra bien avoir dans la suite de nouvelles attaques de rhumatisme articulaire aigu, qu'il laissera dans sa lignée une prédisposition à la même affection, mais non pas à des manifestations de goutte, ni à des accidents hémorrhoïdaires ou emphysémateux.

Ce n'est donc pas de l'arthritisme vrai, car il ne fera chez ses enfants que du rhumatisme, et ceux-ci ne deviendront pas non plus des arthritiques véritables ; ils resteront de simples rhumatisants.

Aussi ne nous semble-t-il pas que nous soyons encore aujourd'hui autorisés à confondre complètement dans un seul et même état la diathèse rhumatismale et l'arthritisme.

HOPITAL LAENNEC. — M. LEGROUX.

Péritonite, fistule ombilicale.

Au n° 8 de la salle Grisolle est couché un jeune homme de dix-neuf ans, amaigri par une maladie de longue durée, d'une pâleur mate, grisâtre, avec bouffissure de la face comme dans le cas de suppuration prolongée. Sa chevelure est serrée, les poils de ses sourcils châtains sont fins et soyeux ; enfin son regard velouté et ses beaux yeux sont de ceux dont il faut se méfier comme l'un des signes d'une prédestination tuberculeuse.

C'est un ouvrier plombier, bien portant d'habitude, nous dit-il, jusqu'au commencement de mars, époque à laquelle il est entré à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs abdominales que l'on a cru devoir attribuer à sa profession et pour lesquelles on l'a traité comme un saturnin.

Un mois plus tard, il a été pris de douleurs beaucoup plus vives ; on a voulu l'envoyer à l'Asile de convalescence de Vincennes ; il s'y est refusé, est allé au Bureau central d'où il nous a été envoyé à l'hôpital Laennec, il y a deux mois et demi.

A son arrivée, l'interne de service a constaté une fièvre assez intense, des douleurs abdominales très-vives, et a songé à une péritonite. Le lendemain, à l'heure de la visite, nous lui avons trouvé un faciès abdominal, le ventre tendu, météorisé, très-douloureux, de la rénitence des parois, un certain degré de tympanisme. En même temps, il y avait de la constipation, des vomissements porracés et de la dyspnée due à l'état abdominal.

J'ai diagnostiqué une péritonite aiguë franche, et j'ai prescrit un large vésicatoire, des cataplasmes, 10 centigrammes de calomel en dix paquets, enfin des injections sous-cutanées de morphine, grâce auxquelles les douleurs disparurent assez rapidement. De plus, la température du malade s'étant élevée à 41 degrés, j'ordonnai une potion de Todd.

Le lendemain, la température était tombée à 40 degrés et le soulagement était notable. J'auscultai alors le malade, et je constatai de l'expiration prolongée au sommet du poumon droit tenant très-probablement à un commencement de tuberculisation, et je pensai, par suite, que la péritonite était d'origine tuberculeuse. Mais il n'y avait pas de râles dans la poitrine, pas de matité appréciable, pas de retentissement de la voix.

Le surlendemain, il n'y avait plus que 39 degrés ; l'amélioration continuait ; mais il s'était fait en quelques heures, du côté gauche de la poitrine, un épanchement pleurétique. Application d'un vésicatoire sur le côté gauche ; diminution de l'épanchement. Le traitement est continué, ainsi que les injections de morphine ; le calomel seul est suspendu. Des frictions sont faites sur le ventre avec une pommade mercurielle belladonée.

L'amélioration fait des progrès, les vomissements bilieux sont rares, le ventre est moins tendu. La maladie marchait à la guérison, lorsque, vingt-sept jours après l'arrivée de ce ce jeune garçon dans nos salles, il s'aperçut que son ombilic était rouge, tendu, volumineux et douloureux. Était-ce le point de départ d'un érysipèle ou un commencement d'inflammation périombilicale comme cela s'observe quelquefois dans la tuberculose ?

Deux jours plus tard, une petite perforation se faisait au centre de l'ombilic et donnait issue à un pus séreux, d'une odeur un peu sulfureuse, offrant enfin les caractères d'un liquide séro-purulent.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis six semaines, la fistule à laquelle a donné lieu la perforation de l'ombilic continue à suppurer, donnant par jour la valeur d'un verre à bordeaux de pus.

Ce fait est assez rare pour mériter d'être rapporté.

Dès le début de la fistule, il s'est produit une amélioration notable des phénomènes locaux, sauf une douleur dans la fosse iliaque gauche qui a persisté. Les vomissements ont complètement cessé, le sommeil et l'appétit sont revenus, les digestions sont bonnes, l'aspect général est meilleur.

Afin de faciliter l'écoulement du pus, j'ai fait établir, il y a trois semaines, une petite compression de l'abdomen. L'amélioration fait chaque jour des progrès, et le malade semble même engraisser.

Actuellement, le ventre est peu douloureux ; il existe encore une petite tension dans la fosse iliaque gauche, ainsi qu'une matité mêlée de sonorité abdominale résultant des adhérences qui se sont établies entre l'intestin et le péritoine et qui s'étendent vers l'ombilic.

A droite, le ventre est souple, il n'est pas douloureux, et sa sonorité est normale.

Au centre de l'abdomen, dans la région de l'ombilic, il s'est formé des bourgeons charnus assez volumineux (0m,015 de large sur 0m,01 de haut), qui débordent le creux ombilical et recouvrent le petit orifice de la fistule.

Enfin les fonctions organiques sont bonnes, la respiration

est normale et régulière, le malade ne tousse pas, la pleurésie a complètement disparu, le côté gauche de la poitrine paraît seulement un peu rétracté.

Nous avons donc chez ce malade une fistule ombilicale donnant issue à un écoulement persistant de pus et résultant de la perforation de la paroi antérieure de l'abdomen au niveau de l'ombilic, suite d'une péritonite.

Les observations de fistule ombilicale ne sont pas extrêmement nombreuses; nous en trouvons consignées dans quelques thèses, notamment en 1859, dans celle de M. Féréol, dans un mémoire de M. Vallin inséré dans les *Archives;* nous trouvons encore une observation très-intéressante de M. Besnier, etc., etc.

L'ombilic est comme une porte de sortie pour les collections liquides d'un certain nombre d'organes, de même que pour certaines hernies de l'intestin grêle.

Les fistules ombilicales se font plus particulièrement à la partie supérieure de l'ombilic, c'est-à-dire dans sa partie la moins résistante. Elles peuvent donner issue au pus des abcès de la plèvre qui viennent ainsi se vider par l'ombilic. Le fait est assez rare cependant. Elles donnent surtout issue aux liquides provenant du bassin, voire même de la vessie, lorsque l'ouraque n'est pas complètement oblitéré. Sans entrer dans toutes les causes qui peuvent donner lieu à la formation de fistules ombilicales, je me bornerai à dire qu'elles peuvent être congénitales ou acquises. On a vu aussi quelquefois la sérosité de l'ascite se faire jour par l'ombilic. Nélaton en cite deux cas. Cela a même fait penser que l'on pourrait tenter de pratiquer la ponction de l'ascite par l'ombilic; mais la cicatrice ombilicale est généralement très-résistante et se ferme dès que la canule est retirée.

Chez les tuberculeux, comme l'a fait remarquer M. Vallin, on voit quelquefois survenir un certain état œdémateux de l'ombilic, puis de la rougeur autour de l'anneau, rougeur plus ou moins étendue, un peu douloureuse; cet état peut durer assez longtemps et quelquefois le malade succombera sans qu'il se passe rien d'autre en ce point. Dans d'autres cas, cet état disparaît peu à peu, tandis que la tuberculose progresse. Mais, d'autres fois, le mal évolue, l'ombilic se perfore, un liquide purulent s'écoule et une fistule s'établit comme chez notre malade.

Le diagnostic des fistules ombilicales est facile; facile aussi, le plus souvent, celui de leur origine. Le pronostic en est généralement favorable, car c'est une porte de sortie fournie par la nature pour les collections liquides. Notre malade, en effet, reprend une bonne mine; ses fonctions se sont bien rétablies depuis l'ouverture spontanée de l'ombilic. Aussi, bien que nous croyions devoir garder encore une certaine réserve quant à l'origine tuberculeuse, cependant je serais très-tenté de croire, chez lui, à une péritonite essentielle, dont le début a été pris pour des coliques saturnines. Il se pourrait aussi qu'il y ait eu dans le commencement un état tuberculeux subaigu dont l'évolution aurait été arrêtée par cette suppuration ombilicale produisant une sorte de révulsion.

En tout cas, je crois que, si la suppuration se tarit et que la fistule se cicatrise, nous aurons eu affaire à une péritonite essentielle. Par contre, si le pus persiste à couler, nous serons autorisés à penser à l'existence de tubercules péritonéaux continuant à évoluer.

L'avenir seul donc pourra complètement nous édifier à ce sujet.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

De la présence anomale de l'acide urique dans les sécrétions salivaire, gastrique, nasale, pharyngée, sudorale, utérine et dans le sang menstruel (1).

Par M. le docteur Boucheron.

On sait que les déchets de la nutrition qui ne sont pas éliminés produisent, en s'accumulant dans le sang, des accidents variés d'intoxication, d'autant plus durables que les matières toxiques peuvent être fabriquées indéfiniment par l'économie.

Parmi les déchets de la nutrition, sans parler des ptomaïnes, de connaissance récente, l'un des plus importants est l'*acide urique*, dont l'accumulation dans le sang constitue l'*uricémie* (Garrod, Sée, Charcot, Zalesky, Gigot-Suard, Jaccoud, Bouchard, Labadie-Lagrave, Fernet, etc.).

Quand l'acide urique en excès s'élimine anomalement par divers organes, il détermine l'apparition d'affections variées dites *uricémiques*, dont la plus anciennement connue est la *goutte articulaire*, caractérisée par l'élimination de l'acide urique dans les articulations (Garrod).

Il existe un grand nombre d'affections qui sont soupçonnées d'être sous la dépendance de l'acide urique et dont la nature uricémique n'a pu être démontrée, vu les insuffisances et les difficultés des analyses chimiques dans chaque cas.

Suivant cet ordre d'idées, et supposant que l'élimination anomale de l'acide urique était, chez certains malades, la principale cause des affections dont ils étaient atteints, nous avons recherché et trouvé, en effet, l'acide urique dans les sécrétions des organes malades. C'est ainsi que nous avons, avec les conseils de M. le professeur Grimaux et avec le concours de M. J. Chassin, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, décelé l'acide urique dans la sécrétion gastrique pituiteuse qui nous était fournie par le vomissement matutinal, dans la sécrétion nasale et pharyngée pendant l'évolution de certains catarrhes naso-pharyngiens, dans la sécrétion de la muqueuse utérine et dans le sang menstruel de certaines femmes atteintes d'affections utérines, dans la sueur, comme l'avaient trouvé aussi plusieurs observateurs, entre autres Charcot, Ball, Robin, Peter et J. Daremberg.

Dans tous ces cas, les liquides à analyser, tout en étant difficiles à se procurer, pouvaient cependant être recueillis.

Mais, pour les organes composés d'une cavité close, comme les séreuses articulaires ou autres, comme les globes oculaires, qui conservent dans leurs cavités les liquides sécrétés, et pour les organes dont les sécrétions s'épanchent dans les cavités splanchniques profondes, telles que le foie et les muqueuses gastro-intestinales, la démonstration de la nature uricémique de leurs affections est extrêmement difficile ou impossible pour chaque cas.

Restait donc à trouver une sécrétion assez abondante pour être analysée, s'épanchant à ciel ouvert et servant très-fréquemment à l'élimination de l'acide urique en excès dans le sang. La présence de l'acide urique dans cette sécrétion fournirait la preuve directe de l'accumulation de cette substance dans le sang, la preuve directe de l'intoxication par l'acide urique, et la preuve indirecte que les affections dont souffre le malade sont sous la dépendance de cet agent toxique. La disparition des accidents concordant avec la disparition de l'acide urique apporte une nouvelle preuve à l'appui.

La sécrétion, qui joue très-fréquemment le rôle d'émonctoire accessoire de l'acide urique, c'est la sécrétion salivaire.

En effet, nous avons trouvé dans la salive de l'acide urique en abondance dans les principales variétés d'uricémie, quelles qu'en soient les causes.

1° Dans l'uricémie par arrêt de la fonction urinaire ou rétention de la majeure partie des liquides et des matériaux de l'urine, chez

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 22 août 1881.

des sujets névropathiques ou autres; — 2° dans l'uricémie par alimentation trop riche en azote; 3° dans l'uricémie des sujets ayant été atteints de goutte aiguë, franche, articulaire; 4° dans l'uricémie des sujets atteints de goutte chronique articulaire; 5° dans l'uricémie avec accidents morbides du côté du foie, de l'estomac et des intestins; 6° dans l'uricémie avec lésions diverses de la peau; 7° dans l'uricémie avec lésions oculaires (décollements de la rétine, choroïdites et corps flottants du corps vitré, iritis, kératite, névrite optique, conjonctivites, blépharites); 8° dans l'uricémie avec lésions de l'oreille et surdité; 9° dans l'uricémie avec détermination morbide du côté des reins, des bassinets, de la vessie et de la prostate; 10° dans l'uricémie avec détermination morbide sur l'appareil cardio-vasculaire; 11° dans l'uricémie avec accidents encéphalo et névropathiques.

Procédé opératoire. — C'est avec la réaction de la murexide que nous avons obtenu les meilleurs résultats, pour la recherche qualitative de l'acide urique dans la salive. Cette réaction n'exige qu'une faible quantité de liquide; elle est rapide et caractéristique.

Pour la bien réussir, nous recommandons les précautions suivantes: avec 1 ou 2 grammes de salive déposés sur une capsule de porcelaine plate, une soucoupe, par exemple, on chauffe légèrement au-dessus d'une lampe à alcool, de manière à amener la dessiccation du liquide sans déterminer d'ébullition et sans laisser jaunir le dépôt. Aussitôt la dessiccation produite, passer très-légèrement sur le dépôt salivaire une baguette de verre humectée d'acide azotique, puis immédiatement une autre baguette humectée d'ammoniaque en solution: l'exposition aux vapeurs d'ammoniaque suffit quelquefois quand la quantité d'acide urique est faible.

Trop d'acide azotique ou trop d'ammoniaque nuisent à la réaction. Si la salive renferme de l'acide urique, on voit se produire la coloration pourpre caractéristique, souvent avec une intensité de coloration presque égale à celle que donne l'urine diurne traitée de la même manière.

La comparaison entre la réaction de la murexide et les procédés cliniques de recherche de l'acide urique (précipitation de l'acide urique par les acides forts, cristallisation sur un fil, etc.) nous a montré que la présence de la mucine, qui entraîne déjà la réaction de la murexide dans une certaine mesure, s'oppose dans de bien plus fortes proportions à la précipitation de l'acide urique de ses solutions. C'est en se basant sur la non-précipitation de l'acide urique qu'on a pu nier la présence de l'acide urique dans certains liquides, et en même temps nier la nature uricémique des affections qui les ont produites. Tous les uricémiques n'éliminent pas leur excès d'acide urique par la salive; mais, chez les sujets qui l'éliminent par leur salive, on trouve dans cette élimination des indications de la plus haute importance:

1° Pour le diagnostic de l'état d'uricémie; 2° pour la prophylaxie des accidents d'intoxication uricémiques imminents; 3° pour la direction du traitement quand les accidents d'intoxication se sont produits; 4° pour le choix et la voie d'élimination de l'acide urique en excès; 5° pour la connaissance du moment où a cessé l'état d'uricémie; 6° pour le choix formel d'un régime alimentaire et d'une hygiène anti-uricémiques; 7° pour la connaissance des résultats quotidiens de la thérapeutique, de l'alimentation et de l'hygiène prescrites.

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert René,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

IX

Nous en étions là de notre travail lorsque nous avons eu la bonne fortune de retrouver à la bibliothèque de notre Faculté de médecine un volume contenant un grand nombre de thèses de Nancy et de Pont-à-Mousson, datant toutes du milieu du dix-huitième siècle. Ce livre fait partie de la collection offerte à la Faculté de médecine par la famille de J.-B. Simonin, ancien directeur de l'École de médecine de Nancy.

Une des premières thèses du volume est la thèse de doctorat de François Le Lorrain; bien que cette thèse ait été soutenue à Nancy (1769), nous signalerons immédiatement cet exemplaire parce qu'il a appartenu au président de la thèse, Jean-André Tournay, doyen de la Faculté, et qu'il porte encore en marge l'indication des critiques que le président de la thèse a adressées au candidat. Les mots ou les passages incriminés sont soulignés dans le texte et parfois on trouve les mentions: *Ne convenit, causa? historia morbi, definitio, nego, nihil probat, distinguo, ita*, etc. Enfin, sur une feuille de papier encartée dans la thèse est écrit le discours prononcé par le président de la thèse à l'ouverture de la séance. Il s'agissait en effet d'un fils et petit-fils de professeurs de la Faculté de Pont-à-Mousson; le doyen ne pouvait l'oublier. Ce discours, écrit en un latin correct et élégant, respire l'affection la plus vive pour un « enfant de la maison ». « C'est pour nous une fête, dit le maître, de voir s'élever du docte giron de notre Faculté un disciple aimé au regard doux, au visage agréable, digne successeur de ses ancêtres qui ont déjà depuis si longtemps illustré la Faculté. » Aussi le juge ne vient pas tant pour argumenter et pour critiquer que pour faire briller encore davantage dans cette épreuve suprême les qualités de l'esprit et l'érudition du candidat. Puis vient la critique de la thèse. « L'usage du lait convient-il toujours dans la phthisie pulmonaire? » Le candidat avait répondu qu'il y avait des contre-indications. Les obstructions qui se forment dans le poumon, dit-il, sont constituées par la lymphe coagulée; or la coagulation de la lymphe suppose dans le sang un principe coagulant qui sera très-apte à coaguler aussi le lait. Dès lors pourquoi veut-on encore augmenter par l'usage du lait les obstructions qui existent déjà naturellement, etc.? Le juge reproche doucement à son élève d'être trop timide, « comme, d'ailleurs, il convient à un jeune médecin », dans le cas particulier; il prend la défense de cet aliment excellent préparé par la nature et presque toujours inoffensif. François Le Lorrain termine sa thèse en disant « audacieusement » que l'usage du lait ne convient pas toujours dans la phthisie, et il ajoute cette citation d'Horace (lib. I, ep. 6):

Si quid novisti rectius istis
Candidus imperti, si non, his utere mecum.

Au mois d'avril 1767, Deguerre soutient pour le baccalauréat une thèse physiologique sur le sang. Il formule trente-deux propositions sur les idées qui avaient cours à cette époque, « grossier et indigeste mémoire, dit-il, qui laisse place à bien des équivoques, mais nous sommes obligés de nous contenter de ces notions en attendant que de nouvelles expériences aient enseigné la véritable composition du sang ».

Quelques mois plus tard, en août 1767, Deguerre écrit, pour la licence en médecine, une nouvelle thèse sur l'action des emménagogues. Elle commence par une grave dissertation sur la misérable condition de la femme que son sexe condamne à tant de troubles et à tant de vicissitudes depuis la puberté jusqu'à l'époque du retour. Notons en passant que l'auteur ne croit pas à l'adage:

Luna vetus vetulas, juvenes nova Luna repurgat.

C'est par les emménagogues que l'on rétablira ou régularisera l'écoulement menstruel et que l'on préviendra beaucoup de maladies.

En 1764, Hubert Gérard (d'Épinal) fait sa thèse de licence sur « les sécrétions et les excrétions »; puis, en 1766, sa thèse de doctorat sur « le principe inflammatoire ou phlogistique ». Nous n'en retiendrons que le début: « Heureux, s'écrie-t-il, celui qui connaîtrait les premiers principes de la matière! Combien de folies disent les philosophes dès qu'ils abordent ce sujet! Le principe de toutes choses, c'est l'eau, avec Thalès de Milet; c'est l'air, avec Anaximène; c'est l'infini, avec Anaximandre; c'est l'homœomérie

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 août 1881.

avec Anaxagore, et pour Démocrite ce sont les atomes. Les auteurs plus modernes ne nous en ont guère plus appris. » Hélas! encore aujourd'hui, bienheureux celui qui connaîtrait les premiers principes de la matière!

En 1764, une thèse pour le doctorat, par Courtois (de Remiremont), et en 1766 une thèse pour la licence par Antoine (de Nancy), exposent les idées de l'époque « sur le sang ». La thèse de baccalauréat de ce même Antoine date de 1764. Elle a pour titre : « Si l'air se mêle au sang dans le poumon? » L'air, ce fluide le plus subtil de la terre et de l'onde, ne se mêle pas au sang dans le poumon. Sans doute on sait qu'il suffit d'inspirer un peu d'essence de térébenthine par les narines pour donner à l'urine l'odeur de violette, on sait aussi que les miasmes sont absorbés également avec l'air; mais qui prouve que tous ces éléments ne sont pas absorbés par la déglutition et par le tube digestif? Personne n'a encore vu une bulle d'air dans du sang normal; si cela était, cet air arrêterait la circulation. Injectez de l'air dans les vaisseaux d'un animal et vous le tuerez immédiatement. On dit qu'il faut de l'air dans l'intérieur des vaisseaux pour qu'il puisse faire équilibre à la pression atmosphérique supportée par le corps humain, charge évaluée par Muschenbroeck à 42,240 livres; ne craignons rien, la pression atmosphérique, s'exerçant dans tous les sens, ne peut être perçue par l'organisme.

En 1765, Joseph Lamarche (d'Épinal) soutient sa thèse pour le baccalauréat en médecine. Il traite la question de savoir « si le cervelet fournit des nerfs réflexes et le cerveau des nerfs moteurs et sensitifs ». Il conclut qu'il n'y a pas de nerfs distincts pour chacune de ces catégories, conclusion appuyée sur des considérations d'anatomie.

En 1766, nous trouvons la thèse qu'Eustache Saint-Denis soutient *pro solemni cooptationis laureu* sur la pleurésie expliquée et traitée selon la théorie des humeurs.

Dans sa thèse pour la licence (1765) « De l'usage et de l'abus des narcotiques », Bernard Laurent (de Plombières) étudie l'origine de l'emploi des narcotiques, les différences entre l'opium de Thèbes (ville d'Égypte) et celui des Indes (l'opium du Caire étant le plus estimé). Il énumère les indications de l'opium dans l'agitation, le délire, les convulsions, les attaques d'hystérie, la diarrhée, etc. Mais il faut de la prudence; évitons l'abus et ne prolongeons pas l'usage de ces substances qui congestionnent le cerveau. Si l'on a dépassé un peu la dose ordinaire, il faut en corriger les effets par l'administration de vin ou d'alcool, auquel on peut ajouter un peu de castoréum.

Citons encore la thèse de doctorat (1767) sur la fièvre pétéchiale de Claude (de Remiremont). Sa thèse de licence était du mois de mars de la même année, elle avait pour titre : « La faim canine ». Elle comprend une définition de l'appétit, de l'anorexie, de la boulimie et de la faim canine. Le traitement doit consister notamment dans l'emploi des vomitifs, des amers et des cathartiques.

Nous trouvons aussi la thèse de Jean-Pierre Gentil sur le « fluide nerveux », et celle d'Antoine Mosser sur la « crise » en 1766; celle de Christophe Schneider (de Dieuze), maître ès arts (1767) : « Aperçu physiologique de quelques fonctions physiologiques du corps humain. »

C'est l'œuvre d'un littérateur. Sa thèse a une préface, et elle a une étendue double de celle des autres. Mais par qui a-t-elle été faite? En effet, le même jour, à la même heure, le mardi 11 août 1767, à neuf heures et demie du matin, François Le Lorrain, dont nous avons signalé plus haut la thèse de doctorat, en 1769, soutenait sa thèse de baccalauréat. Il présente la même thèse que Schneider, le nom seul est changé. Il arrivait souvent, en effet, surtout pour les thèses des autres facultés, que plusieurs candidats soutenaient la même thèse. Le titre portait alors la mention : *Proponebunt* ou *Propugnabunt*, et au-dessous la liste de tous les candidats. Une fois, il y a eu ainsi seize candidats soutenant la même thèse.

Henry Grégoire (1766), aussi maître ès arts, traite des « diurétiques ».

Enfin, en 1767, Joseph Guyot (de Dompaire) soutient, pour la licence, une thèse sur une question de médecine pratique : « De la fumée de tabac dans l'asthme ». Il conclut que l'asthmatique doit fumer parce que les parties âcres de la fumée de tabac sont inspirées avec l'air, atteignent de plus près les humeurs des bronches, les divisent et les font expulser en provoquant la toux et la salivation.

Les hasards de la reliure ont mêlé à nos thèses mussipontaines quelques dissertations étrangères que nous signalerons en terminant cet article. C'est d'abord la thèse de Claude Ridouel pour le baccalauréat en médecine, thèse soutenue à Reims en 1773. « Les eunuques sont-ils des monstres? » Oui, répond l'auteur, car celui qui possède les deux sexes est déjà un monstre, à plus forte raison celui qui n'en possède point du tout.

A la même date et à la même époque, Jean-Claude Marchand soutient pour sa thèse de baccalauréat en médecine que « les conceptions les plus heureuses sont celles qui se font au printemps et qui, par conséquent, se terminent par l'accouchement à la fin de l'automne ». L'homme en cela doit imiter la nature qui fait toujours les choses pour le mieux.

Enfin, encore à la même époque et à la même date (1773), Étienne-Joachim Chandru soutenait pour la licence une thèse ainsi conçue : « Le célibat convient-il aux hommes de lettres? »

L'amour nous tient tous sous ses lois.

. . . . Juvenum feroces
Concitat flammas; senibusque fessis
Rursus extinctos revocat calores;
Virginum ignoto ferit igne pectus.

A peine pubères, mâles ou femelles, tous ne désirent et ne recherchent que les joies de Vénus. Et pourtant, si vous voulez vous conserver une bonne santé, si vous voulez vivre aussi longtemps que Nestor, ne vous livrez que rarement à ces incomparables, mais, hélas! trop attrayants plaisirs.

L'auteur fait le parallèle de la vie des gens débauchés et de la vie des hommes voués au culte des lettres. Comment ceux-ci, qui ont tant besoin du repos de l'esprit, pourront-ils résister à la fatigue, à la pâleur qui déjà envahit leurs joues, à la maigreur qui est leur apanage naturel, s'ils veulent encore dépenser leurs forces dans les plaisirs de l'amour?

Voyez combien les vieux sages de la Grèce et de l'Égypte s'en préservaient. Écoutez Sophocle à qui l'on demandait s'il « usait des choses de Vénus ». « Le culte des Dieux est bien préférable, » répondait-il, « et j'ai toujours fui sans regret l'amour, qui est un maître impérieux et sauvage. »

Mais, dira-t-on, le culte des lettres, en augmentant la chaleur naturelle, doit exciter également les feux de l'amour. Point du tout, car, si le travail intellectuel produit la maladie, à côté du mal est le remède; il est aussi le remède; il suffit d'éviter l'oisiveté pour échapper à ces dangers :

Otia si tolles, periere Cupidinis arcus.....
Cedit amor rebus; res age, tutus eris.

Enfin, direz-vous encore, si les littérateurs vivent dans le célibat, ils ne serviront pas la République, à qui ils doivent donner des enfants. Sans doute ils ne lui donnent pas d'enfants, mais ils font mieux que cela, ils consacrent toutes leurs forces au bien public, et ils préservent des vices honteux et des maladies les enfants des autres.

La naissance d'un enfant n'est qu'un effet du hasard, son éducation est tout un art.

Voilà pourquoi les gens de lettres doivent rester célibataires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Bellouard est nommé, pour deux ans, chef de clinique ophthalmologique.

MM. Bazy et Campenon sont délégués dans les fonctions de

chefs de clinique chirurgicale, pendant l'année scolaire 1881-1882.

— *École de médecine de Tours.* — M. Wolff, docteur en médecine, est nommé, pour six ans, chef des travaux chimiques.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Labatut est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Huguet, démissionnaire.

— Nous annoncions, dans notre numéro du 4 juin dernier, que le Conseil général du département d'Alger avait émis le vœu que le nom du docteur Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, vulgarisateur du sulfate de quinine en Algérie, soit donné à un centre de population.

Un décret vient d'être rendu conformément à ce vœu. Le village de Souk-el-Tiéta, sur le territoire de la tribu de Mechdallah (commune mixte de Beni-Mansour, département d'Alger), portera à l'avenir le nom de *Maillot* « pour perpétuer le souvenir des services rendus à la colonisation par le docteur Maillot ».

— M. le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission à Venise, à l'effet d'être l'un des représentants du Ministère de l'instruction publique au Congrès international de géographie.

— M. le docteur Budin, agrégé, suppléant M. le professeur Depaul, commencera des conférences cliniques le mercredi 7 septembre 1881, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Clinique d'accouchements, et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La huitième vient de paraître et la neuvième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de chirurgie antiseptique, par Mac Cormac, professeur et chirurgien à l'hôpital Saint-Thomas, chirurgien consultant de l'hôpital français de Londres, secrétaire général du congrès international des sciences médicales (session de Londres, 1881), traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'auteur, par A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, ex-médecin de l'hôpital français de Londres. 1 vol. in-8° avec 62 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris, année 1880. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents, par le docteur Debaker. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Maladies de l'estomac et des intestins, par le docteur Blanchet. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du traitement préventif du glaucome dans les cas où déjà un œil se trouve atteint de cette maladie, par le docteur G. Martin. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur le catarrhe des premières voies respiratoires et ses rapports avec l'asthme, par le docteur Percepied. In-8°. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude historique sur l'opération de la taille, par le docteur Champignon (d'Orléans). In-8° de 19 pages. — Orléans, H. Herluison.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11666.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini

(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Goudron Freyssinge

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE. — La seule pouvant reproduire l'eau de goudron du Codex.

Le flacon : 2 francs, 97, rue de Rennes, et utes les pharmacies.

C. Freyssinge

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon ; 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs JORET et HOMOLLE, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

Dragées et Sirop dépuratifs

DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(DRAGÉES ET SIROP DE DEUTO-IODURE IODURÉ DE BOUTIGNY-DUHAMEL.)

Ces deux préparations sont inaltérables, d'un dosage rigoureusement exact, d'une préparation irréprochable. Elles sont employées avec succès, depuis 1841, dans le traitement des **Affections syphilitiques, scrofuleuses et rhumatismales, des maladies rebelles de la peau,** et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillérée à bouche de sirop contient 0gr,50 d'iodure de potassium et 0gr,01 de biiodure. Deux dragées équivalent à une cuillérée à bouche de sirop.

Exiger les signatures du docteur GIBERT et de M. BOUTIGNY, pharmacien.

Paris, phie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS, successeur, 31, rue de Cléry.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval,* lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878, et Sidney, 1879. — Antoine ULBRICH.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLE. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza,

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette eau n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler,*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorure de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT; Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

Trajet direct en chemin de fer en huit heures.

DÉPÔT CENTRAL : 23, r. de la Michodière, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le grand intérêt de cette séance a été dans la communication de M. Bouley sur la péripneumonie contagieuse et sur la solution expérimentale de la valeur de l'inoculation comme mesure prophylactique. Dans cette communication, M. Bouley a rappelé les travaux de la commission instituée en 1850 pour l'étude de la double question de la contagion de la péripneumonie et de l'immunité acquise aux animaux qui l'avaient contractée une première fois, question résolue affirmativement, ainsi que celle de savoir si l'immunité acquise par l'imprégnation virulente ne pouvait être transmise par inoculation.

La conclusion à laquelle la commission fut conduite a été que l'inoculation du liquide extrait des poumons d'un animal malade de la péripneumonie investit l'organisme des animaux auxquels on la pratique, d'une immunité qui les protège contre la contagion de la maladie.

Des expériences du même genre, faites en Hollande et en Belgique, ont donné les mêmes résultats, si bien qu'aujourd'hui on peut considérer comme expérimentalement démontré que l'immunité est acquise par le fait de la maladie contractée dans les foyers d'infection, que cette maladie se soit manifestée avec tous ses caractères symptomatiques ou seulement par des symptômes légers et éphémères ; qu'elle est acquise également par l'inoculation, quoiqu'elle ne donne pas lieu à la répétition, sur l'organisme inoculé, d'une maladie symptomatiquement semblable à celle d'où procède le virus inoculé.

Cependant des résistances ont été opposées à la pratique de l'inoculation préventive, résistances fondées sur les faits négatifs, sur l'infidélité de l'inoculation dans un certain nombre de cas. Il fallait de nouvelles preuves, de nouvelles démonstrations. Ces démonstrations nouvelles ont été données par le procédé de l'inoculation caudale dû au docteur Willems (de Hasselt), procédé qui confère l'immunité lorsque les sujets inoculés sont exempts de toute imprégnation antérieure par les voies ordinaires de la contagion et lorsque le liquide inoculé est réellement virulent.

A l'appui de cette proposition, M. Bouley a exposé les résultats obtenus par M. Willems, qui se résument ainsi : « Toutes les bêtes qui ont subi l'inoculation « critère » (l'inoculation caudale), inoculées une deuxième fois, n'ont ressenti aucun effet de cette seconde opération. » Il a vérifié lui-même, à l'aide du même procédé, l'exactitude de ces résultats sur un groupe de quatorze vaches, survivantes d'un troupeau sur lequel l'inoculation avait été pratiquée sans succès préventif. Sur sept de ces vaches, aucun phénomène de réaction ne s'est produit aux points de la deuxième inoculation. Sur les sept autres, la deuxième inoculation a donné lieu à une petite réaction locale. Ces expériences ne tendent pas seulement à prouver que l'inoculation est efficace pour donner l'immunité, elles montrent aussi qu'il y a des degrés dans cette immunité. D'où la nécessité de renforcer cette immunité en éteignant, par une deuxième inoculation, ce qui peut rester encore de réceptivité chez le sujet déjà inoculé.

M. Bouley a terminé sa communication en exprimant la pensée qu'on réussirait peut-être à atténuer un jour le virus péripneumonique, comme M. Pasteur a fait pour le choléra des poules et M. Toussaint pour le charbon.

Nous n'avons pas besoin de dire avec quelle attention l'assistance a écouté cette savante exposition, qui n'intéresse pas moins la science générale par les problèmes élevés qu'elle soulève, que la grande industrie agricole à laquelle elle fournit de nouveaux éléments de sécurité pour l'avenir.

L'Académie a entendu, dans cette même séance, un rapport de M. Marrotte sur la récente communication de M. Ducastel, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, et une lecture de M. de Sinéty sur un point intéressant de gynécologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

HISTOIRE DES MALADIES PARASITAIRES.

Du Strongle (1).

II

Maintenant que nous connaissons le Strongle, étudions au point de vue clinique les désordres que ce géant des vers nématoïdes produit dans l'organisme de l'homme et des animaux.

La substance rénale est détruite ; on y constate des hémor-

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er septembre 1881.

rhagies, et souvent, sous la capsule externe qui persiste seule, il n'y a qu'une sorte de bouillie sanguinolente ou purulente. En Russie, un auteur estimé, Pallas, dit avoir vu le rein transformé en un véritable sac membraneux. Le bassinet peut être très-épaissi et calcifié par places. L'oblitération de ce bassinet rénal par le Strongle a été signalée. Quant au rein sain, il est hypertrophié par compensation physiologique. Les urines sont sanguinolentes, bourbeuses, purulentes. Je vous fais remarquer expressément qu'on doit y trouver des œufs ; aussi est-il important d'en faire l'examen microscopique attentif, si on soupçonne la présence du Strongle chez un malade.

Il y a des Strongles erratiques, comparables aux Ascarides erratiques. Le séjour primitif est le rein, dans les calices ou le bassinet ; mais la présence de Strongles dans l'urèthre et dans des organes périrénaux ou péniens, ainsi que dans la vessie ou les séreuses, a été mise hors de doute par Kerkring, Redi, P. Frank, et de nos jours par Leblanc, Plasse, Stratton, Natterer et P. Mégnin.

Les symptômes principaux occasionnés par le Strongle sont des douleurs vives, aiguës dans la région des reins, coïncidant avec un amaigrissement considérable. Quelques auteurs cependant ont noté que certains chiens atteints du Strongle n'en semblaient pas souffrir (Ruysch). Les visons, à Boston, n'avaient pas maigri.

En Europe, les vétérinaires dépeignent les animaux comme étant en proie à de violentes souffrances et poussant des hurlements plaintifs. L'observation absolument probante de Strongle chez l'homme, que je vous rapporterai avec soin, est remarquable par les douleurs aiguës qu'éprouve le malade. Les hématuries et les symptômes généraux pouvaient en imposer pour des coliques néphrétiques, dues à des concrétions formées dans le rein.

Le Strongle fait pisser du sang et du pus aux animaux ; un taureau pissait un pus fétide. On a signalé des cas où le Strongle, tombé dans la vessie, était sorti par l'urèthre, après avoir produit une rétention d'urine. François Frank savait que son chien urinait goutte à goutte ; il était atteint du Strongle.

Parmi les observations de Strongle chez l'homme, on trouve le fait de Blaes, décrivant deux vers de couleur rougeâtre (*Observationes anatomicæ in homine, simia, equo, etc.*; Leyde, 1674). Les caractères du Strongle n'y sont pas exprimés ; je tiens cette observation comme laissant des doutes, quoiqu'il compare ces vers à ceux des chiens.

Une autre observation remarquable, due à Duchâteau, relative à des vers des voies urinaires rendus par un homme d'une cinquantaine d'années, ayant séjourné dans l'île de Valcheren, est peut-être plus probante, mais l'auteur fait une description extraordinaire de l'un de ces vers en lui décrivant une trompe ou antenne, etc. Vous trouverez d'ailleurs l'observation dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Leroux,* t. XXXV, Paris, 1816.

Il existe un assez grand nombre d'observations de Strongle humain, la plupart sont contestables ; elles sont rapportées dans l'ouvrage classique de C. Davaine. Mais la plus belle, et qui établit la réalité du Strongle chez l'homme, est celle d'Aubinais, dont la relation se trouve dans le *Journal de la section médicale de la Société académique du département de la Loire-Inférieure,* livraison CVI, 1846.

En voici le résumé :

« Un cultivateur, âgé de soixante ans, homme robuste, adonné au vin, fut pris de douleurs aiguës et profondes dans la région du rein droit. Ces douleurs, qui ne pouvaient être confondues avec celles du rhumatisme, furent attribuées à une néphrite ; mais rien ne put les calmer. Opium, eau distillée de laurier-cerise, éther sulfurique, essence de térébenthine, amenèrent un soulagement de courte durée. Pendant trois ans le malade fut en proie à des douleurs atroces et incessantes. Cet homme, qui avait au début une obésité considérable, en arriva à être réduit à une maigreur squelettique, à ce point que, pendant les six derniers mois de son existence, cette maigreur permettait de sentir à travers les parois de l'abdomen et même de voir des mouvements de gonflement et d'ondulation qui agitaient le rein droit. Le malade accusait la sensation d'un mouvement de reptation dans la région du rein. Enfin la mort arriva dans le marasme.

« L'autopsie complète n'ayant pas été permise, le rein seul fut examiné. L'organe fut extrait de l'abdomen vingt heures après la mort, et l'on voyait encore les mouvements ondulatoires de l'entozoaire vivant. Le Strongle avait 43 centimètres de long et de 5 à 6 millimètres de large. Le tissu rénal était profondément altéré, le parenchyme détruit et le poids diminué de moitié. »

Dans cette observation, les caractères du Strongle font défaut ; mais sa longueur est supérieure à celle d'un Ascaride de la plus grande taille ; le lieu où il se trouvait, les désordres qu'il a occasionnés, sa vitalité énergique, tout est réuni pour entraîner la conviction. Les urines n'ont pas été examinées, il est possible qu'elles renfermassent des œufs.

A côté de l'observation d'Aubinais, je veux vous en citer une autre rapportée par Moquin-Tandon, par Gervais et van Beneden, qui est, en un mot, célèbre, et cependant non-seulement douteuse, mais absolument fausse, comme vous allez le voir. Elle est due à un honorable médecin de marine, le docteur Arlaud.

« Une fille de Cherbourg, âgée de vingt-six ans, bien constituée, bien réglée, bien portante, souffrait depuis dix-huit mois dans la région des reins ; elle y accusait tous les symptômes d'une néphrite avec sentiment de brûlure et de picotement, hoquet, toux, douleurs dans le membre abdominal droit, hématuries, etc.

« Arlaud fut prévenu, en outre, qu'après trois mois de souffrances, la malade avait rendu un ver ou quelque chose ressemblant à un ver, mais qui n'avait pas été conservé. Un peu plus tard, six nouveaux vers furent rendus, dont deux furent extraits par un collègue d'Arlaud.

« Le 3 mars, le faciès de la malade est souffrant, l'amaigrissement commence à paraître, engourdissement et douleur le long du nerf crural, ischurie.

« Le lendemain, rétention d'urine complète. Arlaud pratique le cathétérisme et rencontre un obstacle au niveau du col ; l'obstacle franchi, un flot d'une urine trouble et brunâtre s'écoule au dehors, puis il extrait un ver (ou corps vermiforme) rougeâtre, aplati, présentant deux dépressions longitudinales d'une longueur de 22 centimètres sur 4 millimètres de large.

« Un peu plus tard, d'autres vers furent encore extraits, mais leurs dimensions étaient moindres.

« Le 15 mars, nouvelle rétention d'urine et extraction d'un corps mou rougeâtre d'apparence charnue et ayant environ le volume d'une amande.

« En l'espace de huit mois, quinze de ces corps et sept nouveaux Strongles furent encore extraits.

« Le 7 avril. Extraction d'un corps semblable à un marron.

percé d'un trou au centre et charnu; un peu plus tard, des syncopes, des attaques d'hystérie surviennent, et enfin expulsion par l'urèthre d'une membrane ayant 80 centimètres de longueur, cylindrique et pouvant admettre le pouce dans sa cavité.

« Dans le courant du mois de mai, la malade va assez bien, marche sans douleur, mais rend encore trois nouveaux strongles. »

A l'Académie de médecine, saisie des faits observés par Arlaud, les commissaires Duméril, Martin-Solon, Ségalas, Delafond examinèrent ces vers, dont une extrémité présentait une pointe mousse avec des renflements papillaires ovalaires, et dont l'autre extrémité, plus allongée, offrait un anus.

D'autres membranes furent envoyées et examinées, c'était du tissu cellulaire et musculaire, et enfin d'autres matières dont la nature n'a pu être déterminée. Vous trouverez tous les détails dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 246, année 1846.

Mais écoutez bien et retenez surtout la suite de l'observation, elle est des plus instructives: six Strongles avaient été déposés au musée d'anatomie de la marine de Cherbourg; Rayer les demanda au professeur Fonssagrives; ils avaient malheureusement disparu.

Quelques années plus tard, un chirurgien retrouve la malade d'Arlaud, qui rendait toujours des vers. Un de ces vers fut envoyé à notre cher maître, M. le professeur Charles Robin, et cette fois le ver fut rigoureusement déterminé. Qu'était-ce en réalité? *un intestin de pigeon séparé de son mésentère*. Il y avait donc là une mystification, une aberration de la part de la malade observée par Arlaud. Défiez-vous toujours des observations extraordinaires quand elles sont dues à des femmes hystériques!

Les vers envoyés à l'Académie étaient probablement des Ascarides qui pouvaient venir soit des voies urinaires, soit du vagin. Je vous en ai fait connaître d'ailleurs bien d'autres exemples quand je vous ai fait l'histoire des maladies parasitaires ascaridiennes.

Au point de vue de la préservation, nous savons trop peu de chose sur le développement du Strongle pour pouvoir formuler des préceptes utiles.

M. le professeur Balbiani, qui a eu des œufs de Strongle à sa disposition, a vu qu'en les plaçant dans un milieu favorable, chaud et humide, le développement se faisait attendre plusieurs mois, six mois en moyenne. Balbiani a aussi remarqué que l'embryon ne se développe pas dans l'eau, mais y meurt; les œufs n'éclosent pas non plus dans le tube digestif du chien, ni chez les poissons, ni chez la couleuvre, ni chez le triton; nous savons donc bien peu de chose à ce sujet. Et, enfin, que faire en présence d'un malade atteint de Strongle? Voici la conduite que je vous conseille : en présence d'un malheureux pareil à celui qu'a observé Aubinais, je n'hésiterais pas à pratiquer la néphrotomie avec le pansement de Lister. C'est, je crois, la seule pratique pour sauver le malade.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan.

Des troubles intellectuels dans l'épilepsie.

En abordant l'étude des troubles de l'intelligence chez les épileptiques, je dois tout d'abord repousser cette idée d'autrefois que tous les épileptiques sont des fous: c'est une énormité que dément l'observation de chaque jour. En effet, partout vous rencontrerez des épileptiques, dans les grandes administrations comme dans les ateliers, dans les plus hautes positions sociales comme dans les plus infimes, des épileptiques qui n'ont d'attaques que de temps à autre et qui, le reste du temps, présentent une intelligence parfaitement saine, parfaitement lucide. Aussi, dans l'intervalle des attaques, conservent-ils toute la responsabilité de leurs actes.

D'autre part, il existe des troubles intellectuels qui sont une des manifestations de l'épilepsie; c'est, en dehors de l'aura motrice, une aura sensorielle s'adressant soit à la vision, soit à l'olfaction, soit au sens de l'ouïe. Vous observez alors chez l'épileptique certaines hallucinations qui se produisent soit au moment de l'attaque, soit quelque temps avant; pour les uns, c'est la vue de flammes ou d'étincelles, pour d'autres ce sont des voix qu'ils entendent distinctement; pour d'autres encore, des odeurs qu'ils perçoivent ou bien un goût particulier dans la bouche, tel que celui de sang. Nous avons en ce moment à l'Asile un malade qui éprouve cette sensation peu de temps avant que l'attaque survienne, et son frère, également épileptique, présente le même phénomène.

D'autres fois l'aura est purement intellectuelle, et chaque attaque est précédée du souvenir, toujours le même, d'une personne aimée, père, mère, fils ou autre.

Dans ces cas d'aura spéciale il y a un point particulier de l'encéphale qui se trouve atteint, et il paraît à peu près certain aujourd'hui que, chez les délirants chroniques, il existe une modification spéciale aussi dans le centre sensoriel. Les recherches sur les localisations cérébrales expliquent les phénomènes de l'aura et leur donnent une importance particulière; les troubles intellectuels sont en rapport avec une lésion de telle ou telle région encéphalique, de telle ou telle circonvolution.

Mais, après l'attaque, les troubles intellectuels immédiats, momentanés, sont plus nombreux et peuvent se traduire soit par des actions insignifiantes, soit par des actes de la plus haute gravité; aussi leur étude est-elle des plus importantes au point de vue médico-légal. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, vous verrez un épileptique s'efforcer d'allumer les aiguilles de son réveille-matin, un autre mâcher une bougie; une autre, prise de son attaque pendant une occupation quelconque, en train de couper du pain, par exemple, se couper la main, continuant l'acte pendant lequel l'accès est survenu; ainsi une cuisinière, dont l'aura survient tandis qu'elle allume son feu, se brûlera ou mettra le feu à la maison; d'autres enfin se trouveront, sous l'influence d'une hallucination, poussés à se détruire. Ainsi l'une de nos malades, actuellement dans le service, a déjà fait une dizaine de tentatives pour se tuer, soit avec un couteau, soit avec des épingles, soit en se pendant, soit aussi en se jetant à l'eau, etc.

Tous ces actes sont non avenus pour le malade, qui n'en a pas conscience, et qui, dans l'intervalle des attaques, jouit d'une parfaite lucidité d'esprit. Chez d'autres, c'est une tendance au vol; chez d'autres encore on observe des faits singuliers; ainsi l'un d'eux fut arrêté dans une église pour attentat à la pudeur, alors qu'il s'était complètement déshabillé afin, disait-il, de « monter au ciel ».

Ces troubles intellectuels ne sont pas toujours seulement momentanés, mais ils peuvent durer plusieurs jours; ils sont liés alors à une série d'attaques ou de vertiges désignés sous

le nom de folie épileptique. M. Falret a divisé celle-ci en petit mal et grand mal intellectuels, d'après le degré d'intensité et l'étendue du délire, circonscrit dans le petit mal, diffus et généralisé dans le grand mal. Quant aux caractères généraux, ils sont les mêmes dans les deux cas : début rapide, répétition du même délire, actes instantanés, rapides, durée courte ou se prolongeant pendant huit, dix ou quinze jours au plus, inconscience absolue des actes. M. Falret pense que les malades conservent quelquefois le souvenir de ces actes. Pour moi, je soutiens l'inconscience absolue, et, si quelques cas échappent à la règle, ce sont de très-rares exceptions, et, de plus, c'est que quelque chose s'ajoute à l'épilepsie.

Si l'on entre dans les détails du petit mal, on remarque un fait ordinaire au début : c'est l'impulsion involontaire du malade à fuir les lieux où il est. C'est ainsi que nous avons vu des malades se sauver aussitôt après l'attaque et se retrouver dans un quartier très-différent de celui qu'ils habitaient. Ainsi une jeune fille, à la suite d'un vertige, se levait souvent la nuit, courait tout Paris et se retrouvait le matin plus ou moins loin de chez elle. Ces individus demandent même quelquefois leur chemin, et, si parfois on veut les arrêter, ils deviennent violents et frappent inconsciemment; d'autres fois ils se suicident, inconsciemment encore, par suite d'hallucinations, et, de passifs qu'ils étaient, ils deviennent passionnels.

Quelquefois vous voyez apparaître soit le délire de la persécution, soit le délire mystique, ambitieux, analogue au délire ordinaire. L'un des malades, atteint de délire ambitieux, devenait avant l'attaque d'une gaieté et d'une activité maladives, phénomènes qui se reproduisaient aussitôt après l'attaque, et cet homme, se croyant roi de France, demandait chevaux et voitures.

Le délire mystique est le plus fréquent de tous ; ainsi un un malade, à la suite de plusieurs vertiges, se proclame Dieu et, s'emparant de sa femme et de son enfant, les entraîne dans la rue, veut les immoler, s'écriant que l'heure du sacrifice est arrivée. Le délire du petit mal épileptique ressemble donc beaucoup au délire ordinaire ; il ne s'en distingue que par son début brusque, d'emblée, sa courte durée, son arrêt subit et la perte du souvenir.

Quant au grand mal ou manie épileptique, c'est la forme mentale la plus dangereuse ; elle entraîne l'irresponsabilité beaucoup plus encore que le petit mal. Cette forme se présente quelquefois comme un accès de manie ordinaire, si ce n'est que, dans son incohérence, on peut encore attirer l'attention du malade, obtenir de lui quelques réponses, les diriger dans un certain sens, tandis que le maniaque ordinaire est très-incohérent. D'autres fois c'est un état mélancolique avec impulsion au suicide. Dans l'intervalle des attaques, l'intelligence peut subir certaines modifications; quelquefois c'est une grande irritabilité qui survient peu à peu selon la fréquence des attaques ; d'autres fois l'intelligence diminue progressivement pour faire place, au bout d'un certain nombre d'années, à une démence particulière. En tous cas l'épilepsie ne conduit pas à la paralysie générale, ou du moins elle n'y conduit que très-exceptionnellement.

Mais nous voici arrivés au point le plus délicat, c'est-à-dire aux troubles intellectuels qui se manifestent en dehors des attaques. En effet certains épileptiques délirent comme des aliénés ordinaires, et non comme des individus atteints d'épilepsie, ce qui est très-important au point de vue médico-légal. Il m'est arrivé plus d'une fois de recevoir des malades mélancoliques, préoccupés, etc., munis d'un certificat médical portant ces mots : « Mélancolique, fils d'un père mélancolique, ou ayant un oncle mélancolique, a commis une tentative de suicide. » Nous soignions ainsi l'un d'eux, lorsque tout à coup, huit ou dix jours après son entrée, cet homme poussait un cri, tombait à terre et présentait tous les caractères d'une véritable attaque épileptique : convulsions cloniques, langue mordue, salive écumeuse, stertor, résolution, réveil. Je continuais à l'examiner, il restait mélancolique et les attaques se renouvelaient au nombre de trois ou quatre en quinze jours. Enfin, sous l'influence du bromure de potassium, elles diminuaient notablement. Je considérais encore cet homme comme une exception avec phases délirantes à accès particuliers, jusqu'au moment où j'apprenais que sa mère était épileptique. Cet individu était donc mélancolique par son père et épileptique par sa mère. Aussi faut-il donc toujours faire avec soin la part des accès délirants et celle de l'épilepsie.

C'est ainsi que j'ai vu des mélancoliques, des délirants chroniques, qu'on ne pouvait rattacher à l'épilepsie, avoir quelquefois, après une attaque, de la folie épileptique et commettre des actes violents, inconscients comme tous les épileptiques. Puis, en dehors de leurs attaques, ils rentraient dans leur délire mélancolique, systématisé.

On peut donc trouver à la fois sur le même sujet et l'aliénation mentale ordinaire et la folie épileptique.

Je vais maintenant vous résumer l'histoire de quelques-uns des malades que je vais faire passer sous vos yeux.

La première est une femme de trente-cinq ans, atteinte d'épilepsie avec délire. Les prodromes de l'attaque, qui surviennent une heure environ avant celle-ci, sont caractérisés par des bourdonnements d'oreilles; la malade entend la voix de son père qui lui parle. Elle a eu une fois un accès de manie qui a duré deux jours à la suite d'une attaque; une autre fois, prise dans la rue d'un accès délirant, elle fut arrêtée pour avoir renversé tout l'étalage d'une fruiterie; une autre fois encore, nouvel accès délirant, elle bouscule toute la devanture d'un magasin de chaussures. Cette femme n'a aucun souvenir de ces faits, elle n'en a eu connaissance que parce qu'on les lui a racontés. Par contre, elle a parfaitement conscience de son aura; elle entend son père lui parler, et elle lui répond.

Chez elle le bromure de potassium est parvenu à enrayer les attaques.

Le second malade est un homme de quarante-trois ans, dont le père est épileptique et qui a eu lui-même des crises d'épilepsie depuis 1866, à son retour du Mexique, à la suite d'excès alcooliques. Il est donc à la fois alcoolique et épileptique. Ces attaques sont précédées d'une aura caractérisée par un brouillard rouge qui passe devant ses yeux ; elles sont suivies de délire injurieux. C'est ainsi qu'arrêté comme vagabond à....., il est conduit devant le procureur de la République de..... ; au mot de vagabond, il réagit automatiquement, inconsciemment, et veut souffleter le procureur; il est immédiatement condamné à deux ans de prison. Ce n'est qu'en revenant de l'audience qu'il apprend ce qui s'y est passé. Plus tard seulement on sut que, trois heures avant l'incident, il avait eu une attaque d'épilepsie.

Un troisième cas beaucoup plus complexe est celui d'une femme de vingt-six ans, dont le père est ivrogne, la mère faible d'esprit, et dont une sœur est morte aliénée. Elle-même est d'une intelligence assez bornée ; elle est poursuivie de l'idée de persécution, elle mène une vie déréglée et

se livre à de fréquents excès de boisson. Sa première attaque d'épilepsie remonte à l'âge de seize ans. Au mois d'août 1872, elle entrait une première fois à Sainte-Anne pour accès maniaques et hallucinations dus à l'alcoolisme. Une seconde fois, elle vint ici au mois de décembre 1879 à la suite d'une scène d'injures dans les rues de Corbeil. En 1872, elle s'était jetée à l'eau sur les conseils d'une voix qu'elle entendait; une autre fois, sous l'influence de la même voix, elle essayait de s'asphyxier. Enfin elle était arrêtée, il y a quelques mois, pour avoir brisé les vitres de la devanture d'un marchand de vin, chez lequel, après avoir bu un verre de vin qu'elle venait de payer, une voix lui avait dit : « Brise une vitre, ou tu ne passeras pas. » Elle avait obéi, après quoi elle était tombée. L'accès terminé, elle ne se souvenait de rien.

Nous trouvons donc chez cette femme une association de faits différents : folie ordinaire et épilepsie qui la conduisent à des actes inconscients; état chronique avec hallucinations et délire de persécution.

Elle est poursuivie depuis trois ans par des voix qui la persécutent. Déjà, à l'âge de seize ans, j'oubliais de vous le dire, elle avait voulu s'étrangler; du moins sa mère le lui a raconté.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

La chlorose arthritique.

I

Au bout de quelques jours d'un rhumatisme peu intense et très-modérément fébrile, le jeune homme qui occupe le n° 2 de la salle Ducros était remarquable par la pâleur générale de ses téguments et par les souffles continus de ses vaisseaux. Quelques jours de rhumatisme avaient suffi pour développer en lui, sous nos yeux, une belle anémie globulaire, c'est-à-dire une chlorose.

J'ai eu déjà occasion de vous faire connaître les chloroses dans leur pathogénie. J'ai essayé de vous démontrer qu'elles sont en réalité des névropathies et que l'altération du sang a chez elles pour cause première une affection du système nerveux de la vie végétative, c'est-à-dire qu'elles sont dues à des phénomènes plus ou moins analogues aux troubles trophiques.

Si maintenant nous considérions les chloroses dans leur nosologie, nous trouverions qu'elles forment non pas une espèce morbide, mais une affection générique comprenant plusieurs espèces distinctes.

De ces espèces, la plus commune est celle que j'appellerais volontiers la chlorose génitale, celle qui paraît liée au développement de l'appareil sexuel chez la femme; une des plus singulières, c'est la chlorose arthritique, celle dont notre malade était affecté, état morbide que cependant vous rencontrerez rarement chez l'homme, à l'hôpital et dans les classes pauvres, mais qui est par contre très-commun en ville, chez la femme et dans les classes riches, où son origine et sa nature sont ordinairement méconnues; aussi m'a-t-il paru utile de vous en démontrer l'existence, et surtout de vous en indiquer les caractères.

C'est un fait depuis longtemps incontesté que le rhumatisme aigu peut s'accompagner d'anémie globulaire.

Cette anémie, qui atteint parfois un haut degré d'intensité, n'est pas toujours en rapport avec la violence du mouvement fébrile, l'étendue des phénomènes articulaires et la durée de la maladie. Souvent un rhumatisme léger en apparence laisse à sa suite une forte aglobulie, ce qui est le cas de notre n° 2, tandis que notre n° 9, après une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu, ne présente ni pâleur du visage ni souffle des vaisseaux.

Cette anémie n'est donc pas la conséquence des autres affections rhumatismales, mais bien une manifestation spéciale de la diathèse arthritique; c'est le rhumatisme porté sur le système de l'hématopoïèse.

Une autre circonstance m'a frappé ; c'est que cette même anémie globulaire qu'on observe souvent dans le cours d'un rhumatisme aigu à manifestations multiples peut se montrer isolément en dehors de toute affection rhumatismale chez des sujets appartenant à des familles arthritiques. J'ai observé beaucoup de chloroses, et ce ne sont ni les moins intenses ni les moins rebelles, chez les filles, parfois même chez les fils de goutteux. J'ai constaté non-seulement l'alternance de la chlorose et d'autres manifestations arthritiques dans les diverses générations ou chez les divers membres d'une même famille, mais encore l'alternance de la chlorose et d'autres phénomènes arthritiques chez un même individu. Il y a seulement ici une différence entre les sexes, différence d'intensité et de ténacité, différence de fréquence aussi ; le fait est si bien établi que l'on considère la chlorose comme une affection spéciale à la femme, ce qui n'est pas exact pour la chlorose arthritique. Chez la femme, la chlorose aux traits nettement dessinés est parfois atténuée ou suspendue par une crise de gravelle ou par un mouvement nutritif qui aboutit à une élimination abondante d'acide urique ; chez l'homme, la chlorose plus ou moins ébauchée est, au moins momentanément guérie par une attaque de goutte plus souvent que par une crise néphrétique.

Tels sont les faits qui, au point de vue de l'étiologie, me paraissent établir l'existence d'une chlorose arthritique.

J'ajouterai qu'ici l'action diathésique est toute-puissante, les causes occasionnelles n'ont qu'une influence tout à fait accessoire.

Les conditions hygiéniques sont généralement bonnes et telles qu'il le faut d'après les idées du jour pour échapper à l'anémie : la nourriture est substantielle, la chambre est spacieuse, l'air, la lumière et l'aliment ne font pas défaut; les membres cependant ne travaillent pas assez, et la tête travaille trop; il y a trop peu d'exercices physiques et trop de travaux intellectuels. Les règles sont abondantes, trop abondantes souvent, mais nous savons, pour l'avoir constaté maintes et maintes fois, que les suppressions menstruelles ont pour provoquer la chlorose bien plus de puissance que les métrorrhagies. C'est donc bien l'influence diathésique qui domine l'étiologie de cette chlorose, et la domine si bien que le plus souvent elle suffit à la produire sans le secours des causes occasionnelles. Vous pouvez donc vous attendre à ce que cette influence en modifie la physionomie séméiotique, l'évolution et le traitement.

C'est ce qui a lieu en effet.

Dans cette chlorose comme dans les autres, on observe la pâleur du visage, la décoloration des muqueuses, les bruits anémiques du cœur et surtout des vaisseaux, l'essoufflement pendant la marche et surtout à la montée, des troubles digestifs, des troubles menstruels, des troubles nerveux.

Elle a cependant, chez la femme, une physionomie spéciale qu'elle doit surtout à la prédominance des troubles nerveux. J'ai dit chez la femme, parce que je connais des hommes arthritiques qui ont de la chlorose sans autre trouble nerveux, tandis que chez la femme la chlorose arthritique est névrotique au superlatif, névrotique au point d'arriver sur les confins de l'hystérie, non pas chez toutes les femmes, mais chez le plus grand nombre; je connais des exceptions à cette règle. C'est surtout dans la chlorose arthritique qu'il y a défaut de rapport entre l'anémie globulaire et les troubles nerveux.

Cet état névropathique se produit sous les formes les plus variées; mais, le plus souvent, la forme qui prédomine ici, c'est l'excitation. Excitation intellectuelle qui se traduit par le besoin incessant d'agir par les membres ou par la pensée, l'amour du mouvement et l'amour de la nouveauté, éréthisme qui contraste avec cet état d'apathie que l'on trouve dans d'autres chloroses; il est vrai que j'ai observé surtout *in aere massiliensi*, où les femmes ont naturellement une grande vivacité de corps et de caractère; — excitation de la sensibilité générale, névralgies rebelles et douleurs diverses, parfois violentes, qui ne sont pas toujours localisées sur le trajet

des troncs nerveux; — excitation des sensibilités spéciales, toux fatigantes et opiniâtres, gastralgies rebelles, dysménorrhées intenses, et quelquefois les phénomènes mal définis d'agacement et d'inquiétude nerveuse que les Anglais appellent irritation spinale.

Les troubles de la menstruation existent ici comme dans les autres chloroses, moins souvent que dans les autres, et consistent surtout en des métrorrhagies, parfois aussi en des dysménorrhées qui, exception faite pour un peu d'antéflexion, se manifestent sans obstacle utérin; j'ai vu une jeune femme qui continuait à souffrir chaque mois, après que Marion Sims lui eut largement fendu et dilaté le col utérin; enfin, par exception, en des aménorrhées qui sont beaucoup plus fréquentes dans la chlorose commune. Ces troubles menstruels ne sont, pas plus que l'aglobulie, un obstacle fatal à la conception: une des plus belles chloroses arthritiques que j'aie observées, dans une famille de race arthritique où tout le monde, hommes et femmes, était arthritique, n'a pas empêché la dame qui en était d'avoir sept grossesses, toutes heureuses.

Les troubles de sécrétion consistent ici très-souvent dans de l'inappétence et de la constipation habituelle, par diminution sécrétoire du tube digestif; mais cette règle n'est pas absolue, et ces troubles digestifs ne sont pas en rapport avec l'intensité de la chlorose. Il y a quelquefois aussi des troubles caractéristiques de la sécrétion urinaire, qui, au lieu d'être, comme dans la plupart des chloroses, peu dense et pauvre en matières azotées, est parfois au contraire ici très-dense et chargée soit d'acide urique soit d'urates, ce qui n'est pas constant mais arrive de temps en temps. Par exception, ces urines peuvent renfermer un peu de sucre. En même temps qu'elles sont plus riches en matières azotées ou qu'elles contiennent du sucre, leur densité augmente; 1024 à 1030, tels sont les chiffres qui m'ont été signalés dans les analyses.

Autant et peut-être plus encore que la sécrétion urinaire, la nutrition a ici ses caprices. J'ai vu de ces chlorotiques qui ne mangeaient pas et qui conservaient leur embonpoint; j'en ai vu d'autres qui mangeaient et qui maigrissaient. La même chlorotique peut maigrir et engraisser rapidement, par saccades dans le mouvement nutritif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Colson (de Noyon) rappelle avoir communiqué, il y a quarante ans, à l'Académie un mémoire intitulé: *Anévrysme de l'origine de l'artère carotide gauche; ligature du vaisseau par la méthode de Brasdor; hémorrhagie, perte de l'œil du côté opéré; guérison.* M. Colson ne veut pas mourir sans faire connaître à l'Académie que cette malade est venue succomber à l'Hôtel-Dieu de Noyon par suite du développement d'une tumeur fongueuse de la dure-mère et de la compression de l'hémisphère droit. Pareille tumeur existait à l'origine de l'artère carotide gauche qu'elle enveloppait complètement de tous côtés.

M. le docteur Beaufils transmet deux observations de variole traitées par le fer seul. Ayant appris que M. Ducastel préconise contre la variole l'opium à hautes doses et l'éther en injections hypodermiques, ainsi que le perchlorure de fer, comme il pense que le fer et l'opium agissent de même dans la variole et qu'ils sont des moyens héroïques, M. Beaufils s'empresse de soumettre ces deux observations à l'Académie.

RAPPORT

Médication éthérée opiacée dans la variole. — M. MARROTTE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hérard et Lasègue, fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ducastel concernant la médication éthérée opiacée dans le traitement de la variole.

M. Marrotte termine son rapport en encourageant et en félicitant ceux qui travaillent à agrandir l'horizon et la puissance de la médecine, surtout lorsqu'ils le font avec l'ardeur, la bonne foi et la modestie qu'a montrées M. Ducastel. Mais, ajoute-t-il, qu'il permette à un de ses anciens, mûri par l'expérience et qui a vu s'évanouir plus souvent que lui de décevants espoirs, de conserver un doute philosophique et d'attendre des faits plus nombreux pour admettre l'efficacité incontestable de la médication éthéro-opiacée.

Les conclusions du rapport, consistant à proposer d'adresser des remercîments à l'auteur et à déposer son mémoire aux archives, sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE

Des rapports qui existent entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale. — M. DE SINÉTY lit sous ce titre une note se résumant dans les termes suivants:

Il résulte des observations recueillies par l'auteur chez un grand nombre de femmes, qu'à l'état physiologique la muqueuse utérine n'est pas éliminée sous l'influence de la menstruation, contrairement à ce qu'on enseigne généralement. Cependant, dans certaines conditions pathologiques, la muqueuse du corps de l'utérus s'exfolie et est expulsée au moment de l'époque cataméniale. Ce phénomène, désigné sous le nom de dysménorrhée membraneuse, s'accompagne le plus souvent de douleurs vives et d'une perte de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Il ne constitue pas une maladie spéciale, une sorte d'entité morbide; on l'observe dans des conditions très-variables, avec ou sans métrite. L'exfoliation, dans ces cas, résulte d'une exagération dans le processus menstruel normal amenant une infiltration trop intense des couches profondes de la muqueuse et une compression des vaisseaux de cette région, d'où l'élimination des tissus situés au-dessus de cette couche. On s'explique ainsi que tout ce qui empêche le sang de se faire jour, comme à l'état normal, par le réseau vasculaire superficiel de la muqueuse, puisse être une cause de dysménorrhée membraneuse.

COMMUNICATION

Péripneumonie contagieuse; solution expérimentale de la valeur de l'inoculation comme mesure prophylactique. — M. BOULEY communique un extrait de l'une des leçons qu'il a faites au Muséum sur la péripneumonie contagieuse. (Voir le Premier-Paris.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les scrutins du 21 août et du 4 septembre pour les élections législatives envoient à la Chambre des députés un assez grand nombre de nos confrères. Ce sont, par ordre alphabétique: MM. Amagat (Cantal), Bacquias (Aube), Bartholi (Corse), Bavoux (Jura), Bernard-Lavergne (Tarn), Paul Bert (Yonne), Bourgeoi (Vendée), Bruneau (Mayenne), Chavanne (Rhône), Chavoix (Dordogne), Chevandier (Drôme), Clémenceau (Seine et Bouches-du-Rhône), Cornil (Allier), Devade (Loiret), Donnet (Haute-Vienne), Georges Escande (Dordogne), Even (Côtes-du-Nord), Forné (Pyrénées-Orientales), Frébault (Seine), Fréry (Belfort), Ganne (Deux-Sèvres), Garrigat (Dordogne), Guyot (Rhône), Joubert (Indre-et-Loire), Labuze (Haute-Vienne), Lacôte (Creuse), de Lanessan (Seine), Le Monnier (Sarthe), Liouville (Meuse), Mallevialle (Aveyron), Marmottan (Seine), Mas (Aveyron), Maunoury (Eure-et-Loir), Michon (Aube), Naquet (Vaucluse), Pénières (Corrèze), Poujade (Vaucluse), Rathier (Yonne), Simonnet (Allier), Souchu-Servinière (Mayenne), Soye (Aisne), Theulier (Dordogne), Thomas (Marne), Turigny (Nièvre), Tiersot (Ain), Vacher (Corrèze), Vernhes (Hérault), Villeneuve (Seine) et Vinatier (Allier).

Trois pharmaciens sont également élus députés; ce sont MM. Boudeville (Oise), Faure (Marne) et Leconte (Indre).

— On nous annonce la mort de M. le docteur Loiseau-Rouen, décédé à Paris à l'âge de quarante-huit ans, et celle de M. le docteur Signez, de Valdompierre (Oise), qui vient de succomber à l'âge de soixante-trois ans.

— M. le docteur Ribemont, chef de clinique d'accouchements, commencera un nouveau cours théorique et pratique d'accouchements, lundi prochain 12 septembre 1881. Ce cours se composera de quatre parties : 1° la grossesse normale et pathologique ; 2° les accouchements : 3° les opérations et la dystocie ; 4° exercices cliniques et opératoires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. T. II, *seconde partie*. Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes; système lymphatique et système sanguin. 1 vol. in-8° avec 89 fig. intercalées dans le texte. *Gratis pour les souscripteurs.* — Prix du tome II complet, 1 fort vol. in-8°, avec 179 figures intercalées dans le texte, 25 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des opérations obstétricales, cours professé à l'Université de Liège par le professeur Wasseige. 1 vol. in-8° avec 165 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs cartonné. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie), par le docteur Bar. In-8°, avec fig. dans le texte et 5 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien, par le docteur Rodet (A.), ancien interne des hôpitaux de Lyon, deux fois lauréat de l'École de médecine. Brochure grand in-8°. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, G. Masson.

Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire, par le docteur Quénu. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du pied-bot accidentel, par le docteur Routier. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Les anévrysmes valvulaires du cœur, par le docteur Laurand. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Étude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par le docteur Sauge. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Essai sur les médicaments nouveaux. Hamamelis virginica, son action thérapeutique, par le docteur Serrand. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur le serment d'Hippocrate, par le docteur Charpignon (d'Orléans). In-8° de 15 pages. — Orléans, H. Herluison.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11673.

N° 104. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1881. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Broncho-pneumonie érysipélateuse.

Longtemps enseignée dans les anciennes écoles, l'existence de l'érysipèle interne en général et particulièrement de l'érysipèle des voies aériennes, niée par l'école de Broussais et par quelques maîtres plus modernes, est aujourd'hui à peu près universellement admise. Nous en avions déjà plusieurs fois affirmé la réalité, dans les colonnes mêmes de ce journal, en nous fondant sur les seules données cliniques, lorsque les recherches bien connues de Gubler sur ce sujet vinrent réhabiliter, en quelque sorte, ce vieux chapitre de pathologie en lui donnant la sanction anatomo-pathologique qui lui manquait.

Voici, à l'appui de ce point de doctrine, quelques observations nouvelles que nous trouvons dans une intéressante dissertation de M. le docteur Henri Stackler sur cette question.

M. Stackler a eu l'occasion d'observer, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de son maître, M. Hérard, un fait d'érysipèle ambulant du pharynx, de la face, du cou, de la partie postérieure du thorax, dans le cours duquel survint une affection pulmonaire aiguë. Le groupement des symptômes, leur mode de succession, la rapidité de leur marche, frappèrent la plupart des personnes qui suivirent la malade. Il s'agissait d'une jeune femme robuste, enceinte de six mois, qui fut prise le 26 novembre d'une angine précédée d'un coryza, dont notre confrère n'a vu que la fin. Le 27, débuta l'érysipèle de la face, accompagné de douleur le long du sternum; toux sèche.

On constate, dès le matin, l'existence de râles sous-crépitants au sommet des deux poumons. Dans la journée, point de côté à droite. Le soir, souffle léger, submatité du côté droit. La température, qui avait été la veille au soir de 40°, était de 39,6 le matin et de 40,2 le soir.

Le 29, l'érysipèle de la face a diminué, le poumon droit présente du souffle tubaire; dyspnée intense; pas de crachat; température, 40,4. On applique un vésicatoire au niveau de la partie indurée du poumon.

Le 30, le souffle a disparu à droite; quelques râles sous-crépitants. A gauche, il existe quelques râles semblables. Développement d'un érysipèle dans le dos. Température diminuée : 39,6 le matin, 38,7 le soir.

Le 1er décembre, l'érysipèle du dos atteint son maximum. La pneumonie droite est résolue. Dans le poumon gauche, apparaissent quelques râles sous-crépitants à la base; ceux du sommet ont disparu. État général bon. La guérison s'opère les jours suivants.

M. Stackler, se demandant à quelle affection on avait eu affaire chez cette malade et quel nom il convenait de lui donner, si c'était une congestion aiguë, ce que les signes d'induration constatés ne permettaient pas d'admettre, une pneumonie franche du côté droit avec congestion concomitante ambulante du côté gauche, ou bien une broncho-pneumonie, s'arrête à ce dernier diagnostic.

Mais ce diagnostic d'une broncho-pneumonie d'une aussi courte durée, sans avoir été précédée de bronchite, chez une jeune femme robuste, ne pouvait satisfaire l'esprit. Il fallait trouver une épithète, une désignation spéciale pour ce fait insolite. Sans doute l'existence d'une constitution épidémique catarrhale ou grippale en eût donné une explication suffisante. Rien de semblable n'existait à ce moment. Mais l'érysipèle de la face et du dos, érysipèle ambulant, était là, qui devait suffire, *à priori*, pour faire donner à cette forme spéciale de broncho-pneumonie sa caractéristique et son épithète. C'était évidemment une broncho-pneumonie érysipélateuse, semblable à celle dont M. Straus a rapporté récemment quelques exemples dans un mémoire inséré dans la *Revue mensuelle*, et à celle qui a fait le sujet de la thèse de M. Labbé en 1858.

Mais, en esprit sévère pour lui-même, M. Stackler ne s'est pas contenté de cette analogie. Il a voulu, avant de conclure, s'appuyer sur quelques autres observations de maîtres autorisés.

Trois faits du même genre, recueillis dans le service de M. Damaschino, qui a bien voulu lui en donner communication, lui ont fourni de nouveaux éléments de conviction.

Dans l'un d'eux, il s'agit d'un érysipèle de la face, de la trachée et de la bronche gauche, avec lésions pneumoniques limitées au lobe inférieur du même côté.

Dans ce cas, comme dans celui qu'il venait d'observer, la pneumonie avait évolué rapidement, elle avait immédiatement succédé à la terminaison de la période aiguë, très-courte elle-même, de l'érysipèle ambulant qui avait envahi successivement toutes les parties de la face, s'annonçant par une élévation brusque de la température accompagnée de subdelirium, sans apparition de nouvelles pla-

ques érysipélateuses sur la face cutanée. Le malade ayant succombé, on découvrit, à l'autopsie, un érysipèle du pharynx et de la trachée, se prolongeant sans discontinuité dans l'une des grosses bronches et, de là, dans les ramifications du lobe inférieur, lequel était atteint de broncho-pneumonie, sous forme d'hépatisation rouge et grise.

Dans un deuxième fait, un érysipèle se développe graduellement dans la gorge, dans les fosses nasales, sur la face, puis il disparaît au bout de quatre jours. Trois jours après la chute de la température, la fièvre se rallume, et cependant aucune plaque érysipélateuse n'apparaît sur la peau ; mais il survient de la toux et de la dyspnée avec quelques râles crépitants à la base droite du thorax. Ces phénomènes persistent, s'accompagnant d'un point de côté à droite pendant trois jours. Le quatrième jour apparaît, au côté droit de la face, une plaque érysipélateuse qui s'étend le jour suivant au cou et à la partie supérieure du thorax, les phénomènes thoraciques persistant d'ailleurs. L'état général s'aggravant, la mort survient; et, à l'autopsie, on constate une congestion séro-sanguine intense dans les lobes supérieur et inférieur du poumon droit, une congestion moins intense à gauche et une injection très-vive de la trachée et des bronches remplies d'un liquide muco-purulent et offrant une teinte écarlate. Ainsi, dans cette deuxième observation, on voit la broncho-pneumonie succédant à une première poussée érysipélateuse cutanée et en précédant une deuxième.

Disons que, dans ces deux cas suivis d'autopsie et où les lésions macroscopiques ne nous paraissent pas laisser de doute sur le caractère érysipélateux de la broncho-pneumonie, surtout en les rapprochant des circonstances de la marche et des caractères cliniques spéciaux relevés dans ces observations, l'examen histologique n'a fait constater aucune différence essentielle avec la broncho-pneumonie commune.

Il existe donc des cas de broncho-pneumonie érysipélateuse dans lesquels plusieurs caractères suffisamment tranchés, notamment la marche et le mode de propagation de la maladie, constituent de sérieux arguments en faveur non-seulement de la forme, mais de la nature érysipélateuse de cette broncho-pneumonie. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé M. Stackler, conclusion qui confirme l'opinion vaguement énoncée mais généralement admise sur ce point par les anciens, et que justifie suffisamment l'observation clinique, dût l'histologie nous laisser longtemps encore dans le doute à cet égard.

Guérison de tremblement par le bain galvanique.

Dans une communication faite l'année dernière au congrès de l'Association française de Reims, M. Constantin Paul a fait connaître quatorze observations de guérison de tremblement par le bain galvanique (voir *Gaz. des hôpit.*, numéro du 11 septembre 1880). Dans l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique, il vient d'exposer de nouveaux faits confirmatifs et qui paraissent devoir étendre même le champ des affections susceptibles de bénéficier de ce moyen thérapeutique.

Voici d'abord deux beaux résultats de l'usage des bains galvaniques dans deux cas de tremblement mercuriel.

Le premier a trait à une femme employée depuis plusieurs années au dégarnissage des peaux de lapins de leurs poils, après l'imprégnation préalable d'une préparation mercurielle. Au commencement de la troisième année de ce genre de travail, cette femme s'est aperçue que son bras droit était agité par une certaine trémulation, d'abord légère, s'accentuant ensuite progressivement, à tel point que l'incoordination des mouvements l'obligea à renoncer à son métier. Des accidents semblables ne tardèrent pas à se manifester dans le bras gauche, puis dans les jambes.

Devenue incapable de tout travail, cette femme se vit dans la nécessité d'entrer à l'hôpital, où l'on constata l'état suivant :

Les deux bras étaient agités d'un tremblement très-marqué et permanent. Les oscillations se faisaient dans un double sens, horizontalement et verticalement. Ce tremblement diminuait et disparaissait même lorsque les bras étaient au repos et convenablement appuyés. Mais il augmentait considérablement dès que la malade voulait exécuter un mouvement. L'énergie musculaire n'avait pas sensiblement baissé ; elle se traduisait au dynamomètre par une pression de 30 kilogrammes pour chaque main. Les muscles n'étaient pas notablement amaigris.

Aux membres inférieurs, le tremblement était encore plus accentué ; la malade était incapable de se tenir debout. Lorsqu'elle essayait de marcher soutenue sous les bras, elle était prise d'un sautillement choréique.

La parole était saccadée, incertaine, et la langue était tremblante.

On ne constatait nulle part de paralysie, seulement de l'affaiblissement musculaire. Il n'y avait ni anesthésie, ni troubles de la sensibilité.

Il n'existait point de stomatite, mais les fonctions gastro-intestinales étaient profondément perverties. Inappétence complète, sensation douloureuse à l'épigastre, vomissements bilieux, diarrhée rebelle depuis un an.

On constatait, enfin, une légère polyurie, des douleurs rénales et une notable quantité d'albumine (de 2 à 4 grammes) dans les urines.

Le cœur et les poumons fonctionnaient bien.

M. Constantin Paul institua le traitement suivant : un julep contenant 1 gramme d'iodure de potassium, un bain galvanique tous les deux jours, d'une demi-heure de durée.

L'amélioration se fit sentir dès les premiers bains. Après le douzième, les mouvements des membres supérieurs avaient moins d'incoordination et plus d'assurance. La marche était possible et se faisait même avec une certaine facilité, quoique incertaine ; les troubles gastro-intestinaux étaient amendés et l'albumine avait diminué dans les urines.

Après le vingtième bain, l'appétit était bon, la diarrhée n'existait plus, l'albumine avait disparu et la malade marchait avec facilité et correctement. Le dynamomètre donnait 35 au lieu de 30. La guérison était complète.

Le deuxième cas de tremblement mercuriel a eu pour sujet un homme de trente-trois ans, étameur de glaces depuis quatorze ans. Une première attaque de tremblement avait eu lieu la deuxième année de l'exercice de sa profession ; elle avait été légère et n'avait duré que huit jours. La deuxième s'était montrée dix ans plus tard ; elle avait été plus longue et avait entraîné une incapacité de travail de deux mois.

La dernière attaque remontait à sept semaines.

Le tremblement avait débuté par la mâchoire ; huit jours après le bras droit était pris, puis le bras gauche et enfin les jambes. Les oscillations étaient très-accusées ; cependant le malade pouvait encore se tenir sur ses jambes et marcher. Le

tremblement était plus fort à la main droite, qui ne donnait que 40 kilogrammes au dynamomètre, qu'à la main gauche, qui donnait 55 kilogrammes. Faible et presque nul au repos, il augmentait considérablement dans les mouvements et surtout dans les efforts. Le malade marchait les jambes écartées en frappant du talon; lorsqu'il voulait retourner sur lui-même, il éprouvait les plus grandes difficultés. Enfin le tremblement était surtout horizontal et à peine vertical.

Ce malade avait de la stomatite et un peu d'anémie, mais point de troubles gastro-intestinaux.

Après quatorze bains, pris dans l'espace de deux semaines, le malade était guéri et quittait l'hôpital.

— Dans le cours de cette même année, M. Constantin Paul a traité par les bains galvaniques un cas de chorée très-grave avec incoordination considérable, accompagnée de stupeur et de désordre de l'intelligence. Le malade, âgé de vingt et un ans, plombier de son état, a été guéri en six semaines, après vingt et un bains galvaniques.

— Un cas d'hémiplégie syphilitique avec ataxie, chez un homme de trente-quatre ans, et un cas de crampe d'écrivain, ont également donné de remarquables succès.

MÉDECINE DES CHEMINS DE FER

Simulation des douleurs d'origine traumatique. Diagnostic par les courants induits et interrompus.

Par M. le docteur Guermonprez (de Lille).

I

On sait que, parmi les blessures simulées, il s'en trouve dont il n'existe absolument rien, et d'autres qui, bien que réelles, sont aggravées, entretenues ou exagérées dans leurs conséquences.

On sait aussi que, dans les circonstances où il n'existe même pas de cicatrice, le médecin peut toujours, à l'aide de quelques artifices, arriver à déterminer la réalité d'une paralysie ou d'une contracture. Le baron H. Larrey a pu établir plusieurs diagnostics en examinant le patient après l'avoir anesthésié. M. le docteur Edm. Boisseau y est arrivé surtout par la recherche des signes objectifs et par une observation attentive et prolongée, qui permet de surprendre le simulateur à un moment où il a oublié son rôle. (*Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*, leçons du Val-de-Grâce. Paris, 1870, p. 437.)

Il faut reconnaître toutefois, avec M. le professeur Tourdes, que « l'erreur la plus facile est encore celle qui consiste à méconnaître les blessures qui ne s'annoncent par aucun signe extérieur » (article Blessures, 1876, du *Dict. encycl.*, p. 739). L'erreur est surtout facile, lorsque le patient rapporte de la douleur à un traumatisme ancien, sans que ce traumatisme ait présenté ni plaie, ni fracture, ni luxation.

Ici les signes objectifs n'existent pas; l'observation attentive et prolongée ne peut rien apprendre d'important, et l'anesthésie ne supprime aucun artifice.

La douleur affirmée par un blessé ne peut cependant pas être niée *à priori*, lorsque, si près de nous, le professeur Tardieu a écrit que bien des accidents « peu connus » ont un début obscur, une marche insidieuse, des progrès très-lents et finissent lentement, mais sûrement, par amener la mort plusieurs années après l'accident qui en est la cause première.

Le célèbre médecin légiste ajoutait que, autant ces faits sont *peu connus*, autant l'on est disposé à les méconnaître au début, et à les ranger parmi les cas, si nombreux en pareille matière, de plaintes exagérées ou de simulation. (*Étude médico-légale sur les blessures.* Paris, 1879, p. 385.)

Sans vouloir spécifier si les altérations douloureuses ont leur siège dans les muscles, dans les nerfs, les tendons, les aponévroses ou ailleurs, nous avons cru devoir profiter d'une série de faits pour rechercher un *criterium* dans l'exploration des parties douloureuses à l'aide de l'électricité.

Observation I. — Le premier cas est celui d'un chauffeur, G. E..., de la compagnie du Nord, qui, après un accident de chemin de fer, à Mouscron, le 2 novembre 1878, se plaignait, entre autres choses, d'une douleur très-tenace, localisée plus ou moins exactement au côté gauche de la région lombaire.

Il était aisé d'explorer comparativement les deux côtés de la région lombaire, et de connaître l'influence du passage du courant.

Chez cet homme, le côté douloureux s'est montré plus sensible que la région symétrique relativement intacte.

Il restait donc à placer le patient dans des conditions telles qu'il ne pût suivre les manœuvres de l'explorateur.

Un bon appareil à courants induits et interrompus suffit pour y parvenir.

C'est celui de Morin, modifié par M. Chardin, qui a été employé. Le patient tourne le dos à l'explorateur. Celui-ci tient d'une main les deux électrodes de l'instrument, et de l'autre il manœuvre le régulateur, qui, dans l'appareil Morin-Chardin, est marqué d'un chiffre 8.

Ce régulateur est un simple cylindre de cuivre, que l'on tire d'autant plus qu'on veut augmenter davantage l'intensité du courant induit (1).

La manœuvre de ce régulateur se fait aisément à l'insu du patient.

Celui-ci ne peut pas entendre une manœuvre qui se fait sans aucun bruit.

Lorsqu'il veut, en épiant, et surtout en écoutant les mouvements du médecin, présumer de la manœuvre de l'instrument, on comprend aisément que le bruit continu de la sonnerie du trembleur vient le dérouter.

Ce bruit persistant est plus que suffisant pour troubler un simulateur. Il perd par là les indications qu'il voudrait chercher dans les bruits qui se passent autour de lui. Il est vrai que, dans certains autres appareils à courants induits et interrompus, l'intensité du son du trembleur peut être modifiée par l'intensité du courant. Mais, dans ces circonstances, on a toujours la ressource de distraire l'attention du patient, en lui faisant suivre avec sollicitude une conversation de grande importance, tandis que l'explorateur poursuit ses recherches avec indépendance.

Reste donc la nécessité d'empêcher le patient de voir le maniement de l'appareil.

On y arrive aisément, soit en le plaçant de manière à tourner le dos à la personne qui explore, soit en maintenant les yeux fermés, à l'aide d'un bandeau ou mieux à l'aide des doigts.

Dans ces conditions, on peut recourir à un certain nombre d'artifices pour établir la sincérité du blessé.

Admettons que le blessé affirme l'existence d'une douleur sur le côté gauche de la région lombaire. Si un même courant est appliqué successivement à droite et à gauche, le patient devra

(1) Il est aisé de vérifier sur soi-même que, plus le cylindre du régulateur est enfoncé, plus le courant est faible, la douleur nulle, la contraction musculaire peu appréciable; au contraire, plus le cylindre régulateur est retiré, plus ce courant est violent, la douleur difficile à supporter, et la contraction musculaire nettement indiquée par la brusquerie et la violence du soubresaut de la masse charnue.

accuser *une sensibilité plus grande du côté de la douleur,* c'est-à-dire à gauche.

1° Un premier artifice consiste à appliquer un courant notablement plus intense du côté sain (à droite), et tout aussitôt un courant notablement moindre sur le côté douloureux (à gauche). Si le sujet est un simulateur, il affirme avoir mieux senti le courant du côté qu'il dit être douloureux. Si le sujet est sincère, il affirmera tout simplement ce qu'il éprouve.

2° Un second artifice consiste à ouvrir le courant électrique, c'est-à-dire à interrompre le passage du fluide électrique sans que le patient soit averti, et surtout sans que la sonnerie soit interrompue. Pour cela, les électrodes sont appliqués sur la peau comme d'ordinaire; mais l'un des fils conducteurs n'est pas fixé à l'appareil. Si, dans cette manœuvre, le sujet affirme qu'il sent encore le passage du fluide électrique, on peut conclure que c'est un simulateur.

3° Enfin, il est utile de contrôler les observations les unes par les autres, en employant successivement le gros fil, le fil fin, et la somme des courants. Bien qu'ils ne soient pas toujours concordants, les résultats n'en sont pas moins importants à connaître. La cause de cette différence dans les résultats sera peut-être connue plus tard. On ne peut actuellement qu'en tenir bonne note.

Pendant toutes les modifications, le trembleur fait le même bruit; toujours l'explorateur peut appliquer les électrodes de la même façon, avec précaution et surtout sans appuyer avec une telle force que le patient accuse de la douleur par le fait de la compression, avant qu'il lui soit possible d'apprécier la sensation que donne l'électricité; toujours aussi le résultat sera prévu, si le sujet n'est pas un simulateur. C'est en variant ainsi les moyens, et en les contrôlant l'un par l'autre, qu'il a été possible de reconnaître l'exactitude de quelques faits importants.

Le chauffeur G. E... accuse toujours une douleur plus intense à gauche qu'à droite pour un même courant employé.

Cet homme ressent une douleur lorsqu'un courant faible est appliqué à gauche, alors qu'il supporte aisément ce même courant sur le côté droit. Enfin, il apprécie le passage d'un courant très-faible lorsque les électrodes sont appliqués à gauche, tandis qu'il n'éprouve absolument aucune sensation qui indique l'influence de l'électricité, si ce même courant très-faible est appliqué à droite.

Ce résultat semble déjà concluant; car, en variant les expériences, en les multipliant, en fatiguant au besoin le patient, on arrive à déjouer un simulateur *pourvu qu'on ne se serve pas de courants d'une brutalité trop violente* (1).

Ce même mode d'exploration a cependant fourni des renseignements encore plus importants. Il est un acte, en effet, « que le chauffeur *ne peut pas simuler*, c'est *le soubresaut limité d'un corps charnu.* Or ce soubresaut se fait constamment à l'aide d'un courant faible du côté gauche, tandis qu'il faut toujours un courant notablement plus intense pour obtenir un résultat analogue de l'autre côté (2) ».

Il est à peine besoin de rappeler, en effet, qu'un courant d'une certaine intensité provoque le soubresaut musculaire de toute une région, soubresaut brutal, qui n'a rien de précis. Quand, au contraire, on emploie un courant modéré, comme on le fait habituellement en électrothérapie pour le système musculaire, alors il faut attendre un instant pour observer le soubresaut musculaire, et on reconnait très-aisément que ce soubresaut est limité, parfois même très-limité, entre les deux électrodes, ou bien à une certaine distance de l'un des deux.

(1) En effet, dans ce cas, le patient est bien plus préoccupé de voir finir sa torture, que d'éclairer le médecin sur les douleurs qu'il éprouve et qu'il doit comparer. Il y a plus : la fatigue que détermine un courant brutal rend les perceptions trop obtuses pour qu'il soit encore possible d'apprécier et surtout de comparer des sensations délicates.

(2) *Côté médico-légal de l'affaire G. E... contre l'État belge.* Lille, 1880, p. 10.

Il est vrai que certains points sont de véritables lieux d'élection pour déterminer la contraction musculaire, ainsi que l'a fort bien établi Duchenne (de Boulogne). Ce qu'on peut conclure de là, c'est que tous les points de la surface cutanée ne sont pas comparables entre eux, mais ce fait n'empêche pas de considérer *les régions symétriques comme parfaitement comparables.*

Il est donc justifié de faire la comparaison entre le côté droit et le gauche. C'est ainsi qu'il a été possible d'établir la réalité de la douleur indiquée sur le côté gauche de la région lombaire du chauffeur G. E...

Ce premier fait, très-important, est aussi le seul dans lequel il nous ait été donné de trouver, d'une manière complète, toute la série des caractères des courants électriques, sur une région restée douloureuse à la suite d'un traumatisme.

REVUE DE LA PRESSE

Fracture transversale simultanée des deux rotules. — Dans le numéro du 5 février dernier de la *Gazette des hôpitaux* nous avons publié le cas fort intéressant d'un jeune garçon de vingt-deux ans qui, en se livrant au jeu du saute-mouton, s'était fracturé simultanément les deux rotules par effort musculaire. Bien que ce genre d'accident soit par les auteurs considéré comme rare, nous trouvons aujourd'hui une observation à peu près analogue rapportée récemment par M. le docteur Victor Desguin (d'Anvers).

Il s'agit cette fois encore d'un jeune homme de vingt-huit ans, gymnaste habile, d'une musculature fort développée et jouissant ordinairement d'une bonne santé, si ce n'est que, dans les quelques mois qui précédèrent l'accident, il se plaignit d'abord de douleurs dans les genoux, que l'on considéra comme de nature rhumatismale, jusqu'au moment où il survint une véritable arthrite rhumatismale des genoux, de forme subaiguë. Le malade, dont nous avons précédemment rapporté l'histoire, avait eu, lui aussi, à trois reprises différentes un rhumatisme articulaire aigu ; toutefois chez lui l'affection, tout en atteignant les articulations des genoux, s'était généralisée et compliquée de lésion cardiaque.

Quoi qu'il en soit, le malade du docteur Desguin, voulant, un soir, s'élancer d'un bond au trapèze, ne put y parvenir et tomba de tout son poids en arrière sur le plancher. Le saut qu'il avait fait pouvait avoir 15 centimètres environ de hauteur. Relevé et transporté sur un lit, le docteur Desguin constata immédiatement une tuméfaction considérable des genoux ainsi qu'une fracture transversale des deux rotules, avec un écartement des fragments de 3 à 4 centimètres. Le fragment supérieur de l'os était un peu plus petit que le fragment inférieur.

Le membre fut mis dans l'extension; une attelle courbe, à concavité inférieure, faite de carton et de toile, fut placée au-dessus du fragment supérieur, afin de paralyser l'action puissante de la masse musculaire formée par le triceps crural et le droit antérieur. Une autre attelle semblable, mais à concavité supérieure, fut disposée sous le fragment inférieur pour le relever et comprimer le ligament rotulien. Une bande roulée en huit de chiffre fut appliquée pour maintenir et rapprocher les fragments ; enfin trois attelles en carton furent posées sur les côtés et à la face postérieure du genou. Le tout fut recouvert d'un bandage plâtré, ouaté, partant des orteils pour aboutir au tiers supérieur de la cuisse.

Huit jours plus tard, l'appareil plâtré ayant été fendu, on put constater que l'épanchement intra-articulaire avait presque complètement disparu. Le bandage fut alors rembourré et resserré.

Un mois après l'accident, enlèvement de l'appareil, plus d'épanchement, formation d'un cal fibreux d'un centimètre de largeur réunissant les deux fragments dans toute leur étendue, légère mobilité de ceux-ci dans le sens latéral, atrophie notable des muscles de la cuisse dans leur tiers inférieur contrastant d'une façon remarquable avec leur énorme volume dans la partie supé-

rieure, où ils forment un véritable bourrelet au-dessus de l'attelle supérieure. Application d'un appareil amidonné à chaque membre maintenu dans l'extension, tandis que le blessé reste condamné à l'immobilité.

Six semaines plus tard, les appareils furent définitivement enlevés et remplacés par des genouillères; en même temps des mouvements communiqués et prudemment exécutés étaient prescrits au malade. Dès la fin du troisième mois, les mouvements des genoux étaient partiellement restitués, et le massage était ordonné.

Enfin, quatre mois après l'accident, le blessé pouvait effectuer tous les mouvements et ne conservait plus qu'un certain degré de raideur articulaire, laquelle diminuait de jour en jour et donnait tout lieu d'espérer que le malade recouvrerait bientôt l'intégralité de ses mouvements. (*Presse méd. belge.*)

Étranglement d'une hernie ombilicale. — Il s'agit d'un cas remarquable d'étranglement herniaire observé par le docteur B. Schmidt et suivi de mort avant qu'il ait été possible d'entreprendre la herniotomie.

L'autopsie démontra que la hernie ombilicale, grosse comme une tête d'enfant, survenue chez une femme dont les parois abdominales étaient très-épaisses, renfermait une anse intestinale absolument saine, sans aucun signe de stase veineuse. Cette anse envoyait elle-même à travers l'anneau herniaire dans l'abdomen une anse intestinale qui était la véritable portion étranglée. En somme, l'anneau donnait passage à quatre tubes intestinaux, deux sortant de l'abdomen et deux y rentrant. Le grand épiploon formait aussi une partie de la tumeur ombilicale. (*Rev. de chir.*)

Abcès du sinus maxillaire. — La rareté des abcès du sinus maxillaire consécutifs à l'avulsion d'une dent, rareté signalée à la Société de chirurgie dans la séance du 1er juin dernier, donne un certain intérêt à l'observation récente de M. le docteur Roberto Frias (d'Almada, Portugal).

Un homme de trente ans se présentait à sa consultation pour une hémorrhagie alvéolaire, suite de l'extraction de la troisième molaire droite supérieure. La dent arrachée portait, accolée à sa racine, une petite esquille du rebord alvéolaire. L'hémorrhagie fut arrêtée au moyen d'une boulette de charpie trempée dans une solution de perchlorure de fer.

Mais, deux jours plus tard, le malade revenait à la consultation se plaignant de douleurs assez vives dans la région faciale droite; en même temps, l'œil correspondant était rouge, saillant et larmoyant. Le lendemain, cet homme présentait les phénomènes suivants: fièvre, petits frissons, courbature et anorexie absolue, l'œil restant dans le même état. C'est alors que M. le docteur R. Frias pratiqua au niveau de la gencive une ponction exploratrice qui donna issue à quelques gouttes de pus. Le diagnostic d'un foyer purulent ainsi confirmé, il ponctionna de nouveau l'abcès avec un trocart plus fort et fit une injection détersive. Bientôt un flot de pus extrêmement fétide s'échappait par la fosse nasale correspondante suivi du liquide même qui venait d'être injecté.

Dès le lendemain, une amélioration sensible s'était produite. Les jours suivants, on fit des injections iodées, matin et soir. Enfin la guérison était complète douze jours après la première injection. (*Gaz. hebdomad.*)

Invagination intestinale, expulsion de 40 centimètres d'intestin. — M. le docteur Grosoli vient de rapporter l'observation d'une invagination intestinale des plus curieuses par la façon dont elle s'est terminée. Il s'agit d'un enfant de dix ans qui, après avoir mangé des citrons et des oranges, peau et pépins compris, comme nous l'avons vu faire maintes fois dans le midi de la France, fut pris de violentes douleurs, lesquelles s'accompagnèrent bientôt de vomissements. Huile de ricin, purgation huileuse, lavement de sené et de gros sel, sangsues, lavements simples, injections hypodermiques d'atropine et de morphine, cataplasmes chauds, applications froides, électricité, restèrent sans effet.

Pendant ce temps, les symptômes augmentaient de gravité, les vomissements devenaient fétides, fécaloïdes, le ventre était extrêmement douloureux au toucher. Le petit malade était ainsi depuis douze jours à l'agonie, ne se soutenant que par des lavements nutritifs, lorsque M. le docteur Grosoli eut l'idée de lui faire administrer 30 grammes de mercure. Deux heures plus tard, il se produisait une expulsion de gaz et de matières fécales mélangées de sang et de mercure. Cette évacuation fut suivie d'un certain soulagement, mais les douleurs ne cessèrent qu'avec l'issue d'une membrane d'odeur fortement gangreneuse. Le lendemain, le malade rendait une portion d'intestin grêle longue de 40 centimètres, et pendant les quatorze jours qui suivirent, en même temps qu'il éprouvait encore quelques légères douleurs dans l'abdomen, il rendait de temps à autre des lambeaux d'intestin. Enfin la terminaison fut des plus heureuses, et, un mois plus tard, l'enfant était complètement guéri. (*Paris médical.*)

Tumeur échinocoque du sein. — Une jeune fille de vingt ans portait depuis trois ans, dans l'épaisseur du sein droit, une nodosité dure, indolore et du volume d'une châtaigne, lorsque tout à coup celle-ci commença à s'accroître. En même temps, il se développait au pourtour de la tumeur des douleurs qui irradiaient jusque dans l'épaule droite et le bras du même côté. C'est ainsi qu'au moment où la malade entrait à l'hôpital, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme. Elle était située dans la partie supérieure et interne du sein droit, à 4 ou 5 centimètres du mamelon. Cette jeune fille fut opérée, et l'on reconnut que la tumeur extirpée était un kyste échinocoque qui ne contenait pas moins de cinquante vésicules.

Après l'opération, on trouva encore une autre tumeur semblable, du volume de deux noisettes, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, à gauche sur la ligne axillaire. Elle atteignit rapidement le volume d'un œuf de pigeon, pour s'arrêter à ces dimensions. Il s'agissait là très-probablement d'un kyste arrêté dans son développement et ratatiné.

Cette observation, due à M. le docteur E. Fischer, est rapportée par lui dans un travail où sont relevés les dix-sept cas de tumeur échinocoque de la glande mammaire, que l'auteur a trouvés consignés çà et là dans différentes publications. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Estomac bilobé, lame de verre enkystée dans le péricarde. — Une femme de soixante-deux ans, alcoolique, mère de quatorze enfants, entrait, il y a quelque temps, à la Pitié, dans un état d'excitation cérébrale manifeste, ne répondant à aucune des questions qui lui étaient adressées et prononçant seulement des paroles incohérentes. Les urines et les selles étaient involontaires, les vomissements bilieux et fréquents, la diarrhée abondante. Cependant la langue était bonne; il n'existait ni fièvre ni pneumonie pouvant expliquer l'existence du délire, pas de souffle au cœur, mais seulement quelques intermittences; enfin dans les urines on ne trouvait ni sucre ni albumine.

Cet état continue pendant trois jours, après quoi la diarrhée seule persiste avec quelques vomissements liquides et bilieux de temps à autre, et la malade mange deux portions. Mais quelques jours plus tard nouvelle période d'excitation durant deux jours, après laquelle la malade reste dans un état de très-grande dépression sans fièvre aucune; vomissements et diarrhée persistent cependant malgré l'administration d'une potion composée de:

Laudanum de Sydenham. . .	15 gouttes.
Sous-nitrate de bismuth. . . .	8 grammes.
Julep gommeux	120 —

Un mois après son entrée, apparition d'une tache gangreneuse de coloration noirâtre et de la largeur d'une pièce de 2 francs à la partie inférieure et externe de la joue gauche.

Bientôt la gangrène s'étend, se complique d'un œdème considérable des tissus périphériques descendant jusqu'à la clavicule et remontant jusqu'à la racine du cuir chevelu, et la malade succombe en quelques jours.

Parmi les lésions trouvées à l'autopsie, nous citerons principalement l'état du cœur libre dans le péricarde, si ce n'est dans un

point circonscrit de la face postérieure près de la pointe, où l'on reconnaît au toucher la présence d'un corps dur. Celui-ci n'est autre qu'une lame de verre rectangulaire, se terminant par une pointe triangulaire et mesurant 4 centimètres et demi de longueur sur 7 millimètres de largeur. Elle suit la direction du sillon interventriculaire postérieur et se trouve emprisonnée entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péricarde qui ont contracté autour d'elle de solides adhérences et lui forment une loge complète. Elle descend un peu au-dessous de la pointe du cœur, sans perforer le péricarde ni le diaphragme adhérents normalement à ce niveau. Ce corps étranger, parfaitement toléré, probablement depuis longtemps déjà, n'avait déterminé dans les organes voisins aucune lésion apparente capable d'indiquer le trajet qu'il avait suivi avant de se loger ainsi définitivement entre les feuillets du péricarde.

L'estomac présente aussi une disposition très-curieuse, digne d'être notée. Il se compose, en effet, de deux portions réunies par un conduit rétréci. La portion gauche la plus volumineuse est un peu moins grande que la paume de la main; sa forme se rapproche beaucoup de celle d'un estomac entier; elle communique d'une part avec l'œsophage, qui s'ouvre normalement dans sa cavité, et de l'autre, par le conduit rétréci, dans la seconde poche ou portion droite de l'organe. Celle-ci est d'un quart moins volumineuse que la précédente; elle est fusiforme et communique à droite avec le pylore, qui a conservé son aspect normal. Quant au conduit rétréci qui réunit les deux poches stomacales, il est long de 2 centimètres; ses parois sont très-épaisses, et son calibre est tel qu'il laisse difficilement passer le petit doigt.

Cet estomac bilobé, congénitalement selon toutes probabilités, vu l'absence complète de cicatrices au niveau de la portion rétrécie, était vide; sa face antérieure était libre de toute adhérence ancienne ou récente aux organes voisins; sur la face postérieure, vers la partie interne de la poche gauche ou œsophagienne, à un centimètre environ de la partie rétrécie et à égale distance des deux bords supérieur et inférieur, on remarquait une perte de substance comprenant toutes les tuniques de l'estomac et affectant du côté de la séreuse le diamètre d'une pièce de 50 centimes, tandis que du côté de la muqueuse elle offrait seulement le diamètre d'une pièce de 20 centimes. Cette ulcération paraissait être de date déjà ancienne. De plus, les parois de l'estomac étaient très-épaisses surtout à gauche. (*Progr. méd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie (1), par M. le professeur Bouchardat.

Que de générations médicales sont venues s'asseoir devant la chaire du professeur Bouchardat! Et, toujours actif, toujours laborieux, le professeur a voulu nous laisser un dernier témoignage de l'œuvre considérable de son professorat. Ce livre est un véritable testament scientifique; — mais qu'on ne s'y méprenne pas, notre cher maître n'entend pas encore mourir, et nous le souhaitons encore moins que lui. Seulement il sait que les années, — tout en respectant sa haute intelligence, — se sont accumulées d'une manière un peu abondante, et il ne veut pas tarder plus longtemps à résumer son œuvre.

Comme le titre seul de ce *Traité d'hygiène* indique bien la tendance d'esprit de son auteur, et, quand vous lisez ce *basée sur l'étiologie*, comme il vous semble recevoir un écho de cet enseignement! L'étiologie a été le grand cheval de bataille de notre vaillant maître, et il ne peut se défendre d'écrire ce mot en tête de sa grande œuvre.

Le *Traité d'hygiène* est divisé en trois parties.

La première traite du sujet de l'hygiène. Après les définitions, voici le rapport de l'hygiène avec les différentes parties de la science, puis l'histoire de l'hygiène; des considérations sur la vie, les formes et mesures de santé.

La deuxième partie traite des modificateurs: alimentations, excrétions, exercice, lumière, électricité magnétisme (*ingesta, excreta, gesta, circumfusa*); puis les ferments et parasites; enfin l'hygiène de l'encéphale (*percepta*).

L'hygiène générale fait l'objet de la troisième partie.

Enfin un appendice donne tous les documents qui peuvent intéresser le médecin sur l'essai du lait, sa conservation; la viande de cheval, la ladrerie, la trichinose, la truffe; les lois sur l'ivresse; l'acide urique, le henné; l'emploi des lunettes; les famines, les intoxications, et le règlement général de police sanitaire français.

Par cette rapide énumération on peut se rendre compte de l'immense quantité de faits accumulés dans ce livre. Ce *Traité* est une œuvre digne du maître; il donne la note exacte de l'état actuel de la science hygiénique. Si l'auteur a ses opinions bien arrêtées, il n'oublie pas que l'enseignement exige de tout faire connaître. Son livre, à ce titre, restera un monument, et nous nous bornons à signaler son apparition. Tous voudront mettre ce *Traité* sur leurs rayons, les anciens pour se souvenir, les jeunes pour apprendre; tous gagneront à saluer ainsi le maître sympathique et le savant si dévoué à son œuvre.

Manuel de chirurgie antiseptique, par Mac Cormac (1), professeur et chirurgien à l'hôpital Saint-Thomas.

M. le docteur Luteaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, vient de rendre service aux praticiens français en traduisant le *Manuel de chirurgie antiseptique* de Mac Cormac.

L'auteur anglais, après avoir posé les règles générales pour l'application de la méthode, nous expose le résultat des statistiques. Il nous entretient successivement des opérations pratiquées sur les os, des fractures compliquées, des opérations sur les articulations, de l'ovariotomie, des amputations, des blessures par armes à feu, des plaies articulaires et de la laparotomie.

Dans un second chapitre, le docteur Mac Cormac étudie la théorie antiseptique.

Le troisième chapitre fait connaître le matériel antiseptique, tandis que la pratique antiseptique est exposée dans le quatrième chapitre.

Le praticien a dans ce manuel tous les renseignements utiles pour appliquer la méthode de Lister.

Un appendice nous fait assister à la discussion sur la chirurgie antiseptique, qui eut lieu devant la Société médico-chirurgicale de Londres.

Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents (2), par M. le docteur Debacker.

M. le docteur Félix-Louis Debacker résume ainsi ses très-intéressantes recherches sur ce sujet:

« Il y a deux genres essentiellement distincts d'hallucinations et de terreurs nocturnes: les unes sont d'origine non cérébrale, les autres d'origine cérébrale.

Les premières sont le plus souvent produites par des indigestions gastro-intestinales dont les causes varient: dentition difficile et laborieuse, vers intestinaux, constipation, diarrhée, émotions intempestives, etc., etc.

Les secondes dépendent de maladies passées dont les traces sont demeurées et manifestent de véritables lésions cérébrales; ce sont les hallucinations et terreurs nocturnes chez les convalescents de fièvre typhoïde, de pneumonie; c'est le cas encore des individus surmenés; elles constituent une catégorie à part qu'on pourrait désigner sous le nom de délire d'inanition générale.

D'autres hallucinations et terreurs sont des symptômes de

(1) 1 fort vol. in-8°. Prix: 18 francs. Paris, Germer Baillière et Cie.

(1) In-8°. Prix: 6 francs. Paris, Germer Baillière et Cie.
(2) In-8°. Prix: 3 fr. 50. Paris, A. Coccoz.

maladies cérébrales *présentes*. Leur principal caractère est leur persistance. C'est le cas de l'idiotie, du délire des persécutions, la démence, en un mot, de l'enfant.

Une troisième catégorie bien distincte encore est celle des hallucinations et terreurs, prodromes des maladies cérébrales *futures*, et dans ce cadre viennent se ranger toutes les candidatures à la folie. L'hérédité doit être ici interrogée avec un soin tout spécial ; on doit craindre les méningites tuberculeuses, l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie le plus souvent chez les enfants les plus précoces, l'hallucination protopathique telle que l'entend Luys.

Enfin, il est d'autres hallucinations et terreurs qui ne peuvent être comprises dans ces deux grandes classes; ce sont celles qui ont pour cause toutes les intoxications.

Le médecin appelé près d'un enfant dont les terreurs effraient les parents doit repasser dans son esprit toutes ces grandes causes. Le plus souvent il aura affaire à un cas du premier genre, à quelque trouble gastro-intestinal facile à surmonter, et le diagnostic sera confirmé si les accidents cessent après la constipation vaincue ou la diarrhée enrayée, les vers expulsés ou enfin le prurit de la dentition guéri.

Il recherchera l'alcoolisme héréditaire, les abus de l'enfant et de sa nourrice; il pensera aux circonstances qui peuvent déterminer l'encéphalopathie saturnine ; les circonstances d'absorption de la belladone, de l'opium, du sulfate de quinquina, ne seront pas difficiles à découvrir ; enfin, il sera facile de trouver les autres causes, telles que les parasites, poux ou gale, les récits fantastiques, la chorée, les petites passions des enfants, etc.

Si, au contraire, les crises nocturnes persistent, qu'il se tienne en garde et veille à empêcher l'éclosion d'une maladie plus grave par tous les moyens prophylactiques appropriés : l'éducation soignée, virile, sans brutalité ni sentimentalisme, la vie et l'exercice à la campagne, les soins de propreté, la gymnastique intellectuelle bien dirigée, seront les meilleurs remèdes dans ce cas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mercredi dernier, 7 septembre, a été inauguré, au cimetière de la ville de Moulins-sur-Allier, le monument élevé par souscription sur la tombe de notre confrère, le docteur Louis Laussedat, décédé à l'âge de soixante-dix-neuf ans, au mois de juillet 1878. En tête du cortège officiel marchait M. le docteur Cornil, député du département, qui, prenant le premier la parole, a retracé la vie de Louis Laussedat, exerçant la médecine à Moulins jusqu'en 1848, où il fut élu représentant du peuple à l'Assemblée constituante, s'exilant en Belgique au coup d'État de 1851, pour ne rentrer en France qu'en 1875 où, peu de temps après, la ville de Moulins l'élut de nouveau comme son représentant à la Chambre des députés.

Pendant son long séjour à Bruxelles, l'Académie de médecine de Belgique l'avait appelé dans son sein comme membre titulaire. C'est à ce titre que M. le docteur Faigneaux (de Bruxelles) a pris à son tour la parole. — Un troisième discours a été prononcé par M. le docteur J.-A. Martin, au nom de la Société de médecine publique de Paris, dont Laussedat avait été l'un des fondateurs et le vice-président.

— M. le docteur Perpère, ancien président de la Société de médecine de Toulouse, a succombé le 23 août dernier, en son domaine de la Lèze, près Azille (Aude), à l'âge de soixante-quinze ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La huitième vient de paraître et la neuvième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches, par le docteur Legendre. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Galissart de Marignac. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par le docteur Almann. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les eaux sulfureuses et la métallothérapie, à propos d'un cas d'aphonie nerveuse guérie à plusieurs reprises par les eaux de Cauterets, par le docteur Duhourcau. In-8° — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11677.

N° 105. — MARDI 13 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 13 SEPTEMBRE 1881. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Pleurodynie par accès. — II. Spasme de la glotte et congestion ovarienne.

I. Sur un brancard, nous avons un homme d'une trentaine d'années dont l'état pathologique est d'un diagnostic absolu difficile. Est-il malade? Est-il entré à l'hôpital par paresse? La paresse, qui est aussi une maladie! Il se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine qui, lorsqu'elles surviennent, sont très-vives, l'arrêtent dans son travail ou dans sa marche et parfois même le jettent à terre, du moins d'après son dire.

Ce n'est pas une angine de poitrine, bien qu'il en ait quelques symptômes, l'accès douloureux, le début brusque et l'intensité de la douleur. Mais il n'en a pas l'irradiation dans le bras, ni le siège sous-sternal. La douleur est située dans l'hypochondre gauche, elle débute brusquement ou plutôt elle devient brusquement intense à la suite de fatigues, et, si notre malade tombe, c'est par faiblesse; enfin l'irradiation de sa douleur est en arrière; sa durée est de plusieurs heures, et le repos ne l'arrête pas; tous signes qui la distinguent de la douleur réellement angoissante, déchirante de l'angine de poitrine.

Il est vrai que cette dernière affecte quelquefois des formes différentes, comme chez les femmes hystériques et rhumatisantes, ou bien lorsqu'elle est sympathique de troubles gastriques.

Dans le premier cas, elle débute la nuit, dans le repos absolu, entre minuit et une heure du matin, comme le faux-croup; elle donne lieu à un accès formidable, après quoi tout se calme; le lendemain, il n'en reste aucune trace, et la femme va, vient et sort, vaquant à ses occupations comme si de rien n'était.

La seconde forme ou forme gastrique ne saurait être celle de cet homme qui n'a jamais eu aucun trouble stomacal.

Si donc il n'est point atteint d'angine de poitrine, qu'a-t-il? Une douleur de l'hypochondre gauche sans point névralgique bien caractérisé, cela ressemble bien à une pleurodynie; cette douleur est constante, s'exaspérant seulement par moments, et non pas spontanée, subite, comme il nous l'avait dit tout d'abord. De plus, cet homme n'a aucune fermeté de caractère, il se laisse facilement abattre par quoi que ce soit, et, lorsqu'il tombe, ce n'est point par syncope, mais parce qu'il se laisse aller. Cela est si vrai qu'il a toujours le temps de chercher un abri quelconque avant de tomber.

Je ne vois donc là qu'une pleurodynie avec accès, de forme assez exceptionnelle, il est vrai.

Depuis 1870, la situation de cet individu s'est trouvée complètement changée. Petit commerçant de détail, il avait vécu jusque-là d'une vie tranquille, lorsque, en 1870, se trouvant tout à coup ruiné, il s'est fait garçon de cuisine, métier déplorable, s'il en est, au point de vue de l'hygiène, à cause de la chaleur intense, humide souvent, à cause du défaut de renouvellement de l'air, qui est constamment vicié par la présence d'une quantité plus ou moins grande d'oxyde de carbone. Aussi est-il pâle, décoloré, cependant sans anémie proprement dite, mais par l'insuffisance de la quantité de sang nécessaire, ce qui nous explique sa faiblesse générale, ses douleurs continues; le pronostic est donc loin d'avoir la gravité de l'angine de poitrine, qui est une affection formidable.

Quant au traitement, ce qu'il lui faut surtout, c'est du repos, une bonne alimentation, quelques toniques, du quinquina et des bains sulfureux.

II. Au n° 1 de la salle des femmes une jeune fille est entrée hier, criant, gémissant, tenant sa tête à deux mains. Elle respirait ou mieux elle inspirait très-difficilement, bruyamment, tandis que l'expiration était facile. Les mouvements du thorax étaient réguliers, la respiration laryngée difficile, mais la voix nette. Ces différents symptômes nous indiquaient soit un œdème, soit un spasme de la glotte.

L'absence de toux, de sensation douloureuse au niveau du larynx, de fièvre, et la netteté de la voix nous ont fait rejeter l'idée d'un œdème.

Le spasme de la glotte n'est pas une maladie commune à l'âge de cette jeune fille (vingt-quatre ans), tandis qu'il est assez fréquent chez les enfants au-dessous de trois ans. Il y a donc deux catégories de spasme de la glotte, celle des enfants et celle des adultes.

Le spasme des enfants survient généralement entre quatre ou cinq mois et la fin de la seconde année, et se montre isolément. Son étiologie est encore peu connue. Il débute soudainement, sans raison appréciable; l'enfant se réveille

et suffoque au point de laisser croire que sa vie est menacée; l'inspiration, sifflante, devient de plus en plus difficile; asphyxie commençante, pâleur, puis cyanose, tuméfaction des veines et perte de connaissance; pas de toux. On voit aussi quelquefois de la contracture des extrémités. L'accès dure quelques minutes et disparaît, pour revenir sous la moindre influence, un trouble gastrique, une émotion; quelquefois même il peut se répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Dans ces conditions, l'affection peut être sérieuse; aussi certains auteurs ont-ils avancé que la moitié des enfants atteints de spasme de la glotte succombaient. Mais les opinions varient à ce sujet, et la vérité est que, lorsque les accès entraînent la cyanose et l'asphyxie, et qu'ils se répètent sous la plus petite influence, la maladie est très-grave et la mort emporte le tiers ou même la moitié des enfants.

Dans les hôpitaux, où les enfants nous arrivent le plus souvent déjà cachectisés, l'affection présente généralement une grande gravité; en ville, où les sujets sont ordinairement moins déprimés, d'une santé meilleure, où la maladie est plus rapidement traitée, la gravité est moindre.

Quant au spasme des adultes, c'est autre chose. Ce n'est plus comme pour l'enfant dont la capacité moindre du larynx favorise l'asphyxie, dont le système nerveux est plus facile à exciter, dont l'état strumeux ou rachitique paraît être une cause prédisposante, si bien que l'on a cherché quelque corrélation dans l'état des ganglions, des os et du thymus. Dans une statistique comprenant quatre-vingt-seize enfants atteints de spasme de la glotte, on en a trouvé quatre-vingt-douze avec une ostéomalacie des os du crâne, sans vouloir prétendre pour cela que ce puisse en être la cause.

Chez l'adulte, le spasme de la glotte n'est pas une maladie une, mais il se rattache tantôt à une lésion anatomique, tantôt à des troubles nerveux parfaitement caractérisés. Les lésions anatomiques peuvent être quelque polype ou quelque ulcération du larynx, bien que le spasme soit assez rare dans les laryngites. Les troubles nerveux comme cause locale peuvent être le résultat d'une affection ganglionnaire d'une tumeur de l'aorte par compression ou irritation. Comme cause générale plus vaste, ce sont l'hystérie, l'épilepsie, le tétanos, névroses dont le spasme est un symptôme survenant pendant l'accès ou se montrant isolé et pouvant caractériser à lui seul l'attaque d'épilepsie et surtout de l'hystérie. Chez les uns il est un phénomène passager, chez d'autres il est persistant.

Cela dit, revenons à notre malade, et cherchons la cause, chez elle, de l'accès pour lequel elle est entrée à l'hôpital. L'examen laryngoscopique nous a montré un pharynx un peu rouge, l'épiglotte un peu injectée, les cordes vocales saines, pas de corps étrangers, ni polypes, ni végétation, ni ulcération du larynx. La poitrine n'a rien; rien au cœur, à l'aorte ou aux poumons; pas de tuméfaction ganglionnaire probable.

Si nous consultons les antécédents, nous apprenons que, strumeuse, lymphatique, cette jeune fille a été envoyée autrefois à Berck pour quelques ganglions tuméfiés du cou qui ont été guéris sans suppuration. Peut-être alors les ganglions voisins de la trachée auraient-ils été pris aussi. Cependant la sonorité sternale est normale; il n'existe pas de bruit de cornage, le murmure vésiculaire est parfait; nul signe de compression bronchique, veineuse ou nerveuse. Il nous faut donc chercher la cause des accidents dans l'état général.

Elle nous dit n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs; cependant nous avons constaté une certaine analgésie du membre supérieur gauche, et de plus elle éprouve assez ordinairement une sensation de strangulation de la gorge. En somme, quelques phénomènes d'hystéricisme peu marqués, jeune fille anémique et un peu névropathique. De plus, elle n'était pas réglée depuis longtemps, et, lorsque les accidents sont arrivés, ses règles étaient revenues depuis trois jours; elles durent encore aujourd'hui, sixième jour de leur réapparition, tandis qu'autrefois la durée de chaque époque était de quatre jours. Enfin la sensibilité ovarienne droite est très-vive à la moindre pression et irradie même, du côté droit, jusque dans la mamelle; tout ce côté du thorax est en ce moment le siége d'une hyperesthésie qui tient certainement à quelque perturbation ovarienne. Ces différents phénomènes nous expliquent l'origine du spasme de la glotte, survenant par action réflexe sous l'influence d'un trouble quelconque dans les fonctions de l'ovaire droit. Maintenant quelle est la cause qui a agi sur cet ovaire? C'est ce que nous ignorons, quelles que soient les questions que nous ayons faites à ce sujet à notre malade.

Dans tous les cas, cet accès de spasme de la glotte survient pour la première fois chez elle, en dehors, nous affirme-t-elle, de toute émotion. Quant à la rougeur que nous avons constatée sur la muqueuse du pharynx et de l'épiglotte, elle serait, d'après notre malade, la suite d'une angine pseudo-membraneuse qu'elle aurait soignée elle-même, au moyen de médicaments fournis par un pharmacien qu'elle connaissait! Le fait est-il vrai?

Quoi qu'il en soit, nous sommes en présence de causes complexes, jeune fille nerveuse, menstruation reparue après une dysménorrhée prolongée, pharynx et épiglotte rouges et injectés, hyperesthésie ovarienne, etc.

Quant au pronostic, il est peu grave, comme d'habitude, chez les adultes, quand le spasme glottique n'est pas symptomatique d'une affection de l'aorte, d'une tumeur ganglionnaire ou d'une maladie inflammatoire du médiastin. Spasme purement nerveux, affection légère qui se dissipera très-probablement avec la fin de la période menstruelle, mais pouvant se reproduire sous l'influence d'une cause excitante. Ce matin, du reste, nous avons constaté une diminution des plus notables des phénomènes spasmodiques, qui semblent même devoir cesser complètement dans la journée.

La médication à laquelle on devra avoir recours a pour but de modifier le système nerveux et de diminuer une congestion utérine trop forte.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Chauvel.

Observation de cysticerque du corps vitré.

(Recueillie par M. le docteur Nimier, médecin aide-major, aide de la clinique ophthalmologique.)

Le 26 mai 1881, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, service du professeur Chauvel, le nommé B... Joseph, âgé de vingt-deux ans, né à Loqueffret, département du Finistère. Cet homme, au conseil de révision, fut ajourné à un an pour des maux d'estomac, dont il est difficile de préciser la signification. B... comprend à peine le français. Incorporé au 135e de ligne au mois de novembre 1880, il fit son service sans éprouver rien d'anomal jusqu'au jour où il fut envoyé à la cible. Ayant dû, pour viser,

fermer l'œil gauche, il s'aperçut alors qu'il n'y voyait pas de l'œil droit.

L'examen général du sujet n'offre aucune particularité; il est vigoureux et d'une santé excellente. B... se plaint uniquement d'une cécité presque complète de l'œil droit, d'ailleurs il n'y a jamais éprouvé la moindre douleur. L'œil gauche est emmétrope et sain.

De l'œil droit, B... ne reconnaît pas la clarté du jour; il perçoit à 50 centimètres la lueur d'une lampe, mais ne peut distinguer deux lumières placées à quelque distance l'une de l'autre. Pendant l'examen ophthalmoscopique, il prétend ne pas avoir conscience de l'éclairement de son œil. A l'examen extérieur, dilatation de la pupille droite, lorsque l'on tient fermé l'œil gauche; habituellement les deux ouvertures pupillaires ont le même diamètre. La tension oculaire est égale dans les deux yeux.

Au miroir, image kératoscopique de l'emmétropie. Plus profondément, l'on aperçoit un corps de coloration blanc bleuâtre, tirant sur le vert. Il siège dans le quadrant supéro-interne du disque pupillaire éclairé (image droite). Ce corps étranger a la forme d'une amphore renversée; sa longueur atteint 2 à 2 1/2 diamètres papillaires; son grand axe est oblique en bas, en dehors et un peu en arrière. L'extrémité de son col se projette sur le bord supéro-interne de la papille. Ce col, un peu plus long que le corps, présente vers sa partie moyenne un étranglement, d'où émane, en se portant en bas, un prolongement étroit; puis, il se renfle en une tête irrégulière, terminée par une saillie comparable à une petite trompe. Il est toutefois impossible d'y retrouver aucun caractère d'une tête de cysticerque.

Les bords ne sont pas nettement dessinés, ils sont voilés et légèrement sinueux; il en est de même des limites du corps. Ce dernier, ovoïde, ne présente aucune irisation sur ses bords, mais une teinte glauque assez uniforme comme le col. De son fond partent une série de stries noires; elles forment un plan diaphane, légèrement concave en bas; celui-ci semble s'étaler transversalement comme un voile en dedans et en avant dans l'intérieur du corps vitré. A quelque distance au-dessous de lui, on distingue trois petits corps irréguliers, gros comme une tête d'épingle; deux d'entre eux, réunis par un mince filament, simulent un haltère. Suivant l'éclairage, ils sont opaques et brillants ou diaphanes. Par ailleurs le corps vitré est d'une transparence parfaite.

Si, continuant l'examen avec le miroir, l'on incline alternativement la tête à droite et à gauche, le déplacement relatif est très-net; l'image rétinienne fuit beaucoup plus rapidement que la vésicule du corps vitré.

Le fond rétinien présente certaines particularités. La papille est arrondie, son bord externe est nettement dessiné par une traînée pigmentaire, que circonscrit une étroite bandelette d'atrophie choroïdienne. Les trois zones ne sont pas distinctes, la teinte est assez uniformément blanc rougeâtre. La surface papillaire est sillonnée par de nombreux capillaires et les branches des vaisseaux centraux.

Parmi celles-ci un rameau artériel se porte en dehors décrivant deux coudes très-prononcés sur la papille même; mais les troncs principaux se dirigent en bas et en haut. Ces derniers sont masqués en partie par la présence en avant d'eux de la tête du cysticerque, et près du bord inféro-interne l'on voit au devant d'eux une tache d'une teinte légère, blanc bleuâtre. En dehors de la papille et un peu plus bas qu'elle, on aperçoit une bandelette étroite, blanche, transversale, ayant plus de 2 diamètres papillaires de long.

Deux amas pigmentaires s'observent sur son trajet; quelques ramuscules rétiniens passent en avant d'elle. Un peu au-dessous existe un point blanc, brillant, irrégulier. Elle se prolonge en dehors sur une longueur presque égale, tranchant par sa teinte rouge spéciale sur le fond rétinien. Celui-ci, chiné de stries rouges de nuances variées, présente dans sa partie supéro-interne une pigmentation analogue à celle de la rétinite pigmentaire. Ce sont des corpuscules noirs, allongés, s'envoyant les uns aux autres des ramifications nombreuses en forme de réseau, dont les mailles sont plus serrées vers la zone équatoriale.

Enfin, ajoutons que, depuis près de quatre mois, aucun changement n'a été constaté dans l'œil de B...

Chez notre malade le corps étranger siège dans l'humeur vitrée, l'examen ne laisse aucun doute à cet égard; mais il n'est pas possible de préciser le moment de son apparition. Une circonstance toute fortuite a fait reconnaître l'existence de cette lésion, qui actuellement paraît stationnaire. Les commémoratifs ne donnent à son sujet aucune indication. De toute évidence, ce n'est pas un corps étranger venu de l'extérieur; seraient-ce les restes d'une hémorrhagie? Après résorption partielle, le sang épanché aurait laissé une fausse membrane. On s'explique alors difficilement l'immobilité, la couleur, la forme et l'épaisseur de cette masse, qui donne à l'observateur la sensation d'un corps arrondi, d'une vésicule, et non celle d'un voile, d'une membrane floconneuse. La marche insidieuse de la maladie, l'absence de cause à sa production, combattent encore cette hypothèse. Les lésions profondes même ne plaident pas en sa faveur. Elles s'expliquent tout aussi bien si l'on admet que B... est porteur d'un cysticerque du corps vitré, cysticerque qui doit être mort, à en juger par son immobilité. Avalé avec la chair de porc fumée, dont on fait une grande consommation en Bretagne, l'ovule de ce cysticerque a été transporté dans l'œil par la circulation. Les désordres des membranes profondes ont été la conséquence de son passage. Enfin, parvenu dans le corps vitré, le cysticerque s'y est développé sans y produire autre chose qu'un léger voile, trace peut-être du chemin qu'il y a suivi.

Que faire? Faut-il tenter l'extraction du cysticerque? De Græfe n'hésite pas à intervenir; dans treize cas de cysticerques intra-oculaires, cette conduite lui aurait procuré dix succès; deux fois l'essai d'extraction ne réussit pas, mais elle n'eut pas de conséquences regrettables; une fois seulement il dut en venir à l'énucléation. Hirschberg est du même avis. Pour ces auteurs, si l'affection est abandonnée à elle-même, l'œil est voué à une perte certaine, soit par panophthalmie, soit par désorganisation progressive. L'on est même en droit de craindre des accidents sympathiques dans l'œil sain; aucun exemple toutefois n'en a été signalé. Le pronostic n'est peut-être pas aussi sévère. Williams (*The Cincinnati Lancet and Observer*, n° 5, mai 1858) signale un cas de cysticerque du corps vitré qui, au bout de sept ans, n'avait pas encore entraîné d'accidents inflammatoires. Desmarres père (*Gazette des hôpitaux*, 20 mars 1875) et Rocafult (*Cronica ottalmologica*, 1874) se montrent partisans de l'expectation. Sans doute, si des phénomènes inflammatoires violents se sont déclarés, l'énucléation s'impose; tel était le cas de Vogler (*Archiv. f. Augenheilkunde*, IX-2).

Mais, en l'absence de tout accident, dans le but de prévenir des désordres qui peut-être ne se produiront pas, est-on autorisé à tenter une opération? Le professeur Chauvel ne le croit pas. Chez son malade, la vision est perdue du fait des lésions profondes, plus encore que par suite de la présence du cysticerque; l'opération, à ce point de vue, n'a aucune utilité. L'intégrité du globe de l'œil est parfaite; l'intervention risque de défigurer le patient et de lui laisser un moignon, qui sera une menace d'accidents sympathiques presque certains. Sans doute le succès opératoire est possible, mais il est bien aléatoire. Sichel fils (*Gazette hebdomadaire*, n° 2, 1872) a publié un cas d'extraction suivi de phthisie oculaire. Nagel (*Archiv. f. Ophth.*, Bd. V-1) signale un cas de choroïdite chronique consécutive; De Græfe (*Archiv. f. Ophth.*, Bd. III-2) un cas de cataracte traumati-

que. Busch (*Archiv. f. Ophth.*, IV-2) vit le cysticerque se déchirer pendant les manœuvres d'extraction, et les débris s'enkystèrent dans le corps vitré. Enfin deux succès sont relatés: l'un appartient à De Græfe (*Archiv. f. Ophth.*, IV-2), le malade avec le verre + 2 1/4 pouvait lire le n° 17 de l'échelle de Jæger ; l'autre succès est rapporté par Hirschberg (*Société de médecine de Berlin*, 8 juillet 1872), le patient pouvait compter les doigts à 4 ou 5 pieds et lire le n° 18 de l'échelle de Jæger avec le verre + 2. En résumé les dix cas de cysticerques du corps vitré, ci-dessus relatés, se répartissent ainsi au point de vue de l'intervention :

Expectation	3 cas.
Énucléation de l'œil. . . .	1 —
Extraction du cysticerque	2 cas heureux.
	4 insuccès.

Chez notre malade, l'expectation nous paraît donc indiquée en ce moment ; si plus tard des accidents inflammatoires éclatent, il sera toujours temps d'intervenir activement.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

La chlorose arthritique (1).

II

Ces signes divers ne sont tous ni caractéristiques ni spéciaux ; ils permettent cependant de reconnaître la maladie quand on a pu en suivre la généalogie dans la famille de la malade ; mais ce qui est non moins remarquable et donne à la chlorose arthritique un cachet en quelque sorte plus personnel, c'est son évolution au milieu des phénomènes d'une certaine forme d'arthritis.

La chlorose arthritique n'est pas un état purement accidentel qu'une imprudence ou une erreur d'hygiène ou une révolution dans l'organisme a fait naître ; ces causes, je vous l'ai dit et je vous le répète, quand elles existent, sont simplement adjuvantes ; la chlorose arthritique est un état constitutionnel ; elle fait en quelque sorte partie du tempérament de la malade, et, si un traitement judicieux et opiniâtre peut quelquefois la modifier, il ne la guérit pas. Sa persistance, sa durée indéfinie, l'étroitesse des limites dans lesquelles se meuvent les influences favorables et défavorables qui agissent sur elle, la nature fugitive de leur action, voilà déjà un caractère important de la chlorose arthritique, mais que d'autres chloroses peuvent parfois présenter.

Les états morbides qui coïncident et surtout qui alternent avec elle éclairent d'une bien autre lumière son origine diathésique.

La chlorose arthritique appartient à l'arthritis dégénérée, à l'arthritis qui s'est développée sous ses formes franches chez des ascendants plus ou moins robustes, et qui se cache sous des formes larvées chez les descendants plus ou moins débiles. Ces chlorotiques sont sujettes à des migraines répétées, à des névralgies opiniâtres, à des hémorrhoïdes sèches ou fluentes, à des angines tonsillaires ou glanduleuses, à des dyspepsies gastriques et surtout intestinales plus ou moins rebelles, à des éruptions cutanées qui reviennent surtout au printemps et à l'automne, des eczémas et des lichens, à des vésanies, à de petits rhumatismes noueux qui leur déforment quelques articulations phalangiennes, à des rhumatismes mobiles, vagues et en quelque sorte honteux, parfois à de la gravelle urique. Quand la chlorose a de tels compagnons, et surtout quand une de ces manifestations arthritiques coïncide avec de l'amélioration dans la chlorose, n'hésitez plus dans votre diagnostic : cette chlorose est arthritique.

Ce n'est pas cependant que ce diagnostic se fasse toujours sans difficultés. Il y a des affections graves auxquelles l'arthritis expose et qui peuvent produire une fausse chlorose. Ce sont des artérites avec ou sans insuffisance aortique. Dans ce cas, une anémie d'origine cardiaco-artérielle peut apparaître qui simule la chlorose et par l'aspect de la physionomie et par les souffles vasculaires que l'on observe. Il n'est pas indifférent de confondre cette anémie que l'arthritis produit indirectement, par l'intermédiaire d'une affection cardiaco-artérielle, avec la chlorose que l'arthritis produit directement. Une première circonstance éveillera votre attention : c'est l'âge des malades ; l'arthritis ne produit l'anémie cardiaco-artérielle qu'à un âge relativement avancé, quarante-cinq ans au moins. Une seconde circonstance fixera votre diagnostic : c'est l'auscultation du cœur, qui vous permettra de reconnaître au deuxième temps et à la base le bruit caractéristique de l'insuffisance aortique. Sans ce dernier signe, j'avoue que je m'y serais complètement mépris chez une dame de cinquante-quatre ans que l'on croyait atteinte d'anémie aiguë ou de chlorose, et qui avait en réalité cette artérite goutteuse avec insuffisance aortique.

La chlorose arthritique peut encore présenter une forme grave, cachectique, qui se laisse englober dans les anémies pernicieuses progressives, et qu'on peut confondre avec toutes les cachexies. Elle a, en effet, plus encore les caractères d'une cachexie que ceux de la chlorose. Deux éléments principaux la constituent : d'un côté la chlorose avec pâleur du visage, altération quantitative et qualitative des globules sanguins ; d'autre part, la rupture d'équilibre du mouvement nutritif par l'exagération du mouvement de dénutrition aboutissant à la maigreur squelettique du corps. Il y a donc aglobulie d'une part, amaigrissement de l'autre, et cependant la diminution des forces n'est pas proportionnelle à la déperdition des éléments liquides et solides de l'organisme. C'est ce qui me paraît constituer le caractère spécial de l'affection, dont on reconnaîtra l'origine goutteuse d'après les antécédents de la malade, et que l'on distinguera des cachexies par les résultats négatifs de l'examen des divers organes et du liquide urinaire.

Telle est, cliniquement caractérisée et individualisée, la chlorose arthritique. Mais comment se fait-il que l'arthritis produise une chlorose ? Il y aurait là un grave problème de pathogénie que je ne puis traiter ici, que j'ose à peine aborder et pour lequel je ne puis cependant me dispenser de vous indiquer la solution que j'entrevois.

La chlorose ordinaire est, je me suis appliqué l'année dernière à vous le démontrer, une névropathie. Eh bien ! la chlorose arthritique n'est pas autre chose.

L'arthritis est surtout une maladie du système nerveux. Je vous ai donné les raisons qu'on peut invoquer en faveur de l'origine spinale du rhumatisme articulaire. Mais le système nerveux ne tient pas uniquement sous sa dépendance les fonctions de relation ; il exerce aussi son influence sur les fonctions de la vie végétative. Il trouble l'échange entre le sang et les tissus dans l'uricémie, le diabète et l'obésité ; il trouble la formation du sang dans la chlorose. L'uricémie, l'accumulation d'acide urique dans le sang et ensuite dans les urines, est donc un des effets, un des caractères les plus précieux de la diathèse urique ou arthritis, mais non la cause des autres manifestations directes de la diathèse, avec lesquelles elle peut alterner en sa qualité de simple trouble fonctionnel. Il y a deux sortes d'uricémies : l'une est par excès d'indigestion et l'autre par défaut d'assimilation. De même, il y a deux sortes de chloroses : l'une est par défaut d'ingestion alimentaire, et l'autre par défaut de transformation des éléments du sang.

L'exercice physique, tel est le seul antidote de la diathèse arthritique, parce que l'exercice physique appelle sur les actes physiologiques de la vie végétative l'activité du système nerveux.

L'exercice physique, tel est, en effet, le grand moyen de traitement de la chlorose arthritique, contre laquelle le fer échoue, le régime azoté ne donne des résultats ni bons ni mauvais : ni bons, comme on pourrait s'y attendre pour le traitement d'une anémie ; ni mauvais, comme on pouvait le redouter pour une affection arthritique. Le changement d'air donne ici des succès rapides, mais momentanés ; l'hydrothérapie, qui exige l'exercice et fouette

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 septembre 1881.

le système nerveux, est de beaucoup le meilleur remède, ou du moins celui qui, sans conteste, m'a le moins mal réussi.

MÉDECINE DES CHEMINS DE FER

Simulation des douleurs d'origine traumatique. Diagnostic par les courants induits et interrompus (1).

Par M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille).

II

OBS. II. — Un second fait est celui du mécanicien L... de la compagnie du Nord, tombé à Fives du haut de la partie la plus élevée du tender sur le sol, le 20 décembre 1876.

En février 1881, cet homme présentait encore dans la région dorso-lombaire, qui est restée douloureuse, et comme affaiblie, *les mêmes caractères* que le chauffeur G. E... Il importe de noter toutefois que, sur ce sujet, il suffit d'une fatigue, même de minime importance, pour que la sensibilité de toute la région devienne exagérée. Et dans cet état les deux côtés de la région lombaire deviennent également sensibles au moindre courant. D'un côté comme de l'autre, le soubresaut limité d'un muscle est très-difficile à obtenir, parce qu'une minime quantité d'électricité suffit pour provoquer la contraction en masse de toute la région.

Il n'y a donc rien à déterminer chez ce sujet, lorsque son repos n'a pas été suffisant.

OBS. III. — La troisième observation est celle du chauffeur Séraph. S..., de la compagnie du Nord, blessé, le 14 mars 1880, à Hazebrouck, à peu près de la même manière que le mécanicien L...

Un an plus tard, cet homme éprouve encore quelques douleurs et surtout une lassitude très-pénible lorsqu'il a fait un travail prolongé ou violent. Le siège de cette douleur est circonscrit au flanc et à la partie plus postérieure du côté gauche, jusque vers le bord antérieur du carré des lombes.

La réalité de cette douleur a pu être établie : toujours le chauffeur Séraph. S... a mieux perçu la sensation de passage du courant dans le côté gauche que dans la partie symétrique du côté droit.

Plusieurs fois, il a été possible d'obtenir le soubresaut limité du corps charnu du muscle, lorsque les électrodes étaient appliqués du côté gauche, tandis que la même application restait sans résultat sur le côté droit.

OBS. IV. — Le chauffeur M. C..., de la Compagnie des tramways à vapeur, est tombé, le 5 novembre 1880, dans l'entre-voie, au moment précis où deux trains y suivaient les deux directions opposées.

Cet homme affirme, le 27 mars 1881, qu'il souffre dans diverses parties du tronc, surtout après un travail manuel un peu notable. On y voit en effet les cicatrices de quelques excoriations.

L'exploration comparative du côté droit et du côté gauche permet de constater, tant par le pincement que par la piqûre, une plus grande sensibilité de la peau du côté droit du thorax et de l'abdomen, plus spécialement dans la région du flanc et dans celle de l'hypochondre.

L'exploration à l'aide de l'appareil Morin-Chardin a indiqué de la manière la plus positive que la sensibilité de ces parties était véritablement exagérée. Le passage d'un même courant électrique a toujours été mieux perçu dans toutes ces régions que dans les parties symétriques de l'autre côté. Toutefois il n'a jamais été possible d'obtenir le soubresaut limité du corps charnu avec un courant plus faible du côté douloureux que du côté relativement bon.

Le 9 avril suivant, l'exploration électrique a été pratiquée à l'aide d'un appareil pourvu, non pas d'une pile, mais bien d'un aimant, auquel on imprime un mouvement de rotation. Cette exploration a été douloureuse, et n'a donné aucun résultat : le patient souffrait; mais il ne pouvait apprécier ni le plus ni le moins de douleur que causait le passage de ce courant que l'on ne peut pas mesurer sérieusement.

Il est nécessaire d'ajouter qu'en avril cet homme suivait un traitement approprié, tandis qu'en mars il était très-fatigué et sans soins.

OBS. V. — M. M. D..., trente-sept ans, tombe de voiture le 9 août 1880, sur la route de Chamounix à Saint-Gervais. On constate une plaie du côté droit du front, faisant un lambeau large de 7 à 8 centimètres et recouvrant une fracture probable du frontal, et diverses autres plaies et contusions.

Neuf mois plus tard, il en résulte encore diverses douleurs, parmi lesquelles la plus tenace est localisée vers le milieu du pariétal droit.

L'exploration électrique par la méthode indiquée permet de reconnaître que cette partie est notablement plus sensible que la partie symétrique de l'autre côté.

OBS. VI. — Le chauffeur H. C..., trente-deux ans, est blessé le 20 janvier 1881 au coup de tampon de Chocques.

Il est retrouvé sans connaissance, étendu sur le dos dans le tender, et recouvert par des pains de sucre, machines à coudre, colis divers et débris de wagons provenant du train en stationnement.

Six mois plus tard, il éprouve diverses douleurs, tantôt dans la région lombaire, tantôt dans la tête.

L'exploration électrique permet de reconnaître, avec la plus grande netteté et quel que soit le courant employé, une sensibilité notablement plus marquée au niveau de la troisième lombaire que du côté droit et du côté gauche, au-dessus et au-dessous de ce même point. Bien que l'exagération de la sensibilité soit tout aussi certaine au niveau des crêtes iliaques, il n'a pas été possible de distinguer de quel côté la sensibilité est plus exagérée. Il n'y a donc pas lieu de rechercher le signe soubresaut limité du muscle.

Sur le crâne, où de larges et nombreuses plaies se trouvent actuellement cicatrisées, il existe un point douloureux au niveau du pariétal droit. Là aussi, l'exploration électrique permet de reconnaître une très-notable exagération de la sensibilité.

Toutefois on n'y peut parvenir que difficilement : d'abord, parce que les cheveux doivent être assez complètement écartés, pour assurer les contacts sans toutefois exercer aucune pression; ensuite parce que le point, dont la sensibilité électrique est augmentée, se trouve être singulièrement étroit. Ces difficultés ne sont cependant pas telles qu'on ne puisse acquérir la certitude et surtout établir jusqu'à l'évidence cette très-notable différence de sensibilité à l'électricité (1).

OBS. VII. — Le visiteur-ambulant D. H. D..., trente-huit ans, est renversé et contusionné fortement à Rœux, le 26 mai 1880, par la chute d'une pesante pièce de fer d'une grue roulante.

En août 1881, il éprouve encore des douleurs dans toute la région dorso-lombaire, et surtout une faiblesse qui devient rapidement de la fatigue et de la douleur après un travail un peu pénible.

L'exploration électrique permet d'apprécier que la sensibilité au courant du gros fil est plus marquée à droite qu'à gauche, tandis que la différence est en sens contraire, c'est-à-dire plus marquée à gauche, lorsqu'il s'agit du courant du fil fin ou de la somme des courants. En aucun cas, il n'a été possible de trouver une différence appréciable, entre les courants nécessaires pour déterminer le soubresaut limité d'un groupe musculaire sur l'un et sur l'autre côté.

OBS. VIII. — Le chauffeur D. L..., quarante-six ans, est blessé, le 2 janvier 1881, au coup de tampon de Saint-Amand. Il se plaint d'une douleur à l'épaule droite, sans que jamais il ait été possible

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 septembre 1881.

(1) On peut remarquer que, pour une expertise, on supprimerait aisément la première difficulté en rasant la tête du patient.

d'observer, ni déplacement, ni mobilité anomale, ni crépitation, ni ecchymose, ni *aucun autre signe physique de traumatisme*. On n'a observé depuis lors ni atrophie, ni refroidissement, ni surcharge graisseuse, ni noyau induré, ni aucun trouble trophique.

Et cependant, tandis que tout le reste du personnel des deux trains (y compris son propre mécanicien, âgé de près de cinquante ans), a continué ou repris très-rapidement le service, et cela sans aucun inconvénient jusqu'à ce jour (15 août), cet homme affirme la persistance de sa douleur. Il se plaint en outre de l'impuissance de son membre supérieur droit.

M. le docteur Ch. Périer, qui a bien voulu examiner ce chauffeur le 13 juin, a constaté la même absence des signes physiques d'un traumatisme. Il a pu en outre, « moitié par persuasion, moitié par distraction, arriver à se convaincre que tous les mouvements de l'articulation sont libres. Il n'y a pas de raideur articulaire, » affirme-t-il.

Plusieurs autres chirurgiens sont arrivés à ce même résultat.

Il y avait donc quelque intérêt à pratiquer dans ce cas l'exploration électrique décrite plus haut.

Cette exploration faite avec soin, et en plusieurs séances, tant à l'aide du gros fil qu'à l'aide du fil fin ou de la somme des courants, a toujours donné des résultats identiques. La sensibilité est la même des deux côtés, et on n'obtient pas plus aisément d'un côté que de l'autre le soubresaut limité d'un groupe musculaire.

Les résultats qui viennent d'être exposés ne sont pas encore assez nombreux, surtout pour une méthode qui présente le grave inconvénient d'être d'une réelle délicatesse et d'exiger de la part du médecin une certaine habitude de l'électrothérapie ; ces résultats ne sont pas suffisants pour asseoir des conclusions définitives.

Toutefois le médecin-expert dispose de si peu de ressources pour *apprécier l'élément douleur* consécutif à un traumatisme ancien, qu'il pourra être opportun de faire connaître les conclusions suivantes, que nous proposons avec les réserves que méritent des conclusions provisoires :

Pour reconnaître si une douleur qui est attribuée à un traumatisme ancien est simulée, il y a lieu de faire l'exploration comparative de la partie indiquée et de la partie symétrique, en se servant d'un courant induit et interrompu d'une grande régularité.

On procède par tâtonnements, et on évite les courants d'une certaine intensité, qui troublent complètement toute l'exploration.

1° Il est possible de trouver un courant de telle intensité que la sensation de passage de ce courant n'est pas perçue par le patient, lorsque les électrodes sont appliqués sur le côté le moins douloureux, tandis que cette sensation est parfaitement perçue lorsque l'application est faite du côté opposé.

2° On arrive souvent aussi à trouver un courant de telle intensité, que le passage de ce courant, continué pendant un temps suffisant, détermine une contraction musculaire que l'observateur apprécie aisément par le soubresaut limité d'un corps charnu, lorsque les électrodes sont appliqués sur le côté le plus sensible et le plus douloureux ; rien d'analogue lorsque les électrodes sont appliqués de l'autre côté.

3° Il importe de noter que ce résultat ne peut être obtenu si le courant employé est trop intense, si la pression exercée par les électrodes est exagérée, si le sujet est trop fatigué, si les téguments ne sont pas parfaitement découverts, et encore si l'exploration n'est pas assez multipliée pour atteindre toute la partie, (fût-elle très-étroite) où la douleur peut être localisée.

4° Enfin, pour une recherche aussi délicate, il est indispensable d'employer un appareil dans lequel l'induction est produite par le courant fourni par une pile. Tout appareil dans lequel l'induction est obtenue par la rotation d'un aimant est un appareil insuffisant.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Injections utéro-vaginales après l'accouchement. — Les lochies par leur rapide putréfaction ayant la plus grande part dans la production de la fièvre, il est d'une importance majeure de les extraire au dehors et d'effectuer des lavages antiseptiques. Mais les injections utéro-vaginales ne seront, dans ce cas, réellement utiles et inoffensives, dit M. le docteur Hamon du Fresnay, qu'à la condition de donner au jet une faible impulsion, pour éviter tout choc résultant de la violente projection du liquide contre la muqueuse cervicale et utérine. Il suffit pour cela de n'ouvrir qu'à moitié le robinet de l'irrigateur dont on se servira.

M. Hamon du Fresnay a recours pour ces injections à la formule suivante :

Acide salicylique.	2	grammes.
Alcool de verveine.	10	—
Eau de Cologne ambrée.	50	—
Eau distillée	200	—

Une cuillerée à bouche par litre d'eau pour une injection à faible jet à répéter trois ou quatre fois par jour.

A la suite de ces injections à la fois antiseptiques et aromatiques, les malades éprouvent un véritable sentiment de bien-être. Elles ne sont plus incommodées par cette odeur lochiale parfois si nauséabonde. Ces injections utéro-vaginales préviennent la production de la fièvre de lait ou plutôt de la fièvre *post partum*. (*Abeille méd.*)

L'épilepsie et le triphosphate d'argent. — Le docteur Allan Lane Hamilton recommande le phosphate tribasique d'argent de préférence au nitrate d'argent dans le traitement des maladies des centres nerveux. Il l'a surtout trouvé efficace : contre la myélite plus ou moins aiguë, avec troubles fonctionnels de la vessie et du rectum ; contre la sclérose des colonnes postérieures de la moelle et contre l'épilepsie invétérée.

Il administre ce sel à la dose quotidienne de 2 à 3 centigrammes, sans qu'il ait observé ni coloration en noir de la peau ni troubles digestifs. Son meilleur excipient est la glycérine.

Pour préparer le triphosphate d'argent, on précipite une solution de nitrate d'argent avec une solution d'orthophosphate trisodique ; on lave à l'eau distillée, puis on sèche à l'abri de la lumière. (*Paris méd.*)

Névralgies rebelles et sulfate de cuivre ammoniacal. — Le sulfate de cuivre ammoniacal en potion n'étant pris par les malades qu'avec la plus grande répugnance, en raison de son goût fort désagréable, et, de plus, offrant aussi l'inconvénient fort désagréable de produire une sorte d'anesthésie du sens du goût qui rend parfois l'alimentation difficile, M. le docteur Féréol prescrit actuellement ce médicament sous forme de poudre, mélangé dans du bismuth, et enfermé dans un cachet Limousin. La formule est ainsi composée pour un cachet :

Sulfate de cuivre ammoniacal. .	2	centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth	25	—

Prendre cinq cachets semblables par jour, deux au cours de chacun des principaux repas, dans un peu d'eau, le cinquième, également dans un peu d'eau, entre les deux repas, et avaler ensuite une petite tasse de lait.

La dose peut être augmentée progressivement jusqu'à dix paquets par jour, en ayant soin de les faire prendre toujours au moment des repas ou avec un peu de lait pour éviter l'action directe de la

poudre sur les parois de l'estomac. Dans ces conditions, le sulfate de cuivre ammoniacal est généralement bien toléré. M. le docteur Féréol a pu en continuer ainsi l'usage pendant trois semaines sans aucun inconvénient. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Lavement résolutif dans l'adénite péri-utérine. — Parmi les moyens employés par M. le professeur Courty, contre l'adénite des ganglions péri-utérins, le savant médecin de Montpellier préconise surtout le lavement résolutif suivant ; il fait une pommade composée de :

Cérat de Galien	15 grammes.
Onguent napolitain	15 —
Laudanum de Sydenham	10 gouttes.
Extrait de belladone	de 1 à 5 cent.

On pousse cette pommade en haut du rectum, derrière l'utérus, à l'aide d'une petite seringue à très-large canule. On donne un ou deux lavements par semaine ; le lendemain de leur administration la malade doit éviter d'aller à la garde-robe.

L'efficacité de ce moyen, dit M. le professeur Courty, est considérable. Il peut s'appliquer à diverses inflammations du bassin et nécessite les mêmes précautions pour les gencives que tous les traitements mercuriels. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 7 septembre 1881, des concours s'ouvriront, le 11 mars 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir :

1° Pour un emploi de suppléant d'anatomie ;

2° Pour un emploi de suppléant de thérapeutique et de matière médicale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Redier (Esprit-Jean-Louis) est nommé, pour trois ans, chef de climique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Guibal, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Mossé, agrégé, est nommé, pour une période de quatre ans, à partir du 1er novembre 1881, préparateur du laboratoire de clinique médicale en remplacement de M. Polinario, dont la délégation sera expirée.

M. Gerbaud (Charles-Alexandre), est nommé chef de clinique obstétricale pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1881.

M. Zéphiroff (Pierre) est nommé, pour une période de deux ans, aide d'histologie et d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Doze, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Boutroux, docteur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chimie physiologique pendant l'année scolaire 1881-82.

— Des travaux importants vont être très-prochainement entrepris à l'hôpital Saint-Louis : 1° pour le rattachement du service des bains externes à celui des bains internes, afin que le public puisse dorénavant profiter tant des installations hydrothérapiques de ce dernier service que des bains de vapeur et des fumigations ; 2° pour la construction de deux nouvelles salles, l'une consacrée à la consultation externe, l'autre à l'installation d'un musée d'anatomie pathologique.

L'hôpital Saint-Antoine est également l'objet de travaux considérables ayant pour but l'agrandissement de cet établissement hospitalier, ainsi que la reconstruction de nouveaux bains comprenant aussi un service hydrothérapique, une salle de fumigations et des bains de vapeur.

— Cinq concours s'ouvriront le lundi 27 février 1882, à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, pour cinq places de chef de clinique, deux pour la clinique médicale, deux pour la clinique chirurgicale et une pour la clinique d'accouchement. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École un mois avant l'ouverture desdits concours.

— M. le docteur Chassagneul, médecin de la marine en retraite, a demandé à retourner au Sénégal où il a déjà séjourné, pour y soigner gratuitement la population française et indigène si cruellement éprouvée par la fièvre jaune. Le dévouement de M. Chassagneul est d'autant plus digne d'éloge que cet honorable confrère est âgé de soixante-douze ans.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11691.

N° 106. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1881. — 54e ANNÉE. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1881. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'importante lecture faite dans la précédente séance par M. Bouley a provoqué hier deux dissertations sur des points de pathologie générale qui s'y rattachent plus ou moins directement. La première, de M. Hervieux, est relative aux différences individuelles de réceptivité dans les maladies virulentes, ce fait d'observation si vrai, devenu vulgaire par la manière si juste et si concise à la fois dont il a été exprimé dans ce vers sans cesse cité des *Animaux malades de la peste* :

> Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

La seconde, de M. Bouillaud, a eu pour objet de rappeler ce qu'il avait déjà dit à l'occasion des communications de M. Pasteur, que les nosologistes n'avaient pas attendu la découverte des microbes pour faire l'histoire de la putridité et de la septicité dans les maladies..... Mais la question n'en restera pas là. MM. Leblanc et Jules Guérin sont inscrits pour la prochaine séance, et il y a toute apparence que M. Bouley aura à répondre. Voilà de quoi défrayer plusieurs séances.

M. le docteur Smester a communiqué à l'Académie les résultats de quelques expériences dont nous avons été déjà témoin dans le laboratoire de clinique de M. Lasègue, tendant à démontrer que la respiration se fait par le nez seul ou par la bouche seule, mais jamais par l'un et l'autre à la fois. On trouvera dans le compte-rendu un résumé de son travail.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Péritonite et typhlite.

I

Au n° 23 de la salle Sainte-Anne, est couchée une femme de vingt-quatre ans, cuisinière, d'une forte constitution, jouissant jusque dans ces derniers temps d'une bonne santé et ne présentant aucun antécédent héréditaire.

Cette femme est entrée, il y a seize jours, avec un retard de quinze jours dans ses règles, fait exceptionnel chez elle qui a toujours été parfaitement réglée. Depuis quarante-huit heures, elle était fort souffrante ; elle se plaignait d'une douleur vive dans le ventre, survenue, disait-elle, assez subitement, après avoir mangé un potage, qu'elle avait du reste vomi peu de temps après.

Le lendemain elle avait de la fièvre, elle ne pouvait se lever, les vomissements continuaient, les douleurs abdominales augmentaient, si bien que dans la nuit elle faisait appeler un médecin. Celui-ci diagnostiqua une péritonite, ainsi qu'une grossesse de six semaines allant se terminer probablement par une fausse couche. Il ordonna une potion calmante. Le matin, l'état persistant, elle s'est fait amener à l'hôpital.

Lorsque le lendemain, à l'heure de la visite, je l'examinai, la figure était anxieuse, les yeux enfoncés, les traits tirés, le ventre tuméfié, ballonné, douloureux, complètement immobile dans la respiration qui se faisait seulement aux dépens du thorax. La douleur du ventre siégeait surtout dans la fosse iliaque droite remontant vers l'hypochondre droit ; les vomissements étaient fréquents, composés de matières verdâtres, porracées ; le ventre était tellement sensible à la pression que celle-ci lui arrachait des cris ; il était, de plus, tuméfié au niveau de la région douloureuse, tuméfaction rénitente, sans dureté et remontant jusque sous l'organe hépatique.

La malade n'avait pas eu de selles depuis trois jours ; c'était du reste son état habituel, n'allant ordinairement à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours. Enfin, la langue était blanche et humide.

Le pouls était fréquent, 104 pulsations, et, fait particulier, la température, loin d'être augmentée proportionnellement à l'état fébrile était descendue au-dessous de la normale, à 36°,8. Ce désaccord entre le pouls et la température est un signe important, caractéristique de l'affection qui nous occupe. Les différents organes, cœur, poumons, etc., ne présentaient rien de particulier ; les urines seulement contenaient une certaine quantité d'indican.

Les différents symptômes que nous venions d'observer : sensibilité extrême du ventre, douleur augmentant par la pression, tuméfaction, ballonnement, absence de respiration abdominale, vomissements porracés, fièvre, pouls fréquent, petit, serré, contrastant avec un abaissement de la température, nous indiquaient une péritonite généralisée.

Mais la péritonite spontanée est rare, moins cependant chez la femme que chez l'homme, chez la femme, où elle

est presque toujours le résultat d'un refroidissement à l'époque des règles qui se trouvent alors arrêtées. Ici ce n'était point le cas, puisque la femme n'avait pas eu ses règles depuis six semaines.

De plus, la douleur avait débuté du côté droit, et la tuméfaction du ventre, qui siégeait dans la région du cæcum et du côlon ascendant, coïncidait avec une constipation de trois jours. De là, j'ai conclu à une péritonite par propagation, consécutive à une inflammation du cæcum et de la partie voisine du côlon ascendant, c'est-à-dire à une typhlite primitive.

En pareil cas, le pronostic était incertain; une typhlite n'est pas une maladie très-grave, elle peut guérir; mais la circonstance aggravante était ici l'abaissement de la température indiquant une complication sérieuse. Cependant, comme le pouls n'était pas encore très-élevé (104 seulement), que la dépression des forces n'était pas très-prononcée, le pronostic, tout en étant d'une certaine gravité, n'était pas celui d'un danger imminent.

Quant au traitement, il devait avoir pour but de guérir la péritonite et la cause qui lui avait donné naissance. Or, d'après la constipation reconnue, la première indication était d'évacuer l'intestin; 30 grammes d'huile de ricin immédiatement ordonnés amenèrent deux ou trois selles et produisirent un peu de soulagement. Le soir, cinq sangsues furent appliquées sur la région cæcale. Le lendemain, même état général et local, sauf les vomissements un peu moins fréquents et moins verdâtres; nouvelle application de quinze sangsues réparties sur tout le ventre, la région cæcale exceptée; léger soulagement.

Le troisième jour, les phénomènes sont restés à peu près les mêmes, si ce n'est que la température s'est élevée à 37°,2; nouvelle application de quinze sangsues, cette fois sur le côté droit du ventre au point où les premières avaient été posées. Néanmoins l'amélioration est peu considérable, l'état reste presque stationnaire, le pouls est à 104 et la température à 37°,5.

Le quatrième jour, nouvelles sangsues, et, de plus, frictions matin et soir avec 4 grammes d'onguent napolitain. Les frictions sont continuées pendant trois jours.

Enfin, le huitième jour, une amélioration véritable se produit; le ventre est moins douloureux, le pouls est à 92, la température à 37°,5; il n'y a plus de vomissements.

Cette amélioration a persisté jusqu'aujourd'hui sans avoir fait cependant aucun progrès depuis trois jours. La face n'est plus grippée ni anxieuse, elle est seulement pâle et anémiée par les sangsues; la malade dort mieux, tous vomissements ont cessé, elle a pu manger un potage et même un œuf; le pouls est à 80, la température est à 37°,5 ou 37°,6.

Le ventre est encore un peu douloureux, mais il est affaissé comme à l'état normal; cependant la pression est toujours douloureuse le long du cæcum et du côlon ascendant, et à la palpation on sent à ce niveau comme une sorte d'empâtement, de tuméfaction persistante, que dénote aussi à la percussion une certaine matité.

Si donc la péritonite paraît aujourd'hui guérie, la typhlite ne l'est certainement pas encore. Se dissipera-t-elle spontanément, ou bien se formera-t-il quelque phlegmon dans le tissu cellulaire voisin, comme cela arrive assez fréquemment? Je ne saurais le dire encore aujourd'hui.

J'espère cependant, en raison de la fièvre très-modérée qui existe actuellement, que, si phlegmon il y a, il se terminera par résolution dans l'espace d'une quinzaine de jours, sans qu'il se forme d'abcès.

J'ai dit tout à l'heure que l'on avait soupçonné un commencement de grossesse; le fait n'a pu être vérifié, mais, trois jours après l'entrée de cette femme à l'hôpital, elle a eu une véritable métrorrhagie, soit par le retour des règles, soit par le fait d'une fausse couche, et elle a rendu plusieurs caillots. Cette métrorrhagie a duré sept jours; aussi ne serait-il pas étonnant qu'elle fût le résultat d'une fausse couche due à la maladie et aux applications de sangsues.

Quoi qu'il en soit, l'amélioration survenue dans l'état péritonéal a coïncidé avec le flux sanguin, et, comme l'a dit avec juste raison Andral, rien n'égale, dans le traitement de la péritonite, les antiphlogistiques, et l'on ne doit pas craindre d'appliquer sangsues sur sangsues, sans être arrêté par la présence des premières piqûres.

Je vous ai dit aussi que, le premier jour, les urines contenaient une certaine quantité d'indican; trois jours plus tard, elles renfermaient une grande quantité d'albumine, ainsi que des cylindres en très-grand nombre provenant de la desquamation des canaux du rein. Ces cylindres étaient le signe d'une néphrite parenchymateuse, complication assez rare, mais déjà signalée, et due, dans le cas présent, à la propagation des phénomènes inflammatoires du cæcum au rein droit, par l'intermédiaire du tissu cellulaire.

Il y a quatre ou cinq jours, lorsque les accidents de péritonite ont eu disparu, j'ai fait appliquer aussi un vésicatoire volant pour favoriser la résolution; il m'a donné de très-bons résultats, et c'est à dater de ce moment que l'amélioration s'est surtout prononcée.

Ce qui nous a bien prouvé que la typhlite était la maladie primitive, c'est que la température de la fosse iliaque droite était de 2 degrés plus élevée que celle de la fosse iliaque du côté opposé. L'inflammation locale a donc bien été le point de départ de la péritonite, et celle-ci n'a été que la maladie secondaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Ostéo-périostite phlegmoneuse de l'humérus.

Vous avez vu en passant dans la petite salle Saint-Louis un jeune garçon que je dois opérer aujourd'hui. Son histoire pathologique est assez exceptionnelle, elle n'est pas d'une pratique usuelle.

Il habite Beauvais; ses parents sont bien portants, et lui-même, n'était sa lésion du bras, jouit d'une bonne santé; il ne présente aucun signe de scrofule, pas de glande apparente, nulle trace d'éruption scrofuleuse aux lieux d'élection. Il n'avait donc jamais été malade lorsque, il y a quelques mois, il fut pris tout à coup de douleurs assez vives au milieu du bras droit, puis de gonflement, et bientôt, c'est-à-dire dans les huit jours qui suivirent, de tous les signes d'une inflammation locale au même niveau. Un médecin de la ville pratiqua une incision et donna issue à un verre au moins de pus. Les douleurs se calmèrent très-rapidement, et en quelques jours la plaie se cicatrisa. Peu de temps après, un second abcès se forma au même niveau à la partie interne du bras; ouvert également, il donna très-peu de pus. Enfin un troisième abcès se développa encore à la partie postérieure du bras; il fournit aussi peu de pus.

La douleur, qui avait cessé dès l'ouverture de la première collection purulente, ne reparut pas, et la période inflammatoire dura seulement, en tout, huit ou dix jours environ.

Néanmoins la tuméfaction du bras persista, et sembla même augmenter, si bien qu'aujourd'hui la diaphyse humérale est énorme, tout en restant indolente. Quant à l'état général, il s'est maintenu dans de parfaites conditions.

Au premier abord, le diagnostic de la lésion dont cet enfant est atteint est facile; mais il ne suffit pas de prononcer les mots de « hyperostose de la diaphyse humérale », il y a quelque chose de plus complexe à déterminer.

En effet, la tuméfaction occupe presque toute l'étendue du bras, c'est-à-dire de l'humérus; elle s'étend depuis la tête de l'os jusqu'à trois travers de doigt environ de son extrémité inférieure. L'articulation scapulo-humérale est saine; elle se meut sans donner lieu à aucune douleur, et par le palper on sent facilement, à travers les parties molles, la tête de l'os. L'épiphyse supérieure est donc intacte, et la lésion commence au niveau du col chirurgical de l'humérus. Elle est caractérisée par une tuméfaction considérable de l'os, cylindrique, fusiforme, régulière, comparable à ce que l'on appelait, selon une expression ancienne, le spina ventosa, de consistance à peu près également ferme dans toute son étendue. La peau est comme collée aux parties sous-jacentes, et celles-ci à l'os lui-même, le tout semblant ne faire qu'un.

A la partie externe seulement, dans un point parfaitement circonscrit paraissant correspondre à une petite fenêtre creusée dans l'os, cette consistance fait place à une fluctuation très-nette. Enfin, la main est fort peu œdématiée, et les mouvements de l'épaule, ainsi que ceux du bras sur l'avant-bras, sont intacts.

Nous sommes donc en présence, chez ce jeune garçon, d'une ancienne affection inflammatoire aiguë de l'humérus. Or, il existe trois variétés principales d'ostéite ou mieux d'ostéo-périostite aiguë, qui sont : 1° l'ostéo-périostite phlegmoneuse; 2° l'ostéo-myélite; 3° l'ostéite épiphysaire s'étendant à la diaphyse.

Je commence par éliminer de suite cette dernière, parce que, chez notre malade, les extrémités épiphysaires de l'humérus, supérieure et inférieure, sont saines, et que la lésion ne commence en haut qu'à partir du col chirurgical, pour se terminer en bas à trois travers de doigt au-dessus des surfaces articulaires.

Nous avons donc une affection purement diaphysaire, c'est-à-dire ou une ostéo-périostite phlegmoneuse ou une ostéo-myélite. Dans la première, à la suite de la formation et de l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un abcès, l'os dénudé se nécrose, il se fait dans les parties voisines un travail inflammatoire, la portion périostique végète, des trajets fistuleux s'établissent communiquant avec les surfaces dénudées, et, si le séquestre ne sort pas de lui-même, il faut aller à sa rencontre dans l'os pour l'extraire. Mais un abcès périostique aigu avec nécrose ne produit jamais une déformation de l'os analogue à celle que nous observons chez notre malade; elle ne donne jamais lieu à un gonflement cylindroïde, fusiforme. Aussi en arrivons-nous à diagnostiquer une ostéo-myélite, affection profonde qui représente au fond de la cavité osseuse ce qui se passe à sa surface dans l'ostéo-périostite phlegmoneuse.

L'ostéo-myélite est une inflammation qui débute par le canal médullaire des os, amène de la suppuration, laquelle se fait jour par l'ouverture spontanée des parois osseuses, s'épanche sous le périoste, le décolle, gagne le tissu cellulaire voisin, les parties molles, et s'ouvre à l'extérieur.

Dans l'ostéo-périostite, dès que l'on a débridé les parties molles, on tombe sur la partie nécrosée des os; dans l'ostéo-myélite le débridement des parties molles fait bien arriver sur l'os malade, mais on ne découvre plus aussi facilement le point perforé. C'est en pareil cas que l'on est tenté parfois de croire à une périostite simple, laissant ainsi échapper le mal primitif, c'est-à-dire le ou les séquestres multiples qui se trouvent dans la cavité médullaire et les petites parcelles osseuses qui peuvent être mêlées au pus.

D'autre part, il est très-exceptionnel que l'ostéo-myélite se calme et évolue aussi vite qu'elle l'aurait fait chez notre malade, si les renseignements qu'il nous donne sur le début de son affection sont bien exacts, comme tout le fait présumer. En effet, d'après lui, cette évolution se serait faite entière dans l'espace de huit à dix jours. Lorsqu'une ostéo-myélite aiguë simple évolue avec cette rapidité, elle s'accompagne généralement de symptômes formidables qui peuvent entraîner la mort en moins d'une semaine. J'ai vu un cas de ce genre se terminer ainsi en quatre jours.

D'autre part encore, le canal médullaire, à l'âge auquel est actuellement parvenu le jeune garçon que nous allons opérer, n'est pas encore très-grand, et c'est tout au plus s'il pourrait contenir 30 ou 40 grammes de pus. Or, notre malade nous dit que la première incision qui lui a été pratiquée a donné issue à plus d'un verre de liquide purulent, ce qui rentre dans les quantités normales d'un abcès sous-périostique ordinaire.

Je crois donc que nous nous trouverons chez lui en face d'une affection mixte, de l'association d'une ostéo-myélite et d'un abcès sous-périostique.

J'ai publié autrefois l'observation d'une malade de Lourcine qui, à la suite d'un refroidissement du bras occasionné par un paquet de linge mouillé qu'elle portait, éprouva tout à coup des douleurs très-vives dans le membre supérieur. Celui-ci devint le siège d'un abcès sous-périostique que j'ouvris le sixième jour, et, le lendemain, dans un mouvement qu'elle fit pour se retourner dans son lit, l'humérus se fractura. Cette blessure, jointe à la lésion primitive, me força à pratiquer immédiatement la désarticulation de l'épaule. Lorsque j'examinai les pièces pathologiques, je trouvai le canal médullaire de l'humérus rempli de pus, une ostéo-myélite compliquée d'abcès sous-périostiques lesquels s'étaient développés, comme vous le voyez, avec une extrême rapidité.

Je crois donc que, chez le malade qui nous occupe aujourd'hui, l'affection primitive a été un abcès sous-périostique auquel a succédé bientôt une ostéo-myélite.

Dans ces conditions, quelle doit être notre intervention? Les hyperostoses, du genre de celle que nous observons ici, sont entretenues par l'inflammation chronique de la cavité médullaire et très-probablement aussi par la présence d'un ou de plusieurs séquestres.

Les indications sont donc d'arriver sur l'os à travers les trajets fistuleux du dernier abcès qui vient de s'ouvrir, d'agrandir l'ouverture de l'humérus, de nettoyer complétement la cavité osseuse, et d'enlever les séquestres qu'elle contient, qu'ils soient mobiles ou non, de faire l'évidement de l'os, de creuser une gouttière dans sa diaphyse, et de terminer l'opération par le pansement antiseptique. Par ce traitement la lésion guérira bien certainement dans l'espace de

quelques semaines, et peu à peu la tuméfaction disparaîtra, sinon en totalité, du moins en grande partie.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur le parasitisme de la tuberculose (1).

Par M. H. Toussaint.

Les données actuellement acquises sur les maladies contagieuses ont assis sur des bases sérieuses la doctrine du parasitisme pou toutes les affections de cette nature. On ne comprendrait lus, d'ailleurs, que des maladies qui se transmettent et se reproduisent toujours et indéfiniment sous la même forme, avec les mêmes symptômes, pussent être déterminées par des causes différentes. Le virus qui donne naissance à l'une de ces maladies et qui envahit toute l'économie doit avoir la faculté de reproduction, et les êtres vivants jouissent seuls de cette propriété.

L'étude attentive des liquides de l'économie, surtout lorsqu'elle est accompagnée des procédés de recherche préconisés par M. Pasteur, a déjà démontré la nature parasitaire de plusieurs maladies contagieuses. Je viens apporter aujourd'hui une nouvelle preuve à l'appui de cette doctrine. Il s'agit de la maladie la plus meurtrière de toutes celles qui sévissent sur l'espèce humaine, de la tuberculose.

Les premières recherches que j'ai faites sur ce sujet datent des premiers mois de l'année 1880. Après avoir recueilli, dans un ballon purifié, du sang d'une vache tuberculeuse, je transportai le sérum, qui s'était formé après la coagulation, dans des tubes Pasteur contenant des bouillons faits avec de la viande de chat, de porc et de lapin; du sérum pur fut aussi transvasé dans un tube et mis à l'étuve. Après quelques jours, la plupart de ces liquides présentèrent des granulations très-petites, simples, géminées ou réunies en petits amas. Je fis de deuxièmes cultures et j'inoculai ensuite à de jeunes chats: ces animaux vivent très-difficilement en captivité, et tous moururent d'épuisement avant le moment où il eût été possible de constater la tuberculose. Cinq mois après avoir recueilli le sérum, j'eus l'occasion d'inoculer à d'autres chats presque adultes le contenu d'une seringue Pravas du sérum qui était resté pendant quelques semaines à l'étuve, et qui présentait des granulations sphériques dont j'ai conservé le dessin. Les deux chats furent tués quarante-sept jours après l'inoculation; l'un d'eux montra une lésion locale assez prononcée et un ganglion préscapulaire volumineux; mais le poumon ne renfermait aucun tubercule. Le second présenta les mêmes lésions locales et ganglionnaires, et de plus une vingtaine de tubercules très-petits, disséminés dans les deux lobes pulmonaires. L'examen microscopique montra que l'affection était bien la tuberculose. Je ne rappelle ce fait que pour montrer la durée que peut avoir la conservation du virus tuberculeux. Il est certain que cette expérience ne peut suffire à démontrer l'existence du microbe, le liquide provenant directement du sang.

Au commencement de cette année, j'essayai quelques cultures avec le poumon et les ganglions pulmonaires d'une vache tuée à l'abattoir; mais, malgré la température très-basse du moment, l'animal ayant été tué depuis vingt-quatre heures, j'obtins dans tous les flacons, au nombre de treize, plusieurs microbes différents; cependant, il y en avait un qui se trouvait dans tous et qui ressemblait à celui qui avait été dessiné d'après le sérum et les cultures.

Le 1er mars, je tuai une jeune truie qui avait mangé, quatre mois auparavant, en deux jours, un poumon de vache pesant 39 kilogrammes, et qui provenait aussi de l'abattoir; elle avait une tuberculose très-développée. Le poumon renfermait une quantité énorme de tubercules; tous les ganglions étaient caséeux, surtout ceux du pharynx, des bronches et de l'intestin.

J'ai recueilli, avec toutes les précautions qui doivent être prises en pareil cas, du sang, de la pulpe des ganglions pharyngiens, pulmonaires et intestinaux, et j'ai ensemencé deux flacons contenant du bouillon de lapin légèrement alcalin. Dès le lendemain, les bouillons étaient troubles et contenaient tous un seul et même microbe; ces cultures, poussées jusqu'à la dixième, ont conservé toute leur pureté. L'activité de la multiplication dure de dix à quinze jours, puis, après ce temps, le liquide épuisé s'éclaircit, les microbes tombent au fond du vase et forment un dépôt de couleur légèrement jaunâtre.

Ce dépôt est exclusivement composé de très-petites granulations, isolées, géminées, réunies par groupes de trois à dix ou en petits amas irréguliers. Dans les premiers jours de la culture, on voit des flocons blanchâtres assez consistants, qui ressemblent beaucoup aux filaments des cultures de bactéridie; lorsqu'on aspire avec un tube effilé, la plus grande partie du nuage monte dans le tube ou reste suspendue à son extrémité; elle persiste plusieurs jours dans le liquide clair sans se diluer: le microbe est donc entouré à ce moment par une atmosphère de matière gluante et assez consistante.

Examinés au microscope, les points agglomérés montrent des amas extrêmement riches d'un microbe qui paraît alors immobile et répandu isolément sur toute la surface de la préparation. Dans les parties liquides, on observe, au contraire, dans les granulations isolées, géminées ou réunies en plus grand nombre, des mouvements browniens très-prononcés. Plus tard, la couleur blanchâtre du liquide devient uniforme et enfin les microbes tombent au fond du liquide. Leur réfringence est beaucoup plus grande à la fin qu'au début de la culture, le diamètre a diminué: il est un peu inférieur à celui du microbe du choléra des poules et n'offre guère que $0^{mm},0001$ à $0^{mm},0002$ de diamètre.

Les premières inoculations des cultures ont été faites à des lapins, dans le tissu conjonctif sous-cutané; toutes ont été infructueuses, à l'exception d'une seule qui avait été faite avec une troisième culture. Tué accidentellement par un chien, le trente-troisième jour, ce lapin montra dans le poumon quelques tubercules dont les caractères histologiques ont été constatés. Mais il n'en a pas été de même chez le chat, lorsque l'inoculation a eu lieu dans le péritoine. Ici encore les animaux sont morts d'épuisement après un mois de captivité, pendant lequel ils ont été constamment nourris avec des viandes très-cuites. Le premier chat qui mourut avait des ganglions intestinaux énormes, en certains points même caséeux; mais, à ce moment, la tuberculose n'était pas encore généralisée. J'ai raclé avec un scalpel la coupe des ganglions et j'ai inoculé la pulpe et la sérosité à l'oreille de lapins jeunes. Tous les animaux ainsi traités, au nombre de huit, sont devenus tuberculeux. Après deux mois, l'infection était devenue générale, le poumon et la rate étaient remplis de tubercules gris.

Les premiers lapins tués ont servi à l'inoculation d'une seconde série de lapins qui présentent en ce moment tous les symptômes de la tuberculose.

Deux lapins de la première série seront conservés jusqu'à leur mort, afin de constater la nature des lésions finales.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 16 août 1881.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

LECTURE

De la réceptivité dans les maladies virulentes. — M. Hervieux lit, sous ce titre, quelques réflexions à propos de la communication faite par M. Bouley dans la dernière séance. Il relève un fait de pathologie générale qui a été signalé par son collègue et qu'il considère comme gros de conséquences théoriques et pratiques; il veut parler des effets relatifs à la cohabitation, observés par

la commission de 1852 dont M. Bouley a rappelé les travaux.

M. Hervieux, exposant les faits qu'il a constatés soit dans les amphithéâtres de dissection, soit dans son service à la Maternité, résume ainsi les considérations auxquelles ces faits l'ont conduit :

1° Dans un milieu saturé par un principe infectieux quelconque, tous les sujets habitant ce milieu subissent l'imprégnation, laquelle se traduit, suivant le degré de réception de chacun, par un état morbide aussi variable dans son intensité que dans ses manifestations ;

2° L'aptitude à contracter la maladie infectieuse peut être contre-balancée par la puissance éliminatrice de l'organisme, c'est-à-dire, par l'aptitude plus ou moins développée que possède ce dernier à expulser le principe morbigène par diverses voies ;

3° Les exemples qui nous sont fournis, soit par l'expérimentation, soit par la clinique, de l'élimination d'un principe toxique à travers une voie quelconque, voie intestinale, voie respiratoire, voie cutanée, voie urinaire, etc., sont autant d'indications qui doivent diriger le praticien dans le traitement des maladies toxiques ou virulentes.

M. BOUILLAUD, à l'occasion de cette communication, entre dans de longues considérations théoriques et historiques sur le phénomène de putridité dans les maladies aiguës et sur l'importante distinction qui a été établie par tous les grands observateurs et sur laquelle il a particulièrement insisté lui-même dans son traitement des fièvres dites essentielles, dans sa nosologie et dans tout le cours de son enseignement clinique, entre les fièvres de nature purement inflammatoire et les fièvres dites adynamiques, putrides ou typhoïdes.

Il insiste surtout sur ce point important de pathogénie, d'où il conclut que les récentes théories des microbes et des contagions extérieures ne sauraient s'appliquer à cet ordre d'affections, pas plus qu'à certains phénomènes de putridité traumatique ou chirurgicale qui ont également leur cause ou leur condition de développement dans l'organisme même.

Mécanisme de la respiration par la bouche et par le nez. — M. SMESTER lit le résumé d'un travail sur le mécanisme de la respiration par la bouche et par le nez. L'objet de ce travail est de démontrer que la respiration se fait, dans ses deux modes, par le nez seul, ou par la bouche seule, et jamais par les deux conduits simultanément.

Pour étudier l'inspiration, M. Smester fait usage d'un appareil consistant en deux flacons de verre à deux tubulures latérales. A chaque tubulure se trouve ajusté un tube de verre. Les deux tubes de chaque flacon sont disposés de la façon suivante : l'un des deux plonge profondément dans de l'eau, dont les flacons sont à moitié remplis ; l'autre est le plus éloigné possible de la surface du liquide. Au tube qui ne plonge pas dans le liquide, on adapte un tube de caoutchouc, portant un embout de verre pour le flacon buccal, et un petit masque pour le flacon nasal.

L'expérimentateur prend l'embout de verre entre les lèvres et emprisonne hermétiquement le nez avec le petit masque nasal.

On s'assure d'abord que l'on peut inspirer par l'un et par l'autre conduit. Quand, dans ces conditions, l'expérimentateur inspire par le nez, il s'aperçoit qu'il n'inspire rien par la bouche, et *vice versâ*.

Si l'on essaye d'inspirer simultanément par la bouche et par le nez, on constate que l'acte se fait par l'un ou par l'autre conduit, et point par les deux à la fois.

La simultanéité de l'acte par les deux orifices n'existe pas.

Pour l'expiration, il suffit de changer la disposition des tubes de caoutchouc, et de les adapter aux tubes de verre qui plongent dans le liquide. Dans ces conditions, les nombreuses expériences, variées à l'infini, comme dans les expériences précédentes, ont donné les mêmes résultats.

Quand on expire par le nez, la bouche étant ouverte, on n'expire rien par la bouche, et réciproquement.

Quand on essaye de faire des expirations simultanément par les deux conduits, il y a impossibilité complète.

Il serait donc logique de dire que, dans l'état physiologique de nos organes, la *respiration* se fait par le nez seul, ou par la bouche seule, jamais par les deux conduits simultanément.

Explication des phénomènes. — Le fait prouvé expérimentalement, quelle en est l'explication ? En voyant quelqu'un qui *respire* par le nez, la bouche étant ouverte, on constate que les muscles de la langue se contractent, que celle-ci fait *gros dos* et vient s'appliquer sur la paroi antérieure du voile du palais, fermant hermétiquement l'isthme du gosier, de telle sorte que pas une bulle d'air ne passe par la bouche.

Regarde-t-on quelqu'un qui *respire* par la bouche, en laissant les narines ouvertes, on constate deux phénomènes. Quelquefois, dans les profondes et larges respirations, le staphylo-palatin se contracte, rétracte la luette qui vient faire corps avec la portion libre du voile du palais et en augmenter l'épaisseur ; les péristaphylins internes et externes se contractent à leur tour, tendent le voile, qui vient s'appliquer sur la paroi postérieure du pharynx, fermant complètement l'isthme naso-pharyngien, déjà rétréci par la contraction des muscles pharyngo-staphylins.

Le plus souvent cette tension est moins forte.

Dans l'un et l'autre cas, l'air passe par la bouche, l'arrière-bouche, le larynx, etc., et pas une bulle ne passe par les narines.

Conclusion. — Ainsi se trouve démontrée l'indépendance, à l'état physiologique, de la respiration par la bouche et par le nez.

Le masque de Waldenburg, inspiré par l'ancienne croyance, et servant aux inhalations d'air comprimé ou d'oxygène, n'a plus de raison d'être. Un simple tube de verre suffit pour porter le fluide à respirer dans les voies respiratoires, et cela avec sa pression initiale et son degré de pureté.

Les inhalations de chloroforme se font par les narines ou par la bouche. Quand elles sont faites par ce dernier organe, au même moment il n'y a pas d'air qui passe par les narines.

Lorsque la respiration se fait facilement par les deux orifices, cela indique ou une perforation de la voûte palatine, ou un raccourcissement du voile du palais, ou une affection, surtout inflammatoire, de la gorge, affection qui gêne la contraction des muscles du voile et du pharynx, d'où la voix nasonnée, si fréquente et même presque toujours constante dans ces cas.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes (1), par H. Baillon.

Le tome septième de l'*Histoire des plantes* est consacré aux Mélastomacées, aux Cornacées, aux Ombellifères, aux Rubiacées, aux Valérianacées et aux Dipsacées.

I

Les Mélastomacées sont des plantes des pays chauds, déjà rares dans les régions sous-tropicales. M. Baillon les divise en Mélastomées, en Arthroniées et en Blakéées.

Les Mélastomées comprennent quarante-six genres, partagés en dix sous-séries. Elles sont caractérisées ainsi : — Fleurs à ovaire libre ou plus moins « adhérent » dans sa portion inférieure, partagé en 2-∞ loges multiovulées. Placentas épais, saillants, insérés dans l'angle interne des loges et vers le milieu de sa hauteur. Fruit polysperme, capsulaire ou indéhiscent et plus ou moins charnu. Graines petites, rectilignes ou arquées, à embryon très-petit, charnu, arrondi ou presque globuleux, à cotylédons égaux ou inégaux. Arbres et, rarement, herbes des deux mondes.

Les Arthroniées ne comprennent que trois genres. Leurs carac-

(1) Gr. in-8°. Prix : 25 francs. Paris, Hachette et Cie.

tères sont : — Fleurs à ovaire infère (« adhérent »), à 2-∞ loges. Placenta multiovulé, inséré dans l'angle interne ou près de sa base, souvent allongé, ascendant, ou plus ou moins remontant sur la paroi dorsale des loges. Étamines à anthères courtes, ordinairement à éperon basilaire dorsal, court et épais. Fruit charnu ou coriace. Graines petites, rectilignes, souvent obcunéiformes.

Les Blakéées comprennent cinq genres et présentent les caractères suivants : — Fleurs à ovaire infère (« adhérent »), parfois accompagnées de 2-4 bractées pouvant former involucre. Loges ovariennes 1-∞, multiovulées ou à ovules en nombre défini (1-12), ascendants, avec le micropyle extérieur et inférieur. Anthères à éperon basilaire dorsal, court, épais, déhiscentes par des fentes allongées ou courtes (poriformes). Graines à embryon charnu, à cotylédons plans-convexes ou subfoliacés. Feuilles penninerves ou 3-5 -plinerves, à nervures secondaires souvent peu visibles.

Ainsi constituée, la famille des Mélastomacées se rapproche de celle des Myrtacées par les Blakéées et les Arthroniées, des Lythrariacées par les genres à ovaire libre ou à ovaire en partie ou en totalité adhérent.

Nous renvoyons à l'ouvrage le lecteur, qui y trouvera les nombreuses propriétés médicales de cette famille.

II

Les Cornacées, qui comprennent une cinquantaine d'espèces, dont une moitié appartient au genre *Cornus*, appartiennent pour la plupart à l'ancien continent ; un petit nombre à l'Amérique. Elles ont des caractères communs très-généraux, sinon constants : la consistance ligneuse des tiges, l'absence des stipules ; l'indépendance des pétales, l'isostémonie de l'androcée, la forme concave du réceptacle, entrainant l'insertion épigynique de la corolle et des étamines ; la direction descendante de l'ovule, avec la position du micropyle immédiatement au dessous du point d'attache, et la situation dorsale du raphé, la consistance charnue du péricarpe et la présence d'un albumen dans les graines.

M. Baillon divise cette famille en deux séries : les Cornées (sept genres) et les Garryées (un genre.)

III

Les Ombellifères, qui, au temps de De Candolle, renfermaient cent cinquante-sept genres, plus treize genres d'Araliacées ; qui, au temps d'Endlicher, s'étaient élevées à cent quatre-vingt-quinze genres, pour retomber à cent cinquante-trois et trente-huit d'Araliacées, avec Bentham et Hooker, subissent une réduction bien sensible devant la critique de M. Baillon. Cet auteur n'admet plus que cent treize genres dont vingt-cinq pour les Araliées. Il faut voir avec quelle sûreté M. Baillon démontre le peu de valeur des coupes si nombreuses admises jusqu'ici. Onze genres deviennent onze coupes du genre *Daucus* ; quatre genres forment autant de sections du genre Echinophora, etc.

Et cependant nous restons encore en présence de 1,900 espèces environ, qui ont quelques caractères communs constants, tous de la plus grande valeur. Ce sont la forme concave du réceptacle floral ; l'indépendance des pétales ; la présence (à l'âge adulte) dans chaque loge de l'ovaire d'un seul ovule descendant, à micropyle extérieur et supérieur ; l'existence dans la graine d'un albumen corné ou charnu et d'un embryon plus court, généralement même beaucoup plus court que l'albumen.

D'autres caractères sont très-fréquents, très-importants, mais ne sont pas constants. Il en est, enfin, d'éminemment variables et qui ont servi à établir dans ce groupe des coupes génériques et des divisions en tribus ou même en sous-ordres.

En résumé, M. Baillon admet six séries : les Daucées (neuf genres) ; les Échinophorées (un genre) ; les Peucédanées (vingt-sept genres) ; les Carées (trente-trois genres) ; les Hydrocotylées (dix-huit genres), et les Araliées (vingt-cinq genres).

Dans un second article, nous passerons en revue les familles qui complètent ce septième volume.

Traité pratique des maladies des voies urinaires (1), par sir Henri Thompson.

Nos lecteurs connaissent déjà l'œuvre du savant spécialiste anglais. MM. Ed. Martin, Ed. Labarraque et V. Campenon nous en avaient donné une excellente traduction. Le succès a couronné leurs efforts, et nous présentons à nos lecteurs une seconde édition de cette œuvre, revue par M. le docteur Campenon.

M. le docteur E. Le Juge de Segrais ouvre le livre par une excellente traduction des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées par Thompson à « University College hospital ». Ces leçons sont au nombre de vingt-quatre : elles se recommandent par leur caractère éminemment pratique.

Sir H. Thompson nous montre d'abord la méthode à suivre pour le diagnostic. Il nous expose sa manière de voir sur la structure et les fonctions de l'urèthre chez l'homme. Pour lui, l'urèthre n'est pas un tube, mais plutôt une valvule continue et fermée. Trois leçons sont ensuite consacrées au rétrécissement de l'urèthre et une à l'uréthrotomie interne. Il étudie ensuite l'hypertrophie de la prostate et ses conséquences ; le cathétérisme dans les cas de rétention d'urine dans l'hypertrophie de la prostate. La rétention d'urine, l'épanchement d'urine et les fistules urinaires, la pierre dans la vessie, la lithotritie, la lithotomie, font le sujet des leçons suivantes. L'auteur étudie alors les complications rénales dans l'affection calculaire de la vessie, puis le traitement des calculs, et consacre une leçon à l'avenir de la chirurgie appliquée au traitement des calculs vésicaux. Il passe alors en revue les opérations dans certaines affections chroniques de la prostate et de la vessie, la cystite et la prostatite, les affections diverses de la vessie, l'hématurie et le calcul rénal, et termine cette série de leçons par l'examen de l'urine dans un but clinique surtout au point de vue des troubles de la miction.

Telles sont ces vingt-quatre leçons cliniques, savantes causeries d'un homme qui a consacré sa vie à des recherches spéciales. Le meilleur éloge que nous puissions adresser au traducteur, M. le docteur Le Juge de Segrais, c'est d'affirmer que sa traduction est si nette, si claire, qu'on ne peut se douter que les leçons aient été professées dans une autre langue que dans notre propre langue.

La seconde partie de l'œuvre de Thompson traite des rétrécissements de l'urèthre et des fistules urinaires. Ici, ce n'est plus la causerie de tout à l'heure, si remplie de science, mais à la forme si agréable, si pratique, si anglaise : nous voici en pleine pathologie. Anatomie et physiologie de l'urèthre chez l'homme ; — classification et anatomie pathologique des rétrécissements : — symptômes et effets pathologiques des rétrécissements organiques ; — causes de ces rétrécissements ; — du spasme et de l'inflammation comme causes du rétrécissement de l'urèthre. Le diagnostic et le traitement des rétrécissements ; puis l'étude de la rétention d'urine suite du rétrécissement ; les abcès urineux et les fistules urinaires ; enfin les rétrécissements de l'urèthre chez la femme complètent cette seconde manière du savant spécialiste.

Le lecteur français est un peu surpris de voir dans le même livre, et sous le même titre, cette espèce d'amalgame du même sujet envisagé ainsi sous des formes diverses.

Les maladies de la prostate forment une troisième partie de ce *Traité* ; enfin la taille et la lithotritie complètent cette nouvelle édition. Cette dernière partie est encore de la traduction de M. Le Juge de Segrais : elles présentent les qualités de traduction que nous avons déjà signalées. La taille est d'abord l'objet de considérations générales, sir H. Thompson nous expose ensuite la taille latérale, les opérations périnéales centrales, la taille sus-pubienne. Il nous fait connaître les causes de mort après la taille, les difficultés, les dangers et les résultats de la taille.

L'auteur aborde ensuite l'étude de la lithotritie ; il expose son but, son manuel opératoire ; il traite de la lithotritie en une seule séance, de la lithotritie dans les cas où l'existence du calcul

(1) In-8°. Prix : 20 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

s'accompagne de lésions organiques sérieuses. Il expose les résultats de la lithotritie, étudie le choix de l'opération dans les différents cas et termine son *Traité* par un tableau de cinq cents opérations de pierres faites seulement chez les adultes hommes.

Nos lecteurs ont dans le *Traité pratique des voies urinaires* de sir Henry Thompson une œuvre excellente, qui nous donne l'état de la science, sur ce point, en Angleterre. Mais comment se fait-il que la France, qui compte des spécialistes de premier ordre, en soit encore à se nourrir de traductions? Quand donc les écrasantes obligations de la pratique permettront-elles aux Mallez de nous faire connaître l'état de la science française?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École pratique. — M. Dareste est autorisé à faire, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-82, un cours libre d'embryogénie et de tératogénie.

M. Brochard est autorisé à faire, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-82, un cours libre sur l'hygiène et les maladies des nourrissons.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lemoine, qui exerça à Nancy, pendant de longues années, les fonctions de médecin des prisons et de diverses associations de bienfaisance.

Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien, par le docteur Rodet (A.), ancien interne des hôpitaux de Lyon, deux fois lauréat de l'École de médecine. Brochure grand in-8°. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, G. Masson.

Les anévrysmes valvulaires du cœur, par le docteur Laurand. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Étude historique sur l'opération de la taille, par le docteur Charpignon (d'Orléans). In-8° de 19 pages. — Orléans, H. Herluison.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11704.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais).

Dans le numéro du 25 janvier dernier nous avons publié une leçon de M. Charcot sur l'affection nouvellement décrite par les auteurs anglais sous le nom de myxœdème et à laquelle il a proposé de donner le nom de cachexie pachydermique, qui a prévalu parmi nous. Cette affection vient de faire le sujet d'une nouvelle étude de M. le docteur Georges Ridel-Saillard, qui a eu l'occasion d'en observer un nouveau cas. Nous donnerons d'abord un résumé de cette observation, que nous ferons suivre de quelques considérations sur l'état actuel de la question empruntées au travail de notre jeune confrère et à quelques autres recherches actuellement en voie de publication.

C. M..., femme de quarante-huit ans, a présenté il y a trois ans, à la suite de grands chagrins, les premiers symptômes de l'affection dont elle est atteinte, désordres intellectuels rappelant la manie, gonflement des yeux, diminution notable des forces rendant tout travail impossible. Entrée en mars 1879 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust, voici ce que l'on constata à cette époque : La malade présentait un œdème généralisé, les joues étaient tuméfiées, les paupières bouffies, les extrémités étaient œdématiées. Elle était affaiblie et plongée dans un état de cachexie assez marqué, causant peu et paraissant insouciante. D'ailleurs rien d'appréciable à l'examen des principaux organes, aucun signe d'affection cardiaque, ni pulmonaire, ni rénale.

Après un mois et demi environ de séjour, la malade quitte l'hôpital dans le même état.

A la fin de 1880, elle entre dans le service de M. Ball, à l'hôpital Temporaire (aujourd'hui hôpital Laennec). Le 10 mars 1881, M. Ridel-Saillard, avec le concours de M. le docteur G. Ballet, qui avait déjà vu la malade à Lariboisière, constata l'état suivant :

La face est large et arrondie, la paupière épaisse, rude et sèche, le front creusé de sillons profonds ; la coloration rouge vif des joues contraste avec la pâleur cireuse des tissus environnants. Les paupières boursouflées, dures, ridées, retombent sur les yeux qu'elles ferment à moitié. Les lèvres sont cyanosées. La racine du nez est un peu élargie. Les narines ne sont pas épaissies. La langue a son volume normal ; mais la luette et le voile du palais sont gonflés, la malade en a la sensation. Les dents sont mauvaises.

Toute la peau du corps est le siège d'un œdème dur, se laissant difficilement déprimer et ne gardant pas l'empreinte du doigt ; elle est partout sèche, épaisse et recouverte de lamelles épidermiques. Sa dureté et sa sécheresse sont surtout marquées aux membres, qui sont énormes et de forme cylindrique, sans marque des attaches.

Le cou est large et court ; ses téguments sont épais et creusés de sillons profonds ; on n'y sent pas la glande thyroïde.

Le ventre est très-volumineux, sans ascite.

La malade se meut péniblement, sa démarche est lourde, la marche et la station verticale provoquent des douleurs dans les pieds. Il suffit de quelques pas pour la fatiguer et l'essouffler. Tous ses mouvements s'exécutent avec une excessive lenteur. Bien qu'elle paraisse cependant avoir conscience de la gravité de son état, elle semble apathique, indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Elle parle très-lentement, d'un ton traîné, nasillard et monotone, et met un certain temps à répondre aux questions qu'on lui adresse, mais ses réponses sont raisonnables.

La malade dort mal ; son sommeil est coupé de rêves affreux. Elle a toujours froid ; sa température n'a jamais dépassé 36°,8 dans l'aisselle. La vue a considérablement baissé. Il y a des moments de surdité presque complète. La sensibilité générale est émoussée ; elle ressent des fourmillements dans les extrémités, ses mains lui paraissent mortes. Elle éprouve parfois dans les membres et dans le tronc des douleurs sourdes, erratiques et spontanées.

Rien de particulier dans les poumons ni dans le cœur, si ce n'est que ses battements, réguliers d'ailleurs, sont faibles et sourds. Point d'appétit. Pas de vomissements. Diarrhée habituelle. Défécation rendue pénible par l'œdème rectal. La malade a eu trois métrorrhagies très-abondantes dans le cours de ces deux dernières années. Point de réapparition de règles. L'urine, excrétée en très-petite quantité, ne contient point d'albumine ni de sucre ; elle est trouble et peu colorée.

Dans le courant du mois de mars, il est survenu de nouvelles complications gastriques, vomissements assez fréquents et recrudescence de la diarrhée.

Cette femme est entrée dans cet état le 1er avril à la Salpêtrière, où, suivant toute apparence, nous aurons l'occasion de la voir.

Rapprochant ce fait de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à présent, tant en France qu'en Angleterre, M. Ridel-Saillard résume l'histoire de cette maladie en ces termes :

La cachexie pachydermique est caratérisée par deux ordres de symptômes, des symptômes cutanés et des symptômes nerveux.

Les symptômes cutanés sont : un œdème généralisé, épaississement, rudesse, dureté, sécheresse de la peau, imprimant au visage et aux extrémités un cachet spécial. Le visage est arrondi, les paupières bouffies, les lèvres épaissies. Les extrémités sont grosses, déformées, ressemblant à celles des pachydermes.

Les symptômes nerveux sont : un affaiblissement intellectuel progressif, apathie, torpeur intellectuelle et physique. Parole lente, embarrassée ; tous les mouvements généralement lents et pénibles à exécuter, affaiblissement des sens. De temps en temps, phénomènes d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique se greffant sur cet état général de déchéance intellectuelle.

La température est toujours plus ou moins au-dessous de la moyenne.

La marche de la maladie paraît être progressive. Sa durée, dans les cas suivis jusqu'au terme fatal, a été de onze à douze ans. Les malades succombent à des complications cardiaques ou rénales avec apparition d'albumine dans l'urine quelque temps avant la mort.

Nous verrons, en analysant, dans l'une de nos prochaines Revues, les différents autres documents récemment publiés ou actuellement en voie de publication, ce qu'il pourra y avoir à ajouter ou à modifier dans ce tableau présenté en raccourci.

Cas de rubéole.

Un jeune garçon de quinze ans est entré à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre, dans le service de la clinique, actuellement dirigé par M. Raymond, présentant une amygdalite avec un état fébrile assez intense et deux éruptions parfaitement distinctes, l'une occupant la face, la poitrine, les mains et les bras jusqu'aux coudes, éruption d'un rouge vif, uniforme, ayant toutes les apparences de la scarlatine ; la seconde, siégeant aux membres inférieurs, plus particulièrement à la face interne des cuisses et un peu aussi sur la face interne des bras, celle-là consistant en petites macules rubéoliques bien caractérisées.

En remontant aux antécédents, on apprenait que ce jeune garçon avait été vacciné et qu'il avait eu, dans son enfance, la varioloïde et la rougeole. Le 30 août dernier, il avait été pris de coryza et de mal de gorge ; le 1er septembre, il avait eu une fièvre vive, et c'est à la suite de ce mouvement fébrile que se sont manifestées simultanément les deux éruptions qu'il présentait au moment de son admission à l'hôpital. La marche de cette affection hybride a été d'ailleurs bénigne ; les deux éruptions sont aujourd'hui à peu près effacées ; l'éruption scarlatineuse a disparu la première, l'éruption rubéolique est allée aussi de son côté en s'atténuant graduellement. La guérison a eu lieu sans aucune desquamation.

A quelle affection avait-on affaire ? Se trouvait-on en face d'une rougeole anomale, d'une scarlatine irrégulière, d'une sorte d'hybride, d'un complexus morbide résultant d'un mélange des deux affections, ou bien d'une maladie *sui generis*, distincte à la fois et de la scarlatine et de la rougeole, en un mot de cette affection bâtarde, à double face, que l'on a désignée sous le nom de *rubéole* (Rötheln des Allemands), constituant, d'après Lebert, tantôt une scarlatine à exanthème morbilliforme (rubeola scarlatinosa), tantôt une rougeole à exanthème scarlatiniforme (rubeola morbillosa) ?

Une discussion s'est engagée sur ce sujet, au Congrès médical international de Londres, entre MM. Cheadle, William Squire, Kassowitz, Lewis Smith et Schuttleworth. D'après M. Cheadle, la rubéole, qui serait pour lui une forme atténuée de la rougeole, pourrait acquérir parfois un caractère de gravité extrême, tandis que, pour M. Lewis Smith, ce serait une affection spécifique, modérément contagieuse et très-bénigne, dont le tableau symptomatique ressemble à celui de la rougeole et de la scarlatine. Enfin, d'après M. Schuttleworth, la rubéole présenterait des caractères qui lui sont propres, bien que certains cas se rapprochent plus ou moins de la scarlatine ou de la rougeole. L'accord est presque unanime pour reconnaître qu'elle ne préserve ni de la rougeole ni de la scarlatine, et que, contrairement à ce qui a lieu pour ces deux affections, elle peut récidiver, ce qui jugerait la question en faveur d'une affection distincte *sui generis*. Telle a été la conclusion à laquelle s'est arrêté M. Raymond.

A l'occasion de deux articles de nos Revues cliniques, l'un du 27 août, sur un cas d'hystérie traitée par le cuivre, d'après la méthode métallothérapique, l'autre du 18 juin, relatif à l'ulcère simple de l'estomac chez les tourneurs en porcelaine, M. le docteur Burq nous adresse la communication suivante, qui constitue une sorte de double enquête sur ces deux sujets, et que nous allons dédoubler, à raison des deux objets distincts dont il y est question :

Du meilleur mode d'administration du cuivre.

Dans la *Revue* du 27 août, la *Gazette des hôpitaux*, parlant d'une malade traitée à l'hôpital Laennec, par la métallothérapie, pour un double pied-bot hystérique, s'exprime ainsi : « On espérait beaucoup du cuivre ; mais des vomissements opiniâtres, que l'ingestion des pilules de cuivre avait provoqués, et qu'on a eu beaucoup de peine à arrêter, ont obligé à y renoncer. Cependant cette femme va mieux... »

Le cuivre est un précieux remède, qui vient immédiatement après le fer dans le traitement de toutes les névroses, avec ou sans chlorose, auxquelles ce dernier métal fut si longtemps exclusivement appliqué. Il importe donc d'ajouter un correctif (1) à des paroles qui pourraient éloigner de son emploi des praticiens timorés.

Les sels de cuivre sont un vomitif par excellence, personne ne l'ignore, et, comme pour ceux d'antimoine, point n'est besoin que la dose en soit bien élevée pour qu'ils agissent en ce sens. Peut-être même, ainsi que l'émétique, le sulfate de cuivre, par exemple, détermine-t-il d'autant plus à coup sûr le vomissement que la dose est moindre. De là, pour le dire en passant, ces accidents culinaires, si formidables en apparence, dont on a tant parlé et qui ont fait crier *haro*

(1) Accepté sous bénéfice d'inventaire. (*Note de la Rédaction.*)

sur tous les ustensiles en cuivre insuffisamment protégés par l'étamage, si complètement inconnu de nos ancêtres, et si ignoré encore par toutes les populations de l'Orient, qui ne paraissent pas s'en trouver plus mal.

Cela étant, on comprend que des accidents de la nature de ceux dont parle la *Gazette* puissent se produire. Il y aurait un moyen facile de les éviter. Ce serait de faire pour les préparations cupriques ce qu'on a fait pour le tartre stibié lorsqu'on veut en établir la tolérance, les associer à l'opium. Mais pourquoi, l'indication du cuivre une fois bien posée par l'examen métalloscopique préalable, s'exposer à compliquer la situation par un nouveau trouble?

Ne savons-nous pas que les ouvriers en cuivre s'imprègnent de cuivre jusqu'à voir leur barbe, leurs cheveux et leur teint vert-de-grisés par les seules poussières fines qui les environnent?

Ignorons-nous que l'une des meilleures préparations martiales, c'est la limaille de fer porphyrisée, ou, ce qui revient au même, le fer réduit par l'hydrogène?

D'autre part, les expériences récentes faites à Lyon par le docteur Garel, et répétées à Paris par M. Dumontpallier, dans son service de la Pitié, avec des feuilles d'or et de platine battues, n'ont-elles pas démontré que, même pour les métaux les moins oxydables, la division très-grande des particules métalliques suffit souvent pour obtenir tous les effets curatifs que ces métaux peuvent donner?

Donc, bannir, dans le traitement des névroses hystériques et autres, et des troubles chloro-anémiques qui en sont le corollaire presque nécessaire, les préparations solubles de cuivre, à moins de les donner par quart de lavement, ainsi que je le faisais préventivement contre le choléra, renoncer même au bioxyde, quoique insoluble, s'il est mal toléré, et recourir simplement à l'oxydule (protoxyde), ou bien encore, soit à la limaille porphyrisée, soit à des feuilles battues, comme celles d'or pour la dorure, telle est la conclusion qui s'impose à ceux qui ne craignent point de recourir, le cas échéant, au mercure, à l'arsenic et aux alcaloïdes végétaux les plus nocifs, mais qui sont encore presque tremblants devant l'idée de ce poison terrible : le cuivre, que le docteur Ducom et moi, puis le docteur Galippe, avons démontré être quelque peu semblable aux bâtons flottants de la fable.

De la cause des dangers inhérents à la profession de porcelainier.

Il est dit, dans la Revue du 8 juin, à propos d'un cas d'ulcère simple de l'estomac, observé chez un porcelainier, dans le service de M. Bernutz : « L'opération dite tournasage (pratiquée par les tourneurs en porcelaine) est la *seule* qui soit dangereuse pour l'ouvrier qui l'exécute. Dans le tournasage, l'instrument tranchant de l'ouvrier soulève incessamment une fine poussière composée de débris aux sommets aigus, aux arêtes tranchantes, qui, nécessairement aspirée avec l'air ambiant par le tourneur, viennent se déposer sur la muqueuse buccale et sont avalés avec la salive, s'ils sont trop lourds, trop volumineux pour pénétrer jusque dans les voies pulmonaires. Ainsi les organes digestifs, comme les organes respiratoires, et peut-être même davantage, pourraient se trouver affectés par l'action nocive de ces corps étrangers, irritants et coupants. »

J'ai longuement traité, *de visu*, devant le Congrès international d'hygiène de Paris de 1878 (Comptes-rendus, t. II, p. 429 et suiv.), la question dont il s'agit. J'ai montré où était le danger véritable dans la profession de porcelainier (1).

L'opération du tournasage ne s'exerce jamais sur le biscuit.

Un industriel qui travailla longtemps en Berry, dans les grandes fabriques de porcelaine de MM. Pilwit et Pépin-Lehalleur, et que je viens de consulter tout exprès, me l'a encore confirmé, et il ne saurait en être autrement, la porcelaine, à l'état de biscuit, ayant sa forme définitive et ne pouvant plus être tournée sans risque de casse. Le tournasage se fait lorsque la pièce est encore à l'état de pâte demi-sèche, est *verte*, comme cela se dit en terme d'atelier. La raclette triangulaire qui y est appliquée ne détache que de la pâte en forme de grumeaux ou rubans, recueillie avec soin pour la faire resservir, dans un tablier de cuir que l'ouvrier a devant lui. Les débris n'en sont ni aigus ni tranchants. Ils sont massifs, lourds, et n'auraient aucune action sur les premières, si tant est qu'ils puissent y pénétrer sans exception.

La porcelaine, une fois *tournasée*, est mise au globe, d'où elle revient à l'état de biscuit. On n'y touche plus que pour l'émailler et la décorer, à la barbotine ou autrement, s'il y a lieu, puis l'enfourner une dernière fois. Le danger véritable, le *seul*, réside dans la réfection de l'émaillage et dans le nettoyage des ateliers, lorsqu'il est fait à sec. Cette réfection met en mouvement une poussière très-fine de silex kaolin, qui pénètre partout. Arrivant dans les cellules pulmonaires, elle y adhère et détermine à la surface une irritation permanente, qui a pour effet de faire tousser d'abord les ouvriers, puis de déterminer des hémoptysies par érosion, et finalement la phthisie. J'ai fait une enquête, au cours des années 1876 et 1877, sur les ouvriers porcelainiers de Charenton, de Saint-Maurice et de Montreuil, et il en est résulté que 1/5 à 1/6, 19 sur 100 à 120, avaient succombé à la phthisie, dans l'espace d'une dizaine d'années, à l'âge où l'on en meurt le moins. Dernièrement, j'avais voulu savoir ce que d'autres étaient devenus, et j'ai appris que trois nouvelles victimes étaient venues s'y ajouter. C'est presque la mortalité, un peu plus tardive toutefois, des ouvriers meuliers de la Ferté, que j'ai été aussi enquêter, pour avoir un terme de comparaison. Et à côté de ces ouvriers, à Montreuil, par exemple, sont d'autres ouvriers, les plâtriers, — je parle de ceux qui cuisent et ensachent le plâtre, — qui respirent en bien plus grande abondance des poussières si semblables en apparence à celles du kaolin qu'on a de la peine à les en distinguer à l'œil et au toucher, qui vivent au jour le jour dans des conditions d'hygiène déplorables, qui dépensent en boissons abominables la plus grande partie de leur gain, couchant souvent à la corde ou sur les fours à plâtre, vivant parfois de pommes de terre dérobées dans les champs, et ces ouvriers ne toussent pas, et chez ces ouvriers la phthisie est à peu près inconnue! « Nos poussières sont douces, disent-ils, nous les crachons. » Nous les crachons, la grande différence est là! Mais je reviendrai une autre fois sur cette question de l'immunité des ouvriers plâtriers par rapport à la phthisie, et je montrerai, par des faits que j'achève de recueillir, les espérances que cette immunité permet de concevoir quant à un traitement préventif et peut-être aussi curatif de la phthisie par les inhalations de poussière de plâtre cuit et neuf.

(1) Le danger signalé par notre confrère n'exclut pas celui qui a été indiqué dans la Revue citée. (*Note de la Rédaction*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chorée par l'arsenic. — M. le docteur Siredey a depuis longtemps recours à l'arsenic dans le traitement de la chorée rhumatismale, et en retire de très-bons résultats. Il emploie la liqueur de Boudin, ainsi formulée :

Acide arsénieux.	1 gramme.
Eau distillée..	1.000 —

Faire bouillir pendant un quart d'heure.

La dose varie suivant l'âge. Pour un enfant de six à dix ans, on peut prescrire la potion suivante :

Julep gommeux.	60 grammes.
Liqueur de Boudin..	de 5 à 6 —

(selon la force du sujet).

La potion doit être administrée par cuillerées à café, à intervalles rapprochés de manière à être complètement prise dans les vingt-quatre heures. Avec ce mode de procéder, la tolérance s'établit parfaitement.

D'autre part, nous savons que le docteur Sottmann, à sa clinique de Breslau, prescrit la solution suivante aux enfants atteints de la danse de Saint-Guy :

Liqueur de Fowler.	4 à 6 gouttes.
Eau.	7g,80.

et il obtient une guérison complète dans un temps variant entre seize et vingt et un jours. Quelquefois il ajoute à sa prescription de 50 centigrammes à un gramme de chloral. Les enfants anémiés et à prédisposition nerveuse héréditaire tolèrent assez bien la préparation. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Du tayuya comme antisyphilitique. — Le tayuya (*Dermophilla pendentica*) est une plante originaire du Brésil, introduite en Europe par un naturaliste italien, Luigi Ubicini, et dont les indigènes se servaient contre la syphilis.

La racine est la partie la plus active de la plante ; elle sert, en Italie, à préparer deux teintures : l'une forte, dite teinture-mère, que l'on emploie en injections sous-cutanées à la dose quotidienne de 1 gramme ; l'autre faible, qui consiste en une dilution de la première dans trois parties d'alcool, et qui est prescrite à l'intérieur à une dose variant de six (6) à soixante (60) gouttes par jour, en plusieurs fois.

L'analyse a fait découvrir dans la racine des oxalates de chaux et de magnésie, du fer, de la résine, et une substance incristallisable que l'on suppose être un alcaloïde.

Les effets physiologiques du tayuya, à doses minimes, se rapprochent de ceux de l'aloès ; à haute dose, le tayuya produit de la diarrhée, de la diaphorèse et de la salivation. L'expérimentation clinique a fait reconnaître dans cette substance un médicament antisyphilitique d'une grande valeur et d'une complète innocuité. (*Revue de thérap. méd.-chir.* et *Gazeta med. de Bahia.*)

Traitement du prurigo rebelle. — Un jeune homme de dix-neuf ans était atteint, depuis son enfance, d'un prurigo rebelle. M. le docteur Lang prescrivit le traitement suivant : 1° chaque jour un bain sulfureux ; 2° tous les deux jours, des onctions sur tout le corps avec de l'huile phéniquée ainsi composée :

Acide phénique cristallisé.	0,50 centigr.
Huile d'olives.	100 grammes.

le malade restant au lit pendant plusieurs heures après chaque friction ; 3° à l'intérieur, liqueur de Fowler à doses progressives, sans dépasser vingt gouttes.

L'amélioratiou devint très-manifeste au bout de deux mois de ce traitement. Plus tard, on remplaça l'huile phéniquée par de l'huile d'olive.

Dans un autre cas, où il s'agissait cette fois d'un enfant âgé seulement de deux ans, qui était porteur d'un prurigo généralisé rebelle, compliqué d'induration et d'engorgement ganglionnaire, on eut recours à des applications d'onguent diachylon sur la face, et à des onctions de goudron sur le reste du corps. L'état général s'améliora progressivement, et, au bout d'un certain temps, on ne fit plus les onctions qu'à de longs intervalles. (*Union méd.*)

Du sulfate de cadmium dans les opacités de la cornée. — M. le docteur Miquel, médecin de l'armée belge, se sert de la solution suivante :

Sulfate de cadmium.	5 centigr.
Mucilage de gomme.	10 grammes.

Avec un pinceau imbibé de cette préparation on touchera la taie une ou trois fois dans les vingt-quatre heures. (*Paris médical.*)

Traitement du lupus par l'éthylate de soude. — D'après le docteur Richardon, l'éthylate de soude serait le topique par excellence dans le traitement des lupus, surtout dans la forme végétante de cette affection. Il amènerait, en applications locales, une prompte destruction des nodosités, en même temps qu'il manifesterait des propriétés antiseptiques très-énergiques.

L'éthylate de soude s'emploie sous forme de solution alcoolique comprenant une partie d'éthylate pour une partie et demie d'alcool absolu. Une fois l'eschare produite, l'application de cette solution concentrée, on panse la plaie consécutive avec la même préparation, mais étendue de dix parties d'alcool. (*Le Méd. prat.*)

Pilules hémostatiques. — M. le docteur Huchard prescrit souvent la formule suivante dans les hémorrhagies d'origine diverse, telles que métrorrhagies, hémoptysies, épistaxis, etc.

Ergotine..	2 grammes.
Sulfate de quinine.	2 —
Poudre de digitale.	0,20 centigr.
Extrait de jusquiame.	0,20 —

Pour vingt pilules.

La dose est de cinq à huit ou dix pilules par jour.

Dans cette préparation, l'ergotine et le sulfate de quinine s'adressent à la contractilité des vaisseaux, la digitale à la circulation et le jusquiame à l'élément irritatif et douloureux. (*Moniteur de la policlinique.*)

Traitement de la constipation. — On ordonnera avec succès aux individus atteints de constipation quatre pilules par jour composées chacune de :

Sulfate de fer pulvérisé.	0,10 centigr.
Aloès succotrin..	0,05 —
Extrait de belladone	0,01 —

Si l'on soupçonne de l'atonie des intestins, on substituera à la belladone, dans cette formule, l'extrait de noix vomique à la dose de cinq milligrammes (0g,005) à un centigramme (0g,05). (*Courr. méd.*)

Emploi de l'arsenic dans les lymphomes et l'adénie. — MM. les docteurs Israël et Warfinge ont eu plusieurs fois recours à la médication arsenicale, pendant un mois ou deux, chez des malades atteints de tumeurs ganglionnaires. Ils citent, entre autres observations, cinq cas de succès.

Ils donnèrent dix gouttes trois fois par jour de la préparation suivante pendant la première semaine, puis vingt gouttes la seconde semaine, pour arriver en trois semaines à trente gouttes trois fois par jour pendant dix jours, après quoi ils diminuèrent progressivement la dose du médicament.

Liqueur de Fowler	10 grammes.
Malate de fer	40 —

Le docteur Warfinge donnait une solution d'arsénite de potasse à la dose de deux gouttes, deux fois par jour.

On peut également donner l'arséniate de soude à la dose de dix à vingt-cinq (10 à 25) milligrammes par jour dans de l'eau, en deux fois. (*Paris médical.*)

VARIÉTÉS

L'Ancienne Faculté de médecine de Pont-à-Mousson (1592-1768) (1).

Par M. le docteur Albert René,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

X

IV. ÉPISODE SCIENTIFIQUE : LE FŒTUS MUSSIPONTAIN.

L'histoire du « fœtus mussipontain » est assurément le fait scientifique le plus remarquable des annales de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson.

« Observatio singularis mussipontana fœtus extra uterum in abdomine retenti tandemque lapidescentis. »

Tel est le titre de la curieuse observation qui a été recueillie par Pillement, doyen de la Faculté, en 1659. Il s'agit d'une femme, âgée de plus de soixante ans, veuve depuis plus de trente ans, qui se donna la mort, en se précipitant du haut d'une fenêtre élevée. Durant sa vie elle avait souvent consulté les médecins au sujet d'une masse dure comme la pierre qu'elle sentait dans son utérus, et qui remontait à trois doigts au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur, qui déterminait un sentiment douloureux de pesanteur et provoquait des mictions et des selles involontaires, avait aussi produit une chute du rectum. Il était intéressant d'examiner le cas de plus près, puisque l'occasion s'en présentait. Pillement ordonna l'autopsie et procéda à cette opération en présence de ses collègues de la Faculté.

Une section des téguments et des muscles de l'abdomen livra subitement passage à une masse globuleuse d'un volume égal à celui de la tête d'un enfant de quatre ans. Cette masse était enveloppée dans une sorte de kyste ou involucre extrêmement dur et qu'on pouvait, pour la consistance et la couleur, comparer à l'estomac d'un bœuf. Elle était retenue par plusieurs ligaments très-forts, adhérences péritonéales qui la fixaient solidement à l'intestin grêle. Dès que l'enveloppe eut été incisée, on vit apparaître un fœtus dont les bras étaient croisés sur la poitrine et les jambes repliées sur l'abdomen. Les membres et le tronc ne faisaient ainsi qu'une masse unie et en quelque sorte soudée, dont les diverses parties échappaient facilement à la vue et au scalpel des opérateurs.

Rien dans ce fœtus n'indiquait l'action d'une puissance formatrice actuelle; on ne pouvait douter qu'il ne se fût développé lentement, et que ce développement n'eût cessé depuis longtemps.

La substance du cerveau et de ses enveloppes était d'une extrême dureté; il en était de même des principaux viscères logés entre l'épigastre et l'hypogastre, le cœur, les poumons, le foie, l'estomac, la rate, le diaphragme, la vésicule biliaire, la vessie, les intestins ainsi que l'utérus, qui était assez marqué pour qu'on ne pût méconnaître le sexe de l'enfant.

Tout l'ensemble était manifestement en voie de se convertir en pierre; la face surtout avait acquis la dureté du plâtre sans que son volume eût été augmenté par le dépôt d'une substance étrangère; ses dimensions donnaient l'idée d'un fœtus de six mois.

L'utérus de la femme fut trouvé intact et sans aucune apparence de cicatrice succédant à une plaie par laquelle l'enfant aurait pu s'échapper (2).

Tel est le résumé de l'observation de cette grossesse extra-utérine qui suscita, comme on le verra, tant de controverses. De nombreux commentateurs écrivirent des mémoires volumineux pour exposer leurs opinions. Les principaux furent réunis en un volume imprimé à Francfort, chez P. Zubrodt, en 1669, sous le titre : *Historia fœtus mussipontani..... cum adjectis variorum excellentissimorum virorum commentis*. Francofurti, MDCLXIX.

C'est par une courte revue de ces mémoires, écrits en latin, que nous terminerons notre résumé de l'histoire de l'ancienne Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson (1).

Laurent Strauss (de Darmstadt) ouvre la série des commentateurs de ce fait réputé si extraordinaire. Il doute que ce fœtus soit le produit d'une conception naturelle. Citant Hippocrate, Aristote, Démocrite, Marinus Vissensis, Ph. Salmuth, V. Pallus, Pline, etc., il conclut que la conception peut être opérée par une simple vapeur, une *aura seminalis*. Mais comment le fœtus a-t-il pu se pétrifier, et comment n'a-t-il point subi la putréfaction? Bien qu'il existe des cas analogues, c'est difficile à expliquer. Dans le cimetière des Innocents à Paris, les cadavres se putréfient avec une telle rapidité qu'en vingt-quatre heures il ne reste plus d'intact que les os, tandis que, dans la crypte d'une église de Toulouse, des corps sont encore intacts après six cents ans; c'est ainsi qu'en Italie on montre encore intact le corps de Saint-François d'Assises.

Strauss s'est surtout attaché à rapporter, dans un autre mémoire, les jugements rendus par les plus célèbres auteurs sur l'explication du fœtus mussipontain. (*Judicia varia celeberrimorum virorum de fœtus mussipontani explicatione.*)

Un Anglais, qui n'est pas resté inconnu, Kenelmus Disby, exprime son opinion en ces termes (c'est, avec ce que nous citerons plus loin, le seul passage français du livre) :

« Quand ie passay par Pont-au-Mousson, frère Barbillat (l'apoticaire des Iésuites) m'apporta en mon hostellerie l'enfant que marque le las que vous m'auez fait la grâce de m'envoyer, et me fit un narré tout au long du fait. I'ai peine à croire que l'enfant en partie pétrifié puisse estre le frère iumeau de la vieille où il se trouva. Mais aussi de quel costé que ie me tourne pour en faire iugement, ie trouve des difficultés insuperables. Au moins, celuy qui a escrit le cas l'a fait au beau coup d'érudition et force d'esprit. Certainement, c'est un grand génie, etc. »

Guy Patin estime que tout cela n'est qu'une pure fable d'Ésope, car aucune conception ne peut se faire en dehors de l'utérus. Ou c'est un produit de l'utérus, ou ce n'est pas un fœtus.

Henri Pents, qui a vu et touché ledit fœtus conservé dans de l'esprit de sel, pense que c'est le triste ouvrage de quelque Médée antique.

Hermann Conringius ne croit guère à la possibilité d'une conception extra-utérine.

Bartholin pense que, si tout ce qu'on lui raconte est vrai, la conception a dû se faire dans les trompes utérines.

Melchior Sebizius (de Strasbourg) estime qu'il n'est pas donné à l'homme de tout connaître et qu'il sera toujours loin de la vérité, car, comme dit Scaliger, nous ne voyons un peu clair que dans bien peu de choses, tout le reste n'est pour nous que ténèbres, et dans beaucoup de choses nous divaguons. Acceptons volontiers de ne pas comprendre certaines choses.

D'après Martin Weilbelius, il n'y a guère que le diable ou le bon Dieu qui ait pu procréer ce fœtus, à moins qu'il ne soit l'effet d'un sort malfaisant.

Charles Spons (de Montpellier), qui a lu cette histoire avec grand plaisir, rappelle les cas analogues, et pense à une conception intra-tubaire. Il n'a pu envoyer au gendre d'Horstius le livre de Lautier, parce qu'il « a apprrhendé la cherté du port d'icy à lui. Cependant il tient pour suspecte, avec beaucoup d'honnestes gens, la relation susdite..... Des observations de cette nature, pour se rendre dignes de créance par le monde, doivent être attestées par le magistrat du lieu, ou par deux ou trois personnes de probité et de suffisance..... »

Georges Wolckamer rappelle les cas analogues où la conception s'est faite par la bouche, opinion que Jean Gunther traite d'absurde, parce que le produit de la conception serait digéré par l'estomac, comme cela arrive « in illis qui aliorum semen vorant ».

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 septembre 1881.

(2) Voir la notice du docteur E. Grellois (*loc. citat.*) ; Pont-à-Mousson, 1878.

(1) Nous devons la communication de cet ouvrage rare à la bienveillance de deux bibliophiles érudits : MM. A. Benoît (de Berthelming) et Ch. Hyver (de Pont-à-Mousson); nous les prions d'agréer nos plus sincères remerciements.

Il pense donc que le fait de Salmuth, s'il est vrai, ne peut être que l'œuvre de Dieu ou celle du diable.

Nous ne nous arrêterons point à citer chacun des mémoires de tant de commentateurs nobilissimes, magnifiques, très-consommés, experts, oculatissimes, excellentissimes, doctissimes, méritissimes, etc.

Le mémoire d'Antoine d'Usingius (de Groningue) est un des plus importants; il démontre que ce fœtus mussipontain n'est pas un monstre. C'est l'enfant et non la sœur de cette femme. L'auteur étudie le rôle de l'imagination dans la création de ce fœtus, et se demande si deux jumeaux ont une seule et même âme ou si leur âme est distincte. L'imagination seule ne suffit pas, en dehors de toute semence mâle; aussi il trouve que le Parlement de Grenoble s'est laissé tromper par les médecins et matrones le jour où il a rendu un « arrêt notable de la cour du Parlement de Grenoble, donné au profit d'une mademoiselle sur la naissance d'un sien fils, arrivée quatre ans après l'absence de son mary, et sans avoir eu cognoissance d'aucun homme; suivant le rapport fait en ladite cour, par plusieurs médecins de Montpellier, sages-femmes, matrones et autres personnes de qualité (13 février 1637). » Le Parlement avait admis la version de la mère qui prétendait être devenue enceinte par un violent effort de l'imagination en se figurant, en songe, avoir eu des rapports avec son mari décédé. Le Parlement déclara l'enfant fils et héritier de son père.

Il est facile de trouver à ce fœtus des causes naturelles sans admettre, avec Aristote, que des perdrix peuvent concevoir par le fait que le vent qui caresse leurs ailes a passé sur les mâles placés plus loin.

Tout en étudiant l'action (attraction, etc.) de l'utérus, l'auteur accorde une grande influence aux sympathies et antipathies dans les conséquences des rapports conjugaux, mais il croit nécessaire l'action de la semence mâle ou du moins des esprits animaux qu'elle contient ou développe, pour que la fécondation ait lieu. Les curieux trouveront dans ce mémoire, aussi bien que dans les autres, un étalage d'une pompeuse érudition, dans l'exposition et la discussion de l'authenticité de faits tels que : le fœtus rendu par la bouche, l'œuf rendu par une femme, etc.

Pourquoi ce fœtus s'est-il si bien conservé, à l'abri de la putréfaction? C'est encore une question aussi épineuse et aussi savamment discutée. Quant à sa pétrification, elle s'explique aussi naturellement, étant connu le pouvoir pétrificateur de la nature.

Qui ne connaît les fossiles, les fontaines pétrifiantes, les serpents et les bœufs pétrifiés, etc. L'auteur trouve, depuis les plantes et les animaux jusqu'à l'homme, à citer de nombreux exemples, y compris celui de la femme de Loth et la métamorphose de Nabuchodonosor.

Toutes ces explications n'avaient sans doute pas satisfait un nommé Bernardus à Domâ; aussi il s'attire du même Antoine d'Usingius les plus vertes réprimandes qu'on puisse administrer à un littérateur.

Un long mémoire de 69 pages in-4° (*Vindiciæ fœtus mussipontani contra tenebrionem Bernardum à Domâ*) est consacré à la discussion, phrase par phrase, des objections dudit Bernard et de ses associés. Le mémoire est émaillé des apostrophes les plus véhémentes parmi lesquelles celles d' « insecte nocturne » amène, par une savante mais vagabonde digression, un chapitre sur les « lampes souterraines des Romains ».

Nous trouvons également, et nous ne savons encore par quelle analogie, des chapitres sur les pluies torrentielles, sur les monstres, sur les pygmées et les géants, sur les hermaphrodites, sur les nez artificiels (qui ne sont rien autre chose que nos greffes dermiques actuelles), sur la transformation des métaux, sur les espèces d'animaux qui furent enfermés dans l'arche de Noé, sur la putréfaction, sur la conservation des cadavres, etc. Un chapitre est aussi consacré à la question de savoir si la femme appartient à l'espèce humaine et si elle est plus parfaite que l'homme. Strauss y répond par des vers français :

La femme se dit plus parfaite,
Mais ie la tiens plus imparfaite,
L'effect le peut enseigner :
L'œuvre parfaite ne peut estre
A laquelle le plus bon maistre
A tousiours à besoigner.

Tout cela à propos du fœtus mussipontain! Cependant cela n'a pas encore suffi au même Antoine d'Usingius; il écrit bientôt après un nouveau mémoire de 172 pages (in-4°), dans lequel il « va mettre en lumière beaucoup d'admirables secrets de la nature », sans oublier l'histoire d'un accouchement malheureux dans lequel deux jumeaux étant passés de l'utérus dans la cavité abdominale, leurs os sont sortis par l'abdomen les uns après les autres et bien longtemps plus tard.

De ce dévergondage littéraire, retenons les titres des principaux chapitres : sur les vagissements, les pleurs et le rire du fœtus dans la cavité utérine; sur l'origine de l'âme; sur les monstres nés de l'accouplement des êtres humains avec des animaux; sur les divers modes de génération; sur les diverses espèces d'âmes; sur la métempsycose, sur les métamorphoses; si les médecins doivent traiter les maladies incurables; si l'on peut tuer les monstres humains ou quelquefois procurer l'avortement, etc.

Signalons un chapitre sur la question du baptême des monstres : *quot capita, tot sensus*, donc *quot sensus, tot capita*, et par suite autant de baptêmes que de têtes ou plutôt que de cœurs. S'il y a doute, par exemple dans un cas où il n'y aurait qu'un seul cœur avec deux têtes, on dira au premier : *Ego te baptizo in nomine Patris, etc.*, et au second : *Si non es baptizatus, ego te baptizo, etc.*, c'est-à-dire que le premier sera baptisé absolument et le second sous condition. Mais il peut se présenter une autre hypothèse : si un monstre est né d'un commerce avec des êtres humains sans avoir une véritable forme humaine, il ne faut pas le baptiser.

Citons enfin un chapitre intéressant sur les termes barbares employés en médecine, sur l'abus de la chimie, et sur l'ignorance des termes et de la langue qu'on emploie. Ainsi l'on voit souvent des gens peu expérimentés préparer les médicaments (ce qui, ajoute l'auteur, n'arrive pas seulement dans l'exercice de la pharmacie, mais se rencontre dans beaucoup de professions où des individus ignorants se mêlent d'exercer un art qu'ils ne connaissent pas). Exemples : Un médecin prescrit

. . . . . *pratensis*,

l'apprenti apothicaire lit :

arantis malis

et délivre des oranges pourries.

Celui-là ne savait pas le latin, ajoute l'auteur, mais je croirais que cette langue était plutôt trop familière à cet autre qui traduit la formule :

spec. lætificantis Gal.

par

testiculos Galli.

Décidément il paraît que, déjà au seizième siècle, les pharmaciens avaient à se plaindre de l'écriture des médecins.

Le dernier mémoire, enrichi, comme les précédents, de nombreuses citations grecques et latines, est celui d'Honoré-Marie Lautier, médecin des eaux d'Aix, qui « rapportera, dans un style heureux, comment les eaux de cette ville auraient pu dissoudre ce fœtus si prodigieux qui fait la stupéfaction de l'univers ».

La science moderne a trouvé l'explication des grossesses extra-utérines. Celui-là donc fut le plus sage qui, en appelant à l'avenir, avait dit :

Multa homini natura dedit cognoscere, plura
Non dedit; hæc alio tempore forte dabit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On annonce l'arrivée, en rade de Pauillac, des vapeurs l'*Edgard* et le *Condé*, venant du Sénégal.

L'*Edgard* a perdu six hommes dans sa traversée, cinq de fièvre

jaune, un de fièvre et d'hémorrhagies. Un septième décès a eu lieu au lazaret de Trompeloup le jour du débarquement du malade à l'infirmerie. Ce dernier n'était atteint que depuis trois jours à son arrivée en France.

Le *Condé*, parti également de Saint-Louis, mais quelques jours plus tard (le 22 août), a compté douze décès de fièvre jaune dans la traversée, décès qui se sont échelonnés jusqu'au jour de l'arrivée en Gironde le 9 de ce mois. A l'arrivée, il existait huit malades, dont trois très-gravement.

Malades, convalescents et passagers des deux navires ont été débarqués au lazaret pour y subir une rigoureuse quarantaine.

— La circulaire suivante vient d'être adressée par les maires de la ville de Paris aux médecins des différents arrondissements :

« Monsieur le Docteur,

« J'ai l'honneur de vous adresser ci-dessous la copie d'une circulaire que vient de me faire parvenir M. le préfet de la Seine, pour assurer le service de santé militaire.

« Veuillez donc, je vous prie, en prendre connaissance et me faire connaître votre intention.

« Dans le cas où vous consentiriez à assurer le service médical dans l'armée, vous voudrez bien me mettre à même de remplir le cadre dont il est question.

« Agréez, etc.

« *Le maire*,

« X...

« Monsieur le Maire,

« Par suite de l'envoi en Algérie d'un certain nombre de médecins aides-majors des bataillons de forteresse qui ont déjà quitté Paris ou qui le quitteront prochainement, le service de santé militaire pourrait, d'un instant à l'autre, se trouver en souffrance.

« M. le gouverneur de Paris, préoccupé de cette éventualité, me demande de vouloir bien lui faire connaître dès à présent les médecins civils disposés à prêter leur concours à l'administration de la guerre.

« En conséquence, j'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le Maire, de vouloir bien m'adresser une liste nominative de MM. les médecins résidant dans votre commune qui consentiraient à assurer le service médical dans les corps et les établissements de l'armée.

« Il importe que cette liste contienne, consignés très-exactement sur le cadre ci-joint, les noms et prénoms des médecins, leurs titres et leur domicile (commune, rue et numéro).

« Veuillez agréer, Monsieur le Maire, etc.

« *Le sénateur, préfet de la Seine*,

« F. Hérold. »

— M. Roux (Gratien-Fernand-Léon), médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— MM. les docteurs Cervelle, Vinsac et Monart, médecins aides-majors de première classe, sont inscrits, au titre de la Tunisie, à la suite des tableaux d'avancement.

— MM. les docteurs Jubelin et Bochard, médecins de première classe de la marine, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

— M. Venturini, pharmacien de première classe de la marine, vient de donner sa démission.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11712.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Péritonite et typhlite (1).

II

La malade dont je vous ai entretenus dans la dernière séance est aujourd'hui en voie de convalescence; le ventre est redevenu normal, la fièvre est tombée, l'état général est satisfaisant. La typhlite, ou la pérityphlite, — maladie qui pour moi ne font qu'un, — sont aussi très-améliorées. Il persiste seulement encore quelques douleurs spontanées dans le flanc droit, et la tuméfaction que l'on sent encore aussi dans cette région est un peu douloureuse à la pression. Cette tuméfaction de forme ovale, longue de 10 centimètres environ, large de 6, remonte dans l'hypochondre et correspond au cæcum et à la partie du côlon ascendant qui lui fait immédiatement suite.

Cette femme n'est donc pas complètement guérie; et, n'était l'amélioration très-marquée de l'état général, nous pourrions craindre la terminaison habituelle de la pérityphlite par suppuration. Mais je n'hésite pas aujourd'hui à me prononcer en faveur d'une terminaison par résolution, terminaison lente alors, surtout si la typhlite a duré une quinzaine de jours. Dans ce cas, douleur et tuméfaction exigent au moins de vingt à trente jours, parfois même un peu plus, pour disparaître tout à fait.

Ce qui me fait admettre cette fin heureuse chez notre malade, c'est l'absence de fièvre, l'effacement de l'état général, un pouls et une température normale, de l'appétit, etc.

La typhlite, ou pérityphlite, est une affection moins rare qu'on ne le croit ordinairement. Elle a été décrite pour la première fois, non pas par Alberts, de Bonn, en 1836, sous le nom de typhlite, ce qui est une erreur historique généralement accréditée, mais bien par un Français, en 1827, par Dance, professeur agrégé, médecin des hôpitaux des plus distingués, mort très-jeune. C'est dans le Répertoire d'anatomie et de pathologie, dirigé par Breschet, qu'il en donna la première description, sous le nom d'abcès de la fosse iliaque. Dans son mémoire il indique que ces abcès sont la conséquence de l'inflammation du cæcum et s'ouvrent soit dans la vessie, soit dans l'intestin, soit extérieurement à travers les parois de l'abdomen. Si Dance n'a pas prononcé le nom de typhlite, qui lui a été réellement donné pour la première fois par Alberts, il n'en a pas moins fait une symptomatologie parfaitement exacte de l'inflammation du cæcum et des parties avoisinantes.

Ménière, deux ans plus tard, publia sur la même question plusieurs observations nouvelles. Enfin, vint Alberts, dont le mémoire n'est pas sans une certaine valeur.

Depuis lors, peu de travaux spéciaux ont été faits sur le même sujet, jusqu'en 1868, où nous trouvons une thèse contenant quelques faits nouveaux, puis, en 1873, la thèse de M. Barré (1), rapportant quelques observations nouvelles, enfin, en 1875, la thèse de M. Paulier, ancien interne des hôpitaux, qui a réuni toutes les observations éparses de côté et d'autre et en a tiré des conclusions qui font de son travail une très-bonne monographie de la typhlite et de la pérityphlite (2).

L'anatomie pathologique de la typhlite est celle de toutes les inflammations, rougeur, épaississement et quelquefois ulcération de la muqueuse, pouvant aller jusqu'à la perforation et déterminer une péritonite aiguë, rapidement mortelle.

La position occupée par le cæcum dans la cavité abdominale rend parfaitement compte des complications qui peuvent survenir pendant le cours de cette maladie. En effet, fixé dans la fosse iliaque par le péritoine, il repose directement par sa face postérieure sur un tissu cellulaire qui lui forme en arrière un véritable coussin sans aucune membrane de séparation. De là une facilité de propagation des phénomènes inflammatoires au tissu cellulaire, phlegmon, abcès, etc.

On trouve souvent dans le cæcum des matières fécales devenues dures comme des pierres, qui ont été certainement pour une grande part dans le développement de l'inflammation; souvent aussi l'on y rencontre des corps étrangers, tels surtout que des noyaux de fruits, cause première de l'irritation de la muqueuse de l'organe; parfois aussi on y aperçoit des calculs biliaires, des paquets de lombrics, etc. Mais le plus généralement ce sont des matières fécales dures et pierreuses.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 septembre 1881.

(1) Barré (Oscar-Élie). — Essai sur la typhlite.

(2) Paulier (Armand). — Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite.

L'étiologie de la typhlite est assez obscure; on a dit que cette affection, fréquente chez l'adulte, était rare chez l'enfant. Je ne suis pas de cet avis, car je l'ai observée à plusieurs reprises chez des enfants qui avaient avalé des noyaux de cerises. On a dit aussi qu'elle était plus commune chez l'homme que chez la femme, je ne le pense pas davantage. Si j'en croyais les faits que j'ai eu l'occasion d'observer jusqu'à présent et surtout depuis quelques mois, je devrais la considérer au contraire comme plus fréquente chez la femme.

Les causes efficientes peuvent être une chute, un traumatisme sur le ventre; mais le plus souvent la typhlite est produite par la rétention de substances quelconques dans le cæcum.

La maladie débute le plus ordinairement d'une façon insidieuse. Ce sont, le premier et le second jour, quelques douleurs vagues dans le ventre s'accompagnant de constipation, d'un malaise général, de fièvre légère. Puis tout à coup le malade éprouve une douleur vive dans le flanc droit, douleur d'intensité et d'étendue variables, lancinante, profonde, remontant vers le foie, augmentant enfin par la pression la plus légère. Cette douleur se prolonge quelquefois dans la cuisse droite, forçant le malade à fléchir le membre inférieur comme dans le psoïtis. Chez l'homme, il existe quelquefois une rétraction du testicule du côté malade, comme dans le cas de colique néphrétique.

Le ventre présente au niveau de la région malade une tuméfaction appréciable, un peu oblongue, dont l'étendue est en rapport avec la lésion. En même temps on observe une température locale plus élevée que du côté opposé. Comme symptôme, nous citerons encore une constipation opiniâtre; celle-ci est si bien même la cause directe de la typhlite dans un certain nombre de cas, qu'il suffit parfois d'une évacuation abondante pour amener un soulagement marqué, voire même la guérison, lorsque la maladie n'est pas encore très-avancée. Quelquefois les malades ont de la diarrhée, mais le fait est plus rare.

Ces différents phénomènes s'accompagnent souvent de ténesme comme dans la dysentérie, mais surtout d'inappétence, de dégoût pour les aliments solides ou liquides, d'une langue blanche, d'envie de vomir, de vomissements de matières bilieuses, aqueuses, ou bien verdâtres, porracées, en rapport alors avec quelque complication péritonéale.

Les phénomènes généraux sont caractérisés par de la fièvre, par une fréquence du pouls qui n'est point en rapport avec l'état de la température; celle-ci en effet reste ordinairement peu élevée, et même s'abaisse au-dessous de la normale dans le cas de péritonite. Du reste, pas de délire, pas de céphalalgie, nuls phénomènes nerveux.

La typhlite est rarement simple; le plus souvent elle s'accompagne de péritonite; en tous cas, celle-ci est toujours imminente par propagation inflammatoire. La péritonite peut être aussi le résultat de la perforation de la muqueuse intestinale et de la pénétration des matières dans la cavité péritonéale.

La péritonite par propagation est quelquefois peu intense; d'autres fois elle est sérieuse, généralisée, et exige alors une thérapeutique énergique et prolongée.

La néphrite albumineuse a été signalée aussi par M. Paulier, comme l'une des complications de la typhlite, par propagation de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cæcal au tissu cellulaire qui environne le rein et au rein lui-même.

La durée de la typhlite aiguë varie entre huit jours et six semaines. Les terminaisons de la maladie sont variables. La plus heureuse est par résolution, soit qu'elle survienne promptement à la suite d'évacuations alvines abondantes, soit qu'elle se fasse lentement par la diminution progressive de la douleur et de la tuméfaction. La typhlite peut se terminer aussi par l'induration du tissu cellulaire, par chronicité; j'ai vu ainsi une femme avec une tuméfaction dure persistante dans le flanc droit qui donnait lieu, trois ou quatre fois par an, à des phénomènes aigus, à une sorte d'embarras cæcal, d'occlusion intestinale, durant huit ou dix jours, et disparaissant sous l'influence d'un purgatif et d'un vésicatoire appliqué sur la région malade. Cette femme succomba, deux ou trois ans plus tard, à une phthisie pulmonaire; aussi me suis-je demandé si chez elle il n'existait pas de péritonite tuberculeuse développée à la suite de sa typhlite.

Enfin, une troisième terminaison est celle par suppuration, soit par propagation directe des accidents inflammatoires au tissu cellulaire ambiant, soit par la perforation de la région postérieure du cæcum dans le tissu cellulaire, déterminant alors un phlegmon et un abcès. Lorsque l'abcès s'est formé, le pus peut s'écouler intérieurement par l'intestin, par la vessie ou par le vagin; il existe aussi deux cas où l'abcès s'est ouvert dans l'artère iliaque produisant une mort immédiate; il peut également s'ouvrir dans le péritoine et donner lieu à une péritonite mortelle. Mais, d'autre part, le pus peut se faire jour à travers les parois abdominales et nécessiter l'intervention chirurgicale sans attendre que l'abcès s'ouvre de lui-même à l'intérieur. Il est encore une autre terminaison possible : c'est l'obstruction intestinale complète par les matières fécales, donnant lieu aux phénomènes graves et assez rapidement mortels de l'occlusion de l'intestin. Je ne vous parlerai pas de la perforation de l'intestin enflammé, ulcéré, que j'ai déjà citée tout à l'heure, entraînant avec elle tout le cortège des accidents si graves, ordinaires en pareil cas, refroidissement du corps, pâleur de la peau, vomissements, tuméfaction du ventre et mort rapide en quelques heures.

D'après les différents modes de terminaison qui peuvent survenir et que je viens d'énumérer, vous voyez que le pronostic reste encore d'une certaine gravité, bien que la guérison soit le plus souvent à espérer, même en cas d'abcès.

Quant au traitement, il doit tout d'abord s'adresser à la cause première du mal, c'est-à-dire à la rétention fécale; de là les purgatifs tels que l'huile de ricin et les lavements au miel de mercuriale.

Puis on aura recours aux antiphlogistiques répétés, aux sangsues et aux frictions mercurielles avec l'onguent napolitain seul ou associé à l'extrait de belladone; s'il y a tendance à la suppuration, vésication sur la région malade; s'il survient de la péritonite, sangsues, opium à l'intérieur et friction avec l'onguent napolitain. Enfin, lorsque l'abcès est formé, cataplasmes émollients et purgatifs dans le cas où les évacuations seraient difficiles.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. DEPAUL.

Pelvimètres et pelvimétrie.

Les mensurations externes du bassin n'ont que peu d'importance; ce qui doit surtout nous occuper, ce sont les mensurations internes.

Les instruments inventés pour mesurer le diamètre du bassin et notamment le diamètre antéro-postérieur sont nombreux et variés; je ne vous les indiquerai pas tous, loin de là, ce serait absolument inutile, et ceux d'entre vous que cela intéresserait plus particulièrement retrouveront à ce sujet tous les détails qu'ils pourraient désirer dans des livres spéciaux. Je me bornerai donc à vous en indiquer ici quelques-uns seulement.

Parmi les instruments anciens, je vous citerai le pelvimètre de Coutouly, que l'on peut comparer au podomètre dont les cordonniers se servent pour mesurer la longueur du pied. Il se compose, comme vous le voyez ici, de deux tiges d'acier qui glissent l'une sur l'autre et se recourbent, à leur extrémité, à angle droit. La tige, pourvue d'une rainure, porte une série de divisions qui permettent d'apprécier la longueur d'écartement des deux branches correspondant au diamètre antéro-postérieur du bassin.

Mais on a renoncé à ce pelvimètre en raison des inconvénients qu'il présentait, notamment par la longueur de ses tiges verticales qui le rendaient d'une application difficile, douloureuse et peu-supportable par les femmes. J'en puis parler savamment, m'en étant servi à plusieurs reprises.

Je vous signalerai aussi le compas d'épaisseur de Stein ou pelvimètre interne, d'un emploi difficile aussi et peu commode; lorsque ses extrémités terminales sont appliquées sur les points dont l'intervalle est à mesurer, leur petitesse est telle qu'elles glissent facilement et se déplacent; de plus, en outre des inconvénients du pelvimètre de Coutouly que celui de Stein offre encore, celui-ci risque aussi de déchirer les parois vaginales.

Nous avons aussi à indiquer deux autres pelvimètres : celui de M. Lanouvelle et celui de Mme Boivin avec lesquels on peut faire des mensurations moitié internes, moitié externes, en introduisant l'une de leurs branches par le vagin pour aller s'appliquer sur l'angle sacro-vertical, tandis que l'autre sera fixée à l'extérieur contre la symphyse pubienne. Le chiffre d'écartement que cette mensuration nous donne alors doit être diminué de l'épaisseur de la symphyse, sans quoi l'on n'aurait que des dimensions approximatives. Il faut donc alors mesurer avec le même instrument cette symphyse pubienne en appliquant l'une des branches de l'instrument en dedans tandis que l'autre reste en dehors. On peut aussi, avec l'un de ces deux instruments, mesurer directement le diamètre antéro-postérieur en appliquant une branche en arrière contre l'angle sacro-vertébral et l'autre en avant contre la face postérieure de la symphyse pubienne.

Un de nos anciens externes, M. Croizat, a imaginé un petit instrument qui présente quelques avantages sur le précédent. Il est formé d'une tige qui se termine par un doigtier pour passer l'index, afin de permettre de guider plus sûrement l'instrument sur le doigt et le porter sur l'angle sacro-vertébral. Une seconde tige plus courte, mobile, vient s'appliquer contre le pubis et l'écartement entre les deux branches donne le diamètre antéro-postérieur du bassin; mais il est toujours nécessaire de diminuer des chiffres obtenus l'épaisseur de la symphyse pubienne, à moins que, comme pour le précédent pelvimètre, on n'introduise la seconde branche dans le vagin et qu'on ne l'applique contre la face postérieure du pubis.

Mais, de tous les pelvimètres inventés jusqu'à ce jour, le doigt est encore le meilleur; aussi ne m'arrêterai-je pas plus longtemps à vous parler de tous ces instruments. Cela est si vrai qu'un médecin étranger, dont le nom m'échappe en ce moment, et qui a inventé, lui aussi, un nouveau pelvimètre qu'il décrit avec la satisfaction qu'éprouve toujours tout inventeur, termine ladite description en disant que, malgré les avantages de son instrument et la supériorité qu'il présente sur ceux imaginés jusqu'alors, le doigt est encore le meilleur de tous les pelvimètres.

Cela est parfaitement certain; la mensuration du bassin avec le doigt nous fournit des notions qu'aucun pelvimètre ne peut nous donner. En effet, dans l'étude des bassins vicieux, il y a des déformations de toute nature; il n'importe pas seulement de savoir s'il existe un rétrécissement antéro-postérieur, il est nécessaire de connaître aussi tout autre rétrécissement transversal, etc., qui pourrait exister.

Or le doigt est le seul instrument qui puisse se promener partout dans le vagin, explorer le bassin dans tous les sens. Que si l'indicateur de la main droite ne satisfait pas à toutes les nécessités d'une exploration parfaite, vous la complétez par une exploration avec l'indicateur de l'autre main. Le doigt répond donc à toutes les recherches nécessaires, même dans certaines mensurations spéciales comme dans le cas de bassin oblique ovalaire.

Mais comment doit-on s'en servir? On introduit le doigt dans le vagin, comme lorsque l'on veut pratiquer le toucher vaginal. On va droit en arrière et un peu en haut à la recherche de la courbure du sacrum; je dis la courbure, bien que quelquefois la face antérieure du sacrum, au lieu d'être normalement incurvée en avant, soit droite ou bien parfois aussi convexe. Puis le doigt remonte jusqu'à ce qu'il rencontre une saillie transversale ou saillie sacro-vertébrale au-dessus de laquelle il sent les os fuir en arrière. Mais il faut savoir que cette saillie ne correspond pas toujours à l'angle sacro-vertébral, du moins dans les quelques bassins mal conformés qui présentent parfois deux promontoires, l'un vrai, l'autre faux, ce dernier produit par la saillie anomale d'une vertèbre. Mais je ne m'occuperai pas aujourd'hui de ces anomalies.

Vous appliquez donc l'extrémité du doigt sur l'angle sacro-vertébral, et vous ramenez le bord radial de votre doigt de façon qu'il se trouve directement appliqué contre le bord inférieur de la symphyse pubienne. Vous avez ainsi la longueur exacte du diamètre antéro-postérieur du bassin, que vous marquerez avec l'ongle du doigt indicateur de l'autre main; retirant alors vos deux doigts, vous mesurez cet intervalle; il ne vous reste plus alors qu'à diminuer du chiffre obtenu l'épaisseur de la symphyse que vous mesurez entre deux doigts. Mais ces résultats ne sont pas encore complets, car l'angle sacro-vertébral au bord *inférieur* de la symphyse ne nous donne pas le diamètre antéro-postérieur exact du bassin. Le diamètre vrai, comme vous le savez, est compris entre l'angle sacro-vertébral et le bord *supérieur* de la symphyse pubienne. Votre mensuration vous donnerait donc une ligne oblique au lieu d'une ligne droite; il faut alors, pour parvenir à un chiffre aussi approximatif que possible, diminuer, de la longueur ainsi obtenue, un centimètre un quart à un centimètre et demi au plus.

Telle est la règle ordinaire. Cependant je dois encore vous signaler une petite cause d'erreur qui tient à l'obliquité plus ou moins grande de la symphyse. Il faut donc, en résumé, dans la mensuration du diamètre antéro-postérieur du bassin, tenir compte, non-seulement de l'épaisseur de la symphyse, mais encore de sa direction plus ou moins oblique.

Enfin il y a des symphyses pubiennes de hauteur variable; la moyenne étant de 3 à 4 centimètres, on en trouve quelquefois qui atteignent jusqu'à 5, 6 et même 7 centimètres. Cette dernière est fort rare. Je ne l'ai observée qu'une seule fois jusqu'à présent; c'était, il y a dix-huit mois, sur une jeune femme qui venait d'arriver à la clinique, et, lorsque je l'eus constatée, je pensai que l'accouchement présenterait de grandes difficultés. Aussi ai-je été surpris d'apprendre que cette femme était accouchée, quelques jours plus tard, spontanément, toute seule, et sans aucun incident.

Ces hauteurs plus grandes de la symphyse du pubis rendant la ligne de mensuration beaucoup plus oblique, il est nécessaire d'en tenir compte, pour éviter des erreurs de chiffre, dans la longueur du diamètre antéro-postérieur.

Les trois points dont il faut tenir compte dans les mensurations antéro-postérieures du bassin sont donc la hauteur, la direction et l'épaisseur de la symphyse pubienne, et, grâce à ces précautions, vous arriverez à des résultats suffisamment précis dans la pratique des accouchements, c'est-à-dire à un, deux ou trois millimètres près.

HOPITAL LAENNEC. — M. Damaschino.

Hémoptysies et tuberculisation pulmonaire.

Il y a aujourd'hui même un an que la jeune fille dont je vais vous parler entrait dans cet hôpital, où, pour le dire immédiatement, elle a succombé la semaine dernière.

Elle arrivait ici pour une arthrite fongueuse du poignet gauche que nous avons vue pendant tout ce temps évoluer sous nos yeux. Elle ne s'est point terminée par suppuration, mais l'état fongueux de l'articulation a produit une semi-luxation.

A l'époque de son entrée, elle toussait encore fort peu, mais elle toussait cependant. Depuis trois ou quatre mois elle était aussi atteinte d'un acné varioliforme, principalement à la face, au cou et sur le côté gauche du corps.

Elle n'avait, jusqu'alors, jamais craché de sang. Par l'auscultation on reconnaissait les signes d'une induration du sommet du poumon droit avec un commencement de ramollissement, et l'on entendait quelques ronchus caverneux.

Un matin nous trouvâmes du sang dans son mouchoir, et, en l'auscultant avec soin, nous constatâmes plus de ronchus que d'habitude. Trente-six heures plus tard, les crachements de sang avaient complètement cessé. Dans les derniers mois de l'année, elle eut cependant de nouvelles hémoptysies, mais chaque fois avec des caractères bénins, sans fièvre vive, sans grande intensité.

Il y a trois semaines, l'hémorrhagie pulmonaire fut plus abondante, et elle dura trente-six heures. Nous la combattîmes par des injections sous-cutanées d'ergotine. Enfin, il y a douze jours, nouveau crachement de sang plus considérable encore, de 180 à 200 grammes environ, qui s'arrête assez rapidement.

Deux jours plus tard, notre jeune malade mourait subitement dans la nuit, après avoir de nouveau rempli de sang son crachoir. Elle a donc succombé à une dernière hémoptysie, fait qui n'est pas rare à l'hôpital Laennec, où l'on nous envoie toujours de nombreux phthisiques.

Les hémoptysies surviennent quelquefois au début de la maladie, et constituent alors l'un des premiers symptômes de l'affection respiratoire; parfois même elles en sont le premier en date.

C'est ainsi que des individus, jouissant en apparence d'une bonne santé, sont pris tout à coup de crachements de sang ou d'hémoptysie, rendant un sang tout d'abord aéré, spumeux et rutilant, puis bientôt noirâtre. Ces crachements de sang peuvent quelquefois être très-abondants au début (200 à 500 grammes), quelquefois aussi persister pendant un, deux ou trois jours, voire même pendant un septénaire.

A la suite de ces hémorrhagies on ne voit pas tous les symptômes thoraciques disparaître, mais on constate quelquefois des signes d'induration pulmonaire. D'autres fois on ne trouve rien dans la poitrine et tout paraît être rentré dans l'ordre. C'est sur des faits de ce genre que l'on s'est basé pour dire que la phthisie se déclarait à la suite d'hémoptysies.

Mais, en dehors de ces accidents hémorrhagiques, on voit journellement des malades qui présentent des cavernes pulmonaires, pris d'hémoptysies plus ou moins abondantes. Puis le phénomène s'arrête, et le malade recouvre son état de santé antérieure. Les choses durent ainsi deux, trois, cinq, sept ou dix semaines, et, sans aucune autre cause, par exemple, qu'un peu de fatigue, l'hémorrhagie se renouvelle et l'individu succombe subitement.

C'est, en effet, à la période des cavernes surtout qu'une hémorrhagie pulmonaire peut tuer tout d'un coup.

Mais quelle est la pathogénie des hémoptysies qui surviennent au début de la maladie? Cette pathogénie ne peut être que théorique, car, dans ces conditions, la mort ne survenant pas, aucune autopsie n'a été faite. Les uns ont dit que ces hémoptysies étaient la conséquence de la fluxion qui accompagnait le développement des granulations tuberculeuses. C'est une erreur, car le développement des tubercules amène l'oblitération des vaisseaux, ce qui est l'inverse de la congestion; d'autre part, lorsque l'on fait l'autopsie d'enfants morts de méningite tuberculeuse et dont les poumons sont farcis de tubercules, vous trouvez le parenchyme pulmonaire pâle et tout à fait exsangue. Le début des granulations pulmonaires ne donne donc généralement pas lieu à de la fluxion ou de la congestion du poumon. Cependant nous devons à la vérité d'ajouter que, dans quelques circonstances, où des individus ont succombé à une phthisie pulmonaire granuleuse aiguë, la mort par asphyxie s'accompagnait alors de congestion pulmonaire. Aussi ne dirai-je pas qu'il n'y a jamais de congestion granuleuse. Ce point n'est, du reste, pas encore complètement éclairci.

Ce grand desideratum inhérent à la pathogénie des hémoptysies du début de la tuberculisation pulmonaire n'existe plus lorsque ces hémorrhagies surviennent à la période des excavations. Ici le mécanisme est élucidé.

On avait bien parlé autrefois d'altérations des vaisseaux, d'ulcérations destructives de leurs parois, comme étant la cause des hémorrhagies. Andral est le premier qui rapporte semblables lésions trouvées dans une autopsie. Mais c'est à Fearn, médecin anglais, que l'on doit surtout des notions précises sur une première autopsie (1841), relatant le fait d'un anévrysme d'une branche de l'artère pulmonaire faisant saillie dans une caverne du poumon et donnant lieu à une hémorrhagie.

Depuis lors divers auteurs se sont occupés de la même question, les observations se sont multipliées, de nombreuses recherches ont été faites et publiées, démontrant le mode de formation de ces anévrysmes, leur perforation à un

moment donné, les hémoptysies consécutives, et la mort par asphyxie, par l'obstruction des voies aériennes par une mousse sanguine, impropre à l'hématose.

D'autre part on a trouvé quelquefois à l'autopsie une branche secondaire de l'artère pulmonaire, altérée au milieu d'une caverne et ayant subi une certaine perte de substance qui avait déterminé une hémorrhagie foudroyante, sans que l'on pût constater aucune trace d'anévrysme.

Il peut aussi arriver qu'un individu, sain en apparence, soit pris tout à coup d'hémoptysie sans qu'il soit phthisique. La science renferme un certain nombre de ces observations dans lesquelles il n'existait aucune altération du poumon. Andral rapporte encore le fait d'un individu qui vécut jusqu'à soixante-douze ans après avoir eu dès l'âge de dix-huit ans des hémoptysies considérables.

Peut-on, étant parfaitement sain, avoir une hémorrhagie qui deviendra le point de départ d'une tuberculisation ultérieure? Les auteurs ont été très-partagés sur cette question. Autrefois on était pour l'affirmative. Laennec n'était pas de cet avis; il disait que, si l'on examinait avec soin les poumons, on trouverait dans ce cas des traces de tubercules. Mais l'opinion même de Laennec n'a pas été admise par tout le monde. On a dit que le sang épanché dans le poumon déterminait une pneumonie irritative, laquelle devenait le point de départ d'un poumon phthisiogène. Ici encore nouveau désaccord, les uns repoussant le fait, les autres l'acceptant en ajoutant que le développement de ce processus nécessitait une prédisposition spéciale.

Quant au traitement de l'hémoptysie du début, il doit consister dans le repos, le silence, l'air frais, les boissons froides et une alimentation modérée; puis une médication vomitive par l'ipéca, ou simplement nauséeuse, pour amener une certaine dépression, pour ralentir la circulation et faciliter la coagulation du sang.

Dans la phthisie terminale, je n'oserais pas conseiller les vomitifs. Nous avons, du reste, d'autres moyens, soit l'ergotine en potion, en pilules et mieux encore en injections hypodermiques, soit, ce que je préfère, la digitale qui agit davantage sur la circulation générale. Enfin nous avons les révulsifs, les ventouses sèches, les ventouses Junod et la ligature des membres.

SUR LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE (1)

Par M. le docteur Brunet.

Les expériences de M. Toussaint sur l'inoculation de la tuberculose (2) ne me paraissent pas suffisamment probantes.

J'ai constaté, comme d'autres expérimentateurs, que l'inoculation des matières étrangères, autres que le tubercule, dans le tissu sous-cutané du lapin, détermine très-souvent des tubercules dans le poumon de cet animal.

J'ai inoculé, sur dix-neuf jeunes lapins, sept fois du cancer, six fois du pus simple et six fois de la matière tuberculeuse.

Quatorze de ces lapins sont devenus tuberculeux ; six avaient été inoculés avec le cancer, trois avec le pus, cinq avec la matière tuberculeuse.

Les cinq autres lapins ont guéri.

Ces inoculations ont été pratiquées, en 1869, à l'asile de Dijon, dont j'étais alors le directeur-médecin.

L'inoculation du cancer produirait donc la tuberculose aussi souvent que celle du tubercule lui-même, ce qui tendrait à faire croire que la matière inoculée n'exerce pas une influence spécifique et agit surtout comme corps étranger, en déterminant une inflammation ambiante à laquelle me paraît due la tuberculose.

Le pus, étant plus facile à résorber que des matières solides, produit une inflammation moins grande et, par suite, moins souvent la tuberculose.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 5 septembre 1881.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 844.

REVUE DE LA PRESSE

Inhalations antiseptiques dans les affections pulmonaires. — Si, comme nous venons de le dire, les pulvérisations phéniquées soulagent notablement les malades atteints d'angine et de pharyngite douloureuses, d'autre part il résulte d'un mémoire de M. le docteur Sinclair Coghill, médecin de l'hôpital des phthisiques de Londres, que les inhalations antiseptiques diminuent la quantité et la purulence des sécrétions bronchiques et rendent la toux moins opiniâtre. Les effets de ces inhalations sont également des plus remarquables dans la pneumonie en résolution, le catarrhe et la dilatation des bronches.

L'auteur, après de nombreuses expériences, choisit de préférence, parmi les substances à inhaler, l'acide phénique, la créosote, l'iode en combinaison avec l'éther sulfurique et l'alcool rectifié.

M. Sinclair Coghill traite ainsi ses phthisiques depuis cinq ans par des inhalations antiseptiques, qui sont une sorte de pansement listérien de l'ulcère pulmonaire, ayant pour but de diminuer la sécrétion, de faciliter l'évacuation des liquides purulents amassés dans l'excavation et de désinfecter l'air qui circule dans les bronches.

L'appareil dont il se sert est des plus simples; c'est un masque buccal ayant la forme d'une petite cuvette, constitué par deux enveloppes perforées à la façon d'un crible, entre lesquelles est interposé un petit paquet d'étoupe ou une feuille de ouate. L'inhalateur est maintenu en place au moyen de deux anses élastiques qui s'adaptent au pavillon de l'oreille de chaque côté. Le tampon, étoupe ou ouate, que l'on peut renouveler à volonté grâce à la mobilité de l'enveloppe interne de l'appareil, est imbibé, deux fois par jour, de dix à vingt gouttes de la solution antiseptique. En général, l'inhalateur est appliqué une heure le matin, après le réveil, et une heure le soir, avant le coucher. Pendant la durée de l'inhalation, le malade doit s'efforcer avec grand soin de n'inspirer que par la bouche, de façon que l'air y pénètre chargé des molécules antiseptiques rencontrées dans son passage à travers le tampon. Par contre, l'expiration doit se faire exclusivement par le nez.

Au début l'inspiration doit être courte pour [illegible]r graduellement plus ample, plus profonde, afin de fai[illegible]nétrer l'air, ainsi modifié, dans toutes les parties du poumon. Ce jeu respiratoire énergique a le double avantage de faciliter l'hématose et de favoriser, dans une large mesure, l'expulsion des exsudats purulents, en mettant en action toute l'élasticité du tissu pulmonaire.

D'après M. le docteur Sainclair Coghill, les inhalations antiseptiques ne réussiraient pas aussi bien dans la phthisie laryngée en raison de leur action trop irritante; aussi, dans ce cas, leur préfère-t-il simplement l'absorption de vapeurs humides. (*Archiv. de méd.*)

Galactorrhée et eczéma consécutif. — Chez certaines femmes, les parties humectées constamment par l'écoulement continu du lait sont d'autant plus facilement le siège d'un eczéma que ce liquide, en s'altérant, prend rapidement des propriétés irritantes. C'est ainsi que M. le docteur Vidal a eu dernièrement, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, une femme qui, après être accouchée depuis trois mois et après avoir nourri son enfant pendant trois semaines, a présenté semblables accidents à un haut degré.

Chez cette malade, en effet, l'écoulement du lait avait persisté

depuis cette époque et avait déterminé sur la partie antérieure de la poitrine et sur le ventre de larges plaques d'eczéma, d'un rouge intense, présentant les traces d'une irritation constamment entretenue par la présence de ce liquide altéré. Le seul moyen pour guérir cet eczéma consistant à tarir l'écoulement du lait, M. Vidal prescrivit des frictions faites chaque jour sur les mamelons avec de l'extrait de belladone (gros comme un grain de chènevis); en outre, la malade dut prendre chaque jour 4 grammes d'iodure de potassium.

Au bout de huit jours, l'écoulement et l'éruption cutanée étaient assez modifiés pour espérer une prochaine et complète guérison. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Vomissements incoercibles. — Dans un précédent article (1) nous avons rapporté les résultats obtenus par M. le docteur Bailly par l'application de vésicatoires et de sachets de glace chez une femme enceinte de trois mois; aujourd'hui nous trouvons des résultats non moins remarquables obtenus par l'emploi des lavements de chloral, soit dans les vomissements nerveux, soit dans les vomissements de la grossesse.

C'est ainsi que M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, y a souvent recours avec succès. Ces lavements, qui lui rendent les plus grands services chez les femmes enceintes, se composent d'un verre d'infusion de feuilles d'oranger contenant 1 gramme de chloral. On ordonne deux lavements ainsi formulés par jour, en ayant soin de les administrer une heure avant le repas.

D'autre part, M. le docteur Dussaud, dans un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'action du chloral et de l'opium*, et communiqué récemment à la Société de médecine de Marseille, relate l'histoire d'une jeune femme de vingt-huit ans, atteinte de vomissements incoercibles pendant sa grossesse.

Ces vomissements, qui apparaissaient régulièrement tous les mois, furent calmés également, comme chez les malades de M. Vidal, par l'administration du chloral en lavement.

L'auteur cite également le fait d'une malade de la Maternité de Marseille, atteinte d'accidents éclamptiques pendant sa grossesse, qui guérit parfaitement par des lavements de chloral (12 grammes en vingt-quatre heures). (*Marseille méd.*)

Enfin, nous dirons que, dans un cas de vomissements incoercibles observés chez une femme parvenue au quatrième mois de sa grossesse, vomissements contre lesquels tous les modes de traitement employés (préparations opiacées à l'intérieur, injections sous-cutanées de morphine, etc.) avaient échoué, M. le docteur Pinard a recouru avec succès aux inhalations d'oxygène. La malade en respira 10 litres le premier jour, 12 litres le second jour et 15 litres le troisième ; à partir de ce jour, les vomissements cessèrent et la grossesse suivit son cours sans accident. (*Le Méd. prat.*)

Nouveaux résultats de l'élongation des nerfs. — Langenbeck vient de publier les résultats de l'élongation des nerfs pratiquée sur vingt malades atteints d'affections diverses.

a. Ataxie locomotrice. — Chez six malades ataxiques, l'opération a donné les résultats les plus favorables : les douleurs fulgurantes dissipées du jour au lendemain ; disparition au bout de très-peu de temps de l'anesthésie, des sensations anomales, crises viscéralgiques, constriction à la base du thorax, etc. Avec la disparition de l'anesthésie plantaire, les troubles de la marche et de la coordination se dissipaient à leur tour, et tel malade qui, depuis des années, ne pouvait marcher qu'en traînant les pieds, en les projetant en tous sens et en les surveillant sans cesse du regard, parvenait, à la suite de l'élongation du gros tronc nerveux du membre inférieur, à progresser très-rapidement, à pivoter sur lui-même et fermer les yeux sans tomber. Le seul symptôme ataxique qui survécût à l'opération chez tous les malades fut l'abolition des réflexes tendineux. L'amélioration était telle enfin que le malade, opéré d'un seul côté, réclamait semblable opération du côté opposé.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 9 août 1881.

b. Tétanos avec trismus. — Deux fois Langenbeck a pratiqué l'élongation chez des malades atteints de tétanos avec trismus, et deux fois l'effet a été nul; les malades ont succombé.

c. Sclérose en plaques. — Dans les deux cas de sclérose en plaques où l'opération a été pratiquée, une amélioration notable a été constatée. Dans l'un d'eux, qui se rapporte à une jeune fille de quinze ans, l'élongation du sciatique à droite fit cesser le tremblement qui agitait la tête au moment où la malade se mettait à parler, améliora l'embarras de la parole et dissipa la contracture des fléchisseurs des avant-bras. Enfin, guérie de l'opération, cette malade put se passer des béquilles dont auparavant elle était forcée de se servir.

d. Atrophie musculaire progressive. — L'intervention chirurgicale a produit ici, comme résultat, une diminution très-manifeste des tremblements fibrillaires dans les muscles en voie d'atrophie.

e. Sclérose latérale. — Limitée à une moitié latérale de la moelle, cette sclérose était caractérisée par de la parésie et de la contracture des muscles de la jambe droite, des secousses douloureuses, de l'anesthésie, l'exagération du phénomène du genou et de la démarche caractéristique de cette lésion spinale. L'élongation du sciatique droit a dissipé tous les symptômes au bout de quelques jours, et la guérison s'est parfaitement maintenue.

f. Prurigo sénile. — Un vieillard était tourmenté depuis trois ans par un prurigo généralisé, rebelle à tous les traitements. L'élongation du sciatique droit calma rapidement les démangeaisons.

g. Pemphigus chronique. — Dans un cas de pemphigus chronique, chez une petite fille de quatre ans, cette même opération fut suivie d'une prompte disparition de toutes les bulles et croûtes qui recouvraient la surface du corps. (*Paris méd.*)

Traitement des maladies du cœur. — Chez sept malades affectés de maladies du cœur, traités cette année à sa clinique, M. le professeur de Renzi a employé alternativement le bromure de potassium et l'hydrate de chloral. L'étude comparative sur l'action des médicaments lui a donné les résultats suivants :

Le bromure de potassium diminue l'anxiété des malades; ceux-ci éprouvent un certain bien-être, la respiration est plus facile et surtout le sommeil est plus tranquille et plus durable. Le nombre des pulsations et des inspirations diminue. C'est pour ces dernières, jusqu'à présent du moins, que la diminution est le plus sensible. Par contre, la toux semble s'aggraver sous l'influence du médicament.

L'iodure de potassium réussit mieux et est plus utile dans les maladies du cœur. Il a principalement pour effet d'améliorer d'une manière remarquable la respiration et de faire cesser l'asthme symptomatique.

L'hydrate de chloral, à petites doses, peut combattre l'insomnie qui tourmente les cardiopathes. En général, cependant, il ne diminue pas sensiblement la dyspnée d'origine cardiaque. Il facilite la torpeur cérébrale et la somnolence, phénomènes qui ne sont pas rares dans les maladies du cœur. Le plus souvent on a dû suspendre l'emploi de l'hydrate de chloral, parce que, administré avec l'iodure de potassium, il produisait chez les malades une somnolence grave et persistante. (*Siécle méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bonnet (Marius-Joseph-Isidore) est nommé pour deux ans, à dater du 1er novembre 1881, aide de physique, en remplacement de M. Estor, dont le temps d'exercice sera expiré.

M. Combemale (François-Auguste-Frédéric), est nommé pour deux ans, à dater du 1er novembre 1881, aide de chimie, en remplacement de M. Boix, dont le temps d'exercice est expiré.

— Le dimanche 8 mai dernier a eu lieu, à Gorée, l'inauguration d'un monument commémoratif élevé en l'honneur des officiers du

corps de santé de la marine victimes de l'épidémie de fièvre jaune de 1878.

M. Piécentin, maire de Gorée, s'est fait l'interprète des sentiments de gratitude de la population. Nous empruntons aux *Archives de médecine navale* la conclusion de son discours :

« Ce monument, élevé par la reconnaissance et pour honorer ce qui est grand et beau, perpétuera la mémoire de ces glorieux martyrs du devoir.

« Tous les dévouements y trouvent leur place : les médecins combattant la mort et succombant sous son étreinte ; l'homme de Dieu, au chevet du malade, lui prodiguant des consolations ; la religieuse, dans son sublime rôle de charité, mourant résignée, le regard tourné vers le ciel.

« Tous ont droit à l'immortalité, et les générations futures, en voyant ces noms burinés sur la pierre, en relisant ces pages écrites avec des larmes dans nos annales, uniront dans une même pensée et les victimes et la population qui a compris leur héroïsme. »

— On annonce la mort de M. le docteur Oheix, conseiller général de la Loire-Inférieure.

Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Chavoix, décédé vendredi dernier, 16 septembre 1881, à Excideuil (Dordogne). M. le docteur Chavoix, né en 1805, était depuis 1877 député de la Dordogne. Au coup d'État de 1851, il s'était retiré en Espagne, où il avait séjourné jusqu'en 1860, ne rentrant en France qu'après l'amnistie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11716.

N° 109. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 22 SEPTEMBRE 1881. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est la chirurgie qui a fait les frais principaux de cette séance. M. Polaillon a présenté un opéré auquel il a pratiqué la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, à l'aide d'un procédé qui lui a permis, en conservant la malléole externe, d'assurer la solidité du pied dans ses nouvelles connexions.

Dans un très-bon rapport sur un mémoire de M. Périer relatif à la taille sus-pubienne, M. Gosselin est venu ensuite, avec l'autorité de son jugement et la netteté de son esprit, exposer un très-appréciable progrès réalisé dans le manuel de cette opération. On connaît les deux écueils inhérents à cette méthode d'extraction de la pierre : la lésion du péritoine, si difficile à éviter, et l'infiltration urineuse, qui en ont si souvent compromis le succès. Grâce à l'heureuse association du procédé ingénieux de Petersen (de Kiel) pour produire la propulsion de la vessie en haut et en avant à l'aide d'un pessaire à air de Gariel introduit dans le rectum, avec un ensemble de moyens prophylactiques et antiseptiques destinés à prévenir l'infiltration urineuse ou à en combattre les effets funestes, M. Périer est parvenu à éloigner ces deux causes de danger et à rendre presque inoffensive cette opération jusque-là si grave ; c'est ce qui ressort du moins des deux observations relatées dans son mémoire et du jugement qu'en a porté M. Gosselin.

Une courte discussion s'est élevée sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination, à l'occasion d'une communication de M. Constantin Paul sur ce sujet. Pour apprécier le degré de justesse des objections faites à cette méthode, il serait nécessaire d'avoir sous les yeux la relation exacte des faits apportés à la tribune par M. Paul. Le temps nous manque en ce moment pour les compulser. Nous aurons probablement à y revenir.

La deuxième moitié de la séance a été occupée par une lecture de M. Briquet sur la prédisposition à l'hystérie. On en trouvera le résumé dans le compte-rendu.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Exostoses du fémur. — II. Cancroïde de la face. — III. Cancroïde sébacé de la joue. — IV. Kyste purulent du sein.

I. Avant de vous parler des opérations que nous avons à faire, je veux vous montrer quelques pièces anatomiques intéressantes, présentant de grandes analogies, ayant nécessité par leur nature même des opérations différentes.

La première est une exostose de l'extrémité inférieure du fémur, exostose de croissance qui s'était développée sur le bord interne du condyle interne. L'opération a été des plus faciles par une incision demi-circulaire. Les muscles formaient une couche dont l'épaisseur atteignait au moins celle de l'éminence thénar. Arrivé sur l'exostose, j'ai trouvé son sommet éraillé, ulcéré, dépourvu de périoste, présentant à sa surface des rugosités qui produisaient, par le frottement des fibres musculaires, une sorte de crépitation neigeuse et donnaient lieu à quelques douleurs dans les mouvements de la cuisse sur la jambe.

Nous avons pu voir chez ce malade une exostose vivante, pour ainsi dire, par la vascularisation très-grande du périoste. Je me suis demandé tout d'abord si je lui laisserais le périoste, en m'efforçant de le décoller là où il existait encore sur l'exostose. Mais à quoi bon, si ce n'est à permettre à l'exostose de se reproduire ? Cette exostose se continuait avec le fémur par un pédicule rétréci ; c'est pourquoi j'ai cherché à couper ce pédicule au moyen de pinces tranchantes ; j'y suis parvenu en partie, et j'ai terminé l'opération en fracturant le reste et en régularisant la plaie osseuse.

En pressant avec mes pinces sur le pédicule, j'ai fait sourdre une petite quantité de liquide lactescent que je pris tout d'abord pour du pus.

L'exostose n'était pas une exostose périostique, mais une exostose véritable, communiquant directement avec le tissu osseux du fémur, exostose de croissance, mamelonnée, recouverte par un tissu fibreux nacré, en voie de décrépitude, nécrosée déjà à son sommet et sans cartilage à sa surface. Elle n'était ni mince, ni aiguillée, mais pédiculée à sa base et renflée à son sommet. Elle se composait : 1° d'une couche compacte, résistante dans sa plus grande étendue, flexible en quelques points ; 2° d'un tissu osseux à cellules, différent du tissu spongieux, traversé par des trabécules osseuses résistantes ou fragiles interceptant de vastes cellules qui contenaient une matière liquide, blanche, lactescente,

comme la matière sébacée, analogue à celle qui est venue sourdre sous les mors de la pince. Cette matière était de la graisse, blanche comme de la stéarine, fait assez singulier et que je rencontre ici pour la première fois.

Nous avons donc dans la pièce que je vais faire passer sous vos yeux une exostose celluleuse, et non éburnée comme celles que l'on observe parfois sur le crâne, exostose parvenue à la fin de la troisième période ou de décrépitude. Vous savez que je considère à ces exostoses quatre périodes : une période de naissance, une période d'accroissement, une période de déclin ou de décrépitude, enfin une période de mort ou nécrose.

Le second fait d'anatomie pathologique est une exostose fémorale également, mais celle-ci plus cartilagineuse que sarcomateuse, et non celluleuse comme la précédente.

Elle a nécessité l'amputation de la cuisse. Elle se compose en réalité de deux portions : l'une à peu près exclusivement constituée par du tissu osseux mêlé de noyaux blancs cartilagineux ; l'autre, plus molle, formée d'éléments fusiformes, sarcomateux.

II. La première opération que nous allons pratiquer est celle de la femme couchée au n° 1, une de nos anciennes malades, que nous avons opérée déjà une première fois, il y a trois ans, d'un cancroïde énorme qui occupait alors tout le côté gauche de la face. Cette tumeur mesurait de haut en bas 16 centimètres de longueur, et transversalement 14 centimètres. J'en ai fait l'ablation avec le bistouri et j'ai obtenu une cicatrisation large et parfaite.

Cependant, dix-huit mois plus tard, cette femme est revenue nous consulter pour une petite tumeur qui s'était développée dans la même région, se limitant à cette époque à la pommette de la joue gauche. J'ai enlevé cette seconde tumeur en raclant toutes les parties sous-jacentes, et de plus j'ai appliqué sur la plaie la pâte caustique afin de détruire le néoplasme jusque dans les cellules osseuses.

Bien que l'opération ait, cette fois encore, réussi, la malade est rentrée de nouveau ces jours derniers à l'hôpital pour une nouvelle poussée qui s'est faite à la partie supérieure de la face, au niveau du frontal, formant une tuméfaction discoïde, de la largeur d'une pièce de 2 francs. Je vais procéder, comme précédemment, en incisant les tissus avec le bistouri, en détachant cette nouvelle tumeur au moyen de la gouge, et en appliquant ensuite un morceau de la pâte au chlorure de zinc qui fusera dans les cellules osseuses et dans les parties molles afin d'y détruire, le long des vaisseaux, des lymphatiques et des nerfs, toute trace du néoplasme qu'elle rencontrera.

III. La seconde opération que nous pratiquerons ensuite se rapproche un peu de la précédente ; il s'agit d'un cancroïde sébacé de la joue droite situé au-dessous de l'os malaire, chez une femme d'une soixantaine d'années. La tumeur, assez proéminente, est un peu moins large qu'une pièce de 20 sous. Nous n'avons aucun doute sur sa nature; nous avons recueilli quelques gouttes de la matière qui s'écoule de la tumeur par la pression, et le microscope nous a parfaitement prouvé que nous avions affaire à un néoplasme développé dans un follicule sébacé, néoplasme qui a une grande tendance à récidiver.

Ce fait me rappelle l'observation que j'ai communiquée, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, d'un ivrogne dont le nez, envahi par une lésion semblable, laissait écouler par la pression une certaine quantité de liquide sébacé. Je l'opérai une première fois, et, lorsque la plaie fut cicatrisée, je lui avais rendu un nez certainement fort agréable à voir. Malheureusement, six mois plus tard, il se faisait un nouvel engorgement, mou, fluctuant; je pensai à un abcès et donnai un coup de bistouri. Il en sortit, non pas du pus, comme je le croyais, mais bien de la matière sébacée. Peu de temps après, la maladie se généralisait, et cet homme succombait, on peut dire le mot, farci de matière sébacée.

Je fus aussi consulté quelque temps après par une femme de la ville qui se plaignait d'une loupe du cuir chevelu située derrière l'occipital et qui donnait issue, par la pression, à de la matière sébacée. La prétendue loupe était un kyste sébacé; ouverture, cautérisation des parois, ne produisirent aucun résultat ; la tumeur bourgeonna, les ganglions du cou s'engorgèrent, la maladie se généralisa assez rapidement et la malade succomba.

IV. La malade du n° 24 est une jeune fille d'une vingtaine d'années, qui est accouchée il y a deux mois et demi. Elle a allaité son enfant jusqu'au jour de sa mort survenue deux semaines après. L'allaitement ayant été forcément interrompu, les seins se sont gonflés, et bientôt cette jeune femme s'est aperçue de l'existence d'une petite tumeur située à la partie inférieure de la mamelle droite. Cette tumeur était peu douloureuse ; elle a persisté jusqu'à présent, bien que la sécrétion lactée ait complètement cessé.

Lorsque la malade est entrée dans le service, j'ai songé tout d'abord à un adénome du sein. Mais, peu de jours après, la peau est devenue rouge, comme enflammée ; la tumeur, bien que sa base restât lobulée, est devenue quelque peu fluctuante à son sommet, comme si elle était en voie de suppuration. Peut-être ces phénomènes étaient-ils un peu le résultat de la malaxation de la tumeur par les mains plus ou moins nombreuses qui l'ont palpée.

Quoi qu'il en soit, nous devons nous demander si nous sommes ici en face d'un simple abcès ou d'un adénome ancien qui aurait augmenté de volume sous l'influence de la lactation et qui commencerait à suppurer. C'est à cette dernière hypothèse que je me rattache.

Je vais, en conséquence, inciser cette tuméfaction et donner issue au pus. Si la tumeur se vide complètement, je la traiterai comme un abcès simple. Si, au contraire, un de ses lobes seulement s'est abcédé et que l'adénome soit constaté, j'en ferai l'extirpation.

— Un coup de bistouri a suffi pour vider complètement la poche purulente, qui n'était autre qu'un kyste suppuré consécutif à une tumeur d'ancienne date qui avait complètement disparu en s'abcédant.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

Cicatrices des syphilides en plaques.

Les plaques syphilitiques, ou syphilides en plaques, que nous voyons si fréquemment ici chez les petits enfants atteints de syphilis héréditaire, soit que nous les observions à la période active, soit que nous n'en constations que les traces, c'est-à-dire dans la période cicatricielle, sont caractérisées par une élévation de la peau, par de petites saillies, qui ne dépassent guère 2 ou 3 trois millimètres, et se recou-

vrent fréquemment de petites croûtes dues à un suintement sous-épidermique. Leur marche est lente, leur évolution est de longue durée, se faisant par éruptions successives, de telle sorte que l'on peut rencontrer à la fois sur le même sujet des lésions récentes, des lésions anciennes, enfin, en d'autres points, une cicatrisation terminée.

Ces syphilides s'effacent par desquamations successives comme les papules de la varioloïde, laissant après elles un petit tubercule rouge dont la saillie s'efface peu à peu pour être remplacée à un moment donné par une petite dépression cicatricielle.

Elles peuvent aussi disparaître dans certains cas par ulcération, non pas parce qu'elles sont de nature ulcéreuse, mais par suite d'une irritation de la peau en certains points du corps, en raison même du siège qu'elles occupent, c'est-à-dire à la partie supérieure des cuisses, au scrotum, à la région coccygienne, aux grandes lèvres, aux fesses.

C'est une irritation traumatique résultant soit du contact des matières fécales ou de l'urine, soit des frottements du linge contre les téguments.

Ces ulcères sont irréguliers, à bords taillés à pic, d'une profondeur de 1 à 3 millimètres; ils peuvent guérir, et guérissent même le plus souvent, par une sorte de bourgeonnement analogue à celui de toutes les plaies.

Les cicatrices qui succèdent aux syphilides en plaques sont les empreintes de la maladie sur une peau en voie de formation ou d'évolution à l'âge où la lésion s'est montrée, empreintes qui sont absolument indélébiles.

Leur étude présente deux points capitaux qui sont leur forme et surtout leur siège.

Dans la forme, trois choses sont à considérer : 1° la forme proprement dite, c'est-à-dire l'aspect qu'elles revêtent; 2° leurs dimensions; 3° leur coloration.

La forme est très-particulière, elle est toujours circulaire, à moins que plusieurs plaques ne se soient réunies, et encore la forme en est toujours arrondie, à contours parfaitement nets, à teinte allant en s'atténuant du centre à la périphérie. Bien que la cicatrice ne soit pas toujours au niveau même de la peau, sa surface est constamment plane, jamais en entonnoir. Elle présente seulement parfois un aspect un peu grenu comme la peau d'une orange.

La teinte est très-variable, elle est en rapport avec l'âge de l'enfant et aussi avec l'âge de la maladie. C'est ainsi que l'on peut observer sur le même sujet tous les degrés de coloration par suite des évolutions cutanées successives, dans l'espace de plusieurs mois, voire même d'une ou de deux années. Mais chaque cicatrice évolue, comme forme, de la même façon. Ces cicatrices diffèrent encore selon qu'elles succèdent à une simple macule, à une papule ou à une ulcération.

Dans la syphilide papuleuse ou en plaques, la cicatrice complète présente trois zones : une zone centrale discoïde, blanche; un anneau de teinte violacée; enfin, à la périphérie, une troisième zone pigmentée, brunâtre. La première correspond à la partie qui a été primitivement atteinte et dont la cicatrisation est la plus avancée, puis vient la seconde et enfin la troisième, où la réparation est la plus récente.

Finalement, lorsque l'enfant porteur des lésions de la syphilis héréditaire est parvenu à l'âge de quatre, cinq ou huit ans, la cicatrice ne présente plus que deux zones, la zone centrale et la zone périphérique; l'anneau intermédiaire a disparu. Enfin, à l'âge de quinze ans, il ne reste plus que la tache blanche ou centrale, qui constitue la cicatrice proprement dite; tout le reste s'est effacé peu à peu.

Les modifications de coloration de la cicatrice sont donc en rapport avec l'âge du sujet et l'âge de la lésion.

La forme de la cicatrice se modifie également avec l'âge; c'est ainsi que, lorsque la coloration est violacée, sa dépression est encore parfaitement manifeste, et que celle-ci diminue au fur et à mesure que la teinte blanchit.

Nous devons ajouter encore un point important relativement à la coloration : c'est que, chez les enfants dont la peau est naturellement très-blanche, l'anneau pigmentaire est très-peu marqué, tandis qu'il est d'une coloration foncée chez les sujets à peau brune.

Le siège des cicatrices des syphilides cutanées est un des éléments les plus importants pour le diagnostic de la maladie. Ce siège de prédilection toujours le même se trouve : sur la région coccygienne, la région lombaire, la région péri-anale, l'extrémité supérieure des cuisses en arrière tournant parfois un peu vers leur face interne. Par contre, il est rare de trouver des cicatrices sur le tronc ou les membres supérieurs.

Si maintenant nous passons en revue les différentes affections qui entraînent après elles des cicatrices que l'on pourrait confondre avec celles des syphilides cutanées, nous citerons d'abord la variole. Mais cette affection est rare chez les jeunes enfants parce que ceux-ci sont presque toujours vaccinés de très-bonne heure, et que, dans le cas même où ils auraient la variole, s'ils n'ont pas été vaccinés, la maladie les tue; si, au contraire, ils ont été inoculés, le virus vaccin les protège presque constamment, et la variole n'est plus qu'une varioloïde. En tous cas, les cicatrices de la variole s'observent à la face, c'est-à-dire dans un point où l'on ne trouve jamais de cicatrices de syphilides en plaques. L'erreur n'est donc pas possible.

La varicelle, qui est une affection bulleuse, peu grave généralement, laisse des cicatrices; mais celles-ci se rencontrent sur tous les points du corps, à la face, sur le ventre, sur le thorax, sur les membres, ce qui les différencie de la syphilis; et, de plus, ces cicatrices sont beaucoup moins larges, à peines ont-elles la dimension d'une tête d'épingle, tandis que les traces des syphilides ont souvent plusieurs millimètres de large et quelquefois même jusqu'à 2 centimètres.

L'impétigo se distingue également des syphilides en plaques par son siège absolument différent; rare au tronc, il occupe constamment le cuir chevelu, la face, le menton ou le cou.

Il en est de même de la scrofule de la peau, des gommes scrofuleuses, dont le siège est très-différent et dont les cicatrices sont profondes, gaufrées, adhérentes, enfin aux tissus profonds.

Dans l'athrepsie, les cicatrices ont également un siège de prédilection, c'est-à-dire les malléoles et les talons; elles sont très-rares aux mollets ou à la région coccygienne, et, quand on les y rencontre par hasard, on les trouve isolées au nombre de une ou de deux au plus.

Les cicatrices syphilitiques ne sauraient être confondues non plus avec les traces de quelque brûlure, car il existe ordinairement une perte de substance superficielle ou profonde assez étendue; de plus, elles n'ont pas une topographie méthodique comme les syphilides; elles sont larges, plus ou moins profondes, je le répète, présentent des colorations diverses, souvent aussi des brides.

Les cicatrices des vésicatoires pourraient être plus facilement prises pour des syphilides ulcérées si leur siège ne les en différenciait pas; les vésicatoires en effet ne sont jamais appliqués sur les fesses, mais bien sur le thorax ou l'abdomen des enfants.

Nous en dirons autant des petites cicatrices qui succèdent aux pustules arrondies de l'huile de croton dont on ne fait pas d'application sur la région postérieure des membres inférieurs ni sur la région fessière.

Le diagnostic des cicatrices des syphilides en plaques avec les différentes maladies que nous venons de passer en revue est donc facile dans l'immense majorité des cas.

Nous ajouterons, en terminant ce qui a trait à ce diagnostic, que tous les degrés de la cicatrice syphilitique peuvent coexister sur le même individu par suite de leur évolution successive, en même temps que l'on trouvera sur lui une éruption en pleine activité depuis la plaque au début jusqu'à l'ulcération. Ce fait est un signe précieux, qui permet de suivre et d'étudier l'évolution des syphilides cutanées chez les enfants héréditairement atteints, et qui facilite encore le diagnostic de la maladie.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

EMPLOI DU CRIN DE FLORENCE OU D'ESPAGNE.

Par M. le docteur A. Poncet, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 27 août 1881, page 779, une leçon de M. le professeur Trélat signale quelques points de la pratique de ce maître éminent relativement à la cure de la fistule vésico-vaginale. Elle insiste avec juste raison sur la difficulté qu'éprouve l'opérateur à placer au fond d'une cavité les fils destinés à suturer les parties avivées. Permettez-moi, à ce propos, d'appeler l'attention, non plus sur les difficultés de l'entrée, mais bien sur celles de la sortie des fils métalliques, dont se servent à peu près tous les chirurgiens. Sept fois j'ai pratiqué l'opération de la fistule vésico-vaginale, et cela chez quatre femmes, dont deux ont dû subir une double et une triple opération. Au début, chez mes quatre premières opérées, j'ai, suivant l'exemple de mes maîtres, employé les fils métalliques et les tubes de Galli, du dixième au douzième jour. J'ai enlevé mes sutures, mais là j'ai éprouvé quelque peine à bien faire deux fois; les fils étant coupés, j'ai rencontré de réelles difficultés à les extraire et tiraillé certainement beaucoup plus que je ne le voulais le tissu de cicatrice, qui a cédé sur une petite étendue. Cet accident était imputable à la nature même des fils dont je m'étais servi; faisant anse rigide, ils ne pouvaient, au fond de la cavité vaginale, être aisément redressés; les tractions s'exerçaient donc sur une sorte d'hameçon, d'où les tiraillements si préjudiciables en pareil cas. Je me proposai dès lors, dans une prochaine opération, d'avoir recours à d'autres fils tout aussi solides, mais plus souples, plus élastiques, également susceptibles de glisser dans les aiguilles tubulées.

Une seule espèce de fil m'a paru réunir toutes ces conditions : c'est le fil bien connu des pêcheurs à la ligne sous le nom de mort-à-pêche, encore appelé crin de Florence et d'Espagne, crin marin, etc., et qui serait préparé avec des intestins de vers à soie.

Ces crins, qui n'ont que l'apparence de comparable avec ceux des chevaux, sont rigides, très-solides, secs; le mort-à-pêche du calibre des fils métalliques ordinairement employés supporte un poids de 10 à 12 kilogrammes; humide, mouillé, il devient beaucoup plus résistant et soutient 20 à 25 kilogrammes. Trois fois je l'ai utilisé pour mes sutures et lors de leur ablation; aucun tiraillement, aucune traction intempestive n'ont été exercés; le fil, une fois coupé, s'ouvre en quelque sorte de lui-même, l'anse se redresse, de telle sorte qu'il peut être tiré au dehors sans effort.

Là n'est pas le seul avantage des crins de Florence; ils m'ont paru mieux tolérés que les fils métalliques. On pourrait les laisser plus longtemps en place, et, à en juger par mes trois malades, ils ne se couvriraient pas de sels calcaires comme les fils de métal.

Ajoutons, pour être complet, que ces fils, avant d'être employés, ont été laissés pendant plusieurs heures dans la solution phéniquée forte de 50 pour 1000, afin de leur donner toute leur solidité et de les rendre antiseptiques.

D'autre part, trois fois par jour, des irrigations avec la solution faible 25 pour 1000 ont été pratiquées. La canule était introduite avec une prudence extrême un peu au-delà de la vulve. Je ne doute pas que ces soins antiseptiques, continués jusqu'au jour de l'extraction des fils, n'aient, dans une grande mesure, contribué au succès.

L'aphorisme : *Ars tota in minimis*, si particulièrement vrai pour la cure des fistules vésico-vaginales, m'a engagé à soumettre à vos lecteurs ces quelques réflexions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° un pli cacheté de M. Goodman-Marucheau (accepté); 2° une note de M. Peyrusson (de Limoges) sur le pouvoir que possède l'éther nitreux alcoolisé de détruire les miasmes et les germes de putréfaction de toutes sortes; 3° une note de M. Bourguet (de Rodez) sur la vaccine; 4° un travail de M. Dartigues (de Pujols) sur un nouveau traitement de la rage.

PRÉSENTATION

Procédé de résection de l'extrémité inférieure de la jambe. — M. Polaillon présente un opéré chez lequel il a réséqué l'extrémité inférieure des deux os de la jambe par un procédé qui lui est propre. Ce procédé diffère de celui qui est généralement en usage par la conservation de la malléole externe qui assure à la nouvelle articulation une grande solidité, surtout dans le sens transversal.

Voici en quoi il consiste :

Premier temps. Résection sous-périostée avec la scie à chaîne ou le ciseau d'un segment du péroné au-dessus de la malléole externe que l'on laisse attachée à l'astragale et au calcanéum ;

Deuxième temps. Décollement du périoste sur l'extrémité inférieure du tibia et luxation du pied en dehors ;

Troisième temps. Section de l'extrémité articulaire du tibia ;

Quatrième temps. Rugination ou section de la surface articulaire de l'astragale et rétablissement du pied dans sa position normale.

L'opéré que M. Polaillon soumet à l'examen de ses collègues n'a qu'un raccourcissement peu apparent et marche avec facilité, sans aucun soutien.

Traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. — M. Constantin Paul lit une note sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination.

Depuis que nous cultivons le vaccin sur la génisse, dit M. Constantin Paul, nous avons à notre disposition des quantités de vaccin qui permettent de recourir à des procédés plus efficaces pour faire pénétrer le vaccin dans les tumeurs.

Le nouveau procédé qu'il a imaginé consiste à couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles, qui seront plus tard des digues cicatricielles, c'est-à-dire des digues opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture de ses vaisseaux. C'est le même procédé qu'il a adopté pour la vaccination ordinaire. Il présente un enfant qu'il a opéré il y a six mois. Chez cet enfant, la tumeur avait des proportions considérables; il y avait à la nuque trois tumeurs érectiles dont deux étaient plus-

larges que des pièces de vingt sous, puis une dernière occupant toute la région occipitale et remontant du côté droit derrière l'oreille jusqu'au sinciput. En un mot, elle couvrait presque toute la nuque et un quart de la surface cranienne.

La plaie a mis trois mois à se cicatriser. On peut, aujourd'hui, constater les résultats suivants :

D'abord l'inoculation a pris partout; la cicatrice forme une surface continue; elle est blanche, ne comprenant que le derme, qui est dévascularisé. Elle est encore soulevée par le développement des vaisseaux sous-cutanés qui soulèvent la cicatrice dans une certaine étendue. D'après les résultats obtenus dans les autres cas qu'il a opérés, M. Constantin Paul a sujet d'espérer qu'il y aura plus tard une atrophie de la portion restante du tissu morbide.

M. BLOT ne croit pas que le procédé que vient d'exposer M. Constantin Paul soit susceptible d'être aussi généralisé qu'il le pense. Il ne sera pas applicable aux cas où les tumeurs érectiles font une saillie considérable au-dessus de la peau, ni à celles qui ont une certaine épaisseur. Tout au plus pourra-t-on y avoir recours pour les simples taches ou pour les tumeurs aplaties ou d'une très-faible épaisseur. La rapidité avec laquelle marchent certaines de ces tumeurs ne permettrait pas toujours, d'ailleurs, d'y recourir. Telle tumeur qui semble opérable aujourd'hui peut ne plus l'être dans quelques jours.

Enfin, en ce qui regarde la manière de procéder de M. Constantin Paul, qui recouvre la tumeur de vaccin avant de pratiquer les incisions, n'y a-t-il pas à craindre que le sang qui s'échappe de ces incisions n'entraîne le vaccin? Il aime mieux, pour sa part, pratiquer les incisions d'abord et les laisser saigner avant d'appliquer le vaccin.

M. GOSSELIN. Il y a une distinction fondamentale à faire entre les tumeurs érectiles superficielles et celles qui sont sous-cutanées. Dans le cas que nous présente M. Constantin Paul, il s'agit d'une tumeur sous-cutanée. Je doute que son procédé réussisse.

M. CONSTANTIN PAUL. Dans le cas que je viens d'avoir l'honneur de présenter à l'Académie, il y a à la fois tumeur cutanée et tumeur sous-cutanée. C'est à la tumeur cutanée que s'adresse le procédé de la vaccination. Or on peut voir dès à présent que l'ancien tissu morbide y est remplacé par du tissu cicatriciel.

M. J. GUÉRIN rappelle, à cette occasion, qu'il a, dans le temps, traité avec succès des tumeurs érectiles de ce genre par de simples scarifications sous-cutanées.

RAPPORT

Taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum. — M. GOSSELIN lit un rapport sur un mémoire de M. Périer intitulé : *Deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum* (méthode de Petersen).

Deux motifs principaux ont éloigné jusqu'ici les chirurgiens d'adopter la taille sus-pubienne comme méthode générale pour l'extraction de la pierre: le premier est la crainte d'ouvrir le péritoine; le second, la difficulté de s'opposer, après l'opération, à l'infiltration de l'urine au-devant de la vessie et à ses conséquences.

L'objet principal du mémoire de M. Périer est de faire connaître un procédé nouveau destiné à garantir le péritoine dans le premier temps de l'opération. On y trouve aussi des détails intéressants sur la prophylaxie de l'infiltration urineuse. Le docteur Petersen (de Kiel) en vue d'éviter le maniement difficile, chez certains sujets, de la sonde à dard, emploie l'injection vésicale de Rousset, mais en y ajoutant une propulsion de la vessie en haut et en avant au moyen d'un pessaire en caoutchouc qu'il introduit vide dans le rectum et qu'il remplit d'eau ou d'air. Le pessaire, en se distendant, fait remonter la vessie et avec elle le péritoine, ce qui permet d'inciser avec plus de sécurité la paroi abdominale et le réservoir urinaire. C'est ce procédé que M. Périer a mis en usage le premier en France, et ce sont les résultats qu'il a obtenus qui sont l'objet de son travail. Il relate deux observations qui montrent que la distension du rectum, préalablement à la taille hypogastrique, est un auxiliaire utile et qui mérite d'être signalé.

M. Périer s'est aussi préoccupé des moyens propres à éviter l'infiltration urineuse, pour cela il a eu recours aux moyens suivants : Pendant les vingt jours qui précèdent l'opération, il fait une injection quotidienne d'émulsion antiseptique de Gaultheria dans la vessie. En même temps il fait prendre au malade 1g,50 de salicylate de soude.

Les soins consécutifs employés par M. Périer ont surtout pour but de faciliter la sortie complète de l'urine au-delà de la plaie. Pour cela il met dans la vessie deux longs siphons, l'un par la plaie, l'autre par l'urèthre. Pendant comme après l'opération, M. Périer a eu recours à toutes les précautions de la méthode antiseptique.

M. le rapporteur propose comme conclusions : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE

Prédisposition à l'hystérie. — M. BRIQUET lit un travail intitulé : *De la prédisposition à l'hystérie.*

Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

La prédisposition à l'hystérie par les influences menstruelles présente quelque chose qui lui est particulier et qui est fort remarquable.

Sur 42 cas d'hystérie complète développée sous l'influence des troubles menstruels, il s'en est trouvé un dans lequel les menstrues ont réapparu au bout de deux ans, où tous les accidents hystériques s'étaient complètement dissipés et où la santé s'était rétablie;

Un cas où la suspension des menstrues et les accidents hystériques avaient duré un an et demi, après quoi tout s'était dissipé et la santé s'était rétablie;

Un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après onze mois de suspension;

2 cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après dix mois de suspension;

Un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après huit mois de suspension;

2 cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après sept mois de suspension;

8 cas de disparition de l'hystérie et de réapparition des menstrues après six mois de suspension;

2 cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après cinq mois de suspension;

Enfin un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition des menstrues après quatre mois de suspension.

Ainsi, sur un ensemble de 42 sujets devenus hystériques à la suite des troubles de la menstruation, il s'en est trouvé 21 chez qui l'hystérie s'est dissipée aussitôt la réapparition des menstrues après une suspension qui avait duré de deux ans à quatre mois. Ce fait, de la plus haute importance, montre une indication de premier ordre.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Varages, 16 septembre 1881.

MONSIEUR LE DIRECTEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

J'ai lu avec l'intérêt qu'elles comportent les leçons de M. le professeur Laboulbène sur les maladies parasitaires, leçons publiées dans la *Gazette des hôpitaux*.

Parmi ces leçons, celles qui ont trait à l'histoire des Strongles géants m'ont particulièrement frappé.

Dans le numéro de jeudi 8 septembre 1881, page 818, colonne 2, paragraphe 3, il est dit :

« A côté de l'observation d'Aubinais, je veux vous en citer une

autre rapportée par Moquin-Tandon, par Gervais et Van Beneden, observation qui est, en un mot, *célèbre*, et cependant non-seulement douteuse, mais absolument fausse, comme vous allez le voir. Elle est due à un honorable médecin de la marine, le docteur Arlaud. »

Suit la relation analytique très-succincte de l'observation de Strongle géant, envoyée à l'Académie de médecine, en 1845, par Arlaud.

Éloigné de tous moyens d'investigation, dénué des pièces authentiques nécessaires pour éclaircir la question très-importante de l'existence ou de la non-existence du Strongle géant dans l'espèce humaine, je suis forcé de me borner à faire appel à mes souvenirs afin de pouvoir ultérieurement et prochainement prouver, contrairement au jugement sommaire et radical de M. le professeur de la Faculté de médecine, que l'observation d'Arlaud est absolument vraie.

J'espère, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien ouvrir les colonnes de votre excellent journal à l'un de vos très-anciens abonnés, qui serait très-heureux de voir la question en litige soumise de nouveau au verdict du public médical et de vos nombreux lecteurs.

Voici donc ce qui se passa en 1840. Arlaud, prévôt général de l'hôpital maritime de Cherbourg, appelé auprès d'une jeune femme atteinte, depuis vingt-quatre heures, de rétention d'urine, dut pratiquer le cathétérisme. Il constata la présence d'un obstacle vers le col de la vessie. Cet obstacle assez facilement vaincu, un flot d'urine sanieuse, fétide, s'écoula, environ 1 litre. Un soulagement presque immédiat en résulta. Le lendemain, les mêmes accidents s'étant reproduits, le cathétérisme, cette fois, ne laissa pas de doute sur la présence d'un corps étranger mou. Des tentatives d'extraction furent faites avec divers instruments : pince à tumeurs, pince à polype, pince de Hunter, mais sans résultat. Après quelques difficultés et au milieu de douleurs assez vives, le trilobe de Civiale (pince droite à trois branches) permit l'extraction d'un corps allongé, aplati sur les bords, rougeâtre, atténué inégalement à ses deux extrémités. C'était un ver, mais quel ver? Ce n'était pas l'ascaride vermiculaire devenu migrateur. Pas n'était besoin d'être un savant naturaliste, un fin micrographe, pour reconnaître une différence très-grande entre le ver extrait de la vessie et le vulgaire lombric intestinal. Il y avait lieu d'être étonné de rencontrer un hôte pareil dans la vessie d'une femme. Le corps du délit, devenu aujourd'hui encore un sujet de dispute, fut précieusement conservé, ainsi que tous les autres plus ou moins longs, de 20 à 22 centimètres, mais de même espèce, qui furent extraits ou spontanément expulsés, au nombre de douze, dans l'espace d'un peu plus d'un an. Alors le jeune médecin de la marine courut aux bonnes sources. Il lut attentivement le livre d'un grand maître, Rayer, consulta les travaux de Rudolphi, de Brora, de Bromser, fit des recherches dans les livres classiques d'helminthologie, et resta convaincu que les vers qu'il avait eu la rare chance de rencontrer étaient des Strongles géants. Il apprit, ce que beaucoup de médecins savent actuellement, que ces parasites sont assez fréquents chez divers quadrupèdes (chiens, loups, renards, etc.) et qu'ils sont rares, très-rares, dans l'espèce humaine. Les douze Strongles avaient été recueillis, au milieu de dangers sérieux pour la malade, dont la constitution était profondément atteinte, et d'accidents urémiques qui avaient naturellement impressionné et effrayé même l'opérateur.

Arlaud se proposait de faire de ce cas rare le sujet de sa thèse inaugurale pour le doctorat en médecine, lorsque, coïncidence bizarre, il lut dans les Bulletins de l'Académie de médecine de l'époque (1840) la note suivante :

« Un médecin italien envoie une observation de vers retirés de la vessie d'un homme. Cette observation étrange inspirant quelques doutes concernant son authenticité, l'Académie décide qu'à l'avenir les observations de cette nature ne seront accueillies qu'avec les pièces à l'appui. »

Il n'y avait pas à hésiter. Dix Strongles furent déposés dans le Muséum de l'hôpital maritime de Cherbourg, avec toutes les précautions requises pour la conservation de si rares et si curieux spécimens (1), et deux des mieux conservés furent envoyés à l'Académie de médecine, *à l'appui* du mémoire présenté par Arlaud, qui pouvait croire que le mémoire n'aurait pas le sort de celui du médecin italien. Très-intéressant confrère étranger, vous deviez avoir raison, vous aussi!

Enfin, une commission composée de Ségalas, Martin-Solon, Duméril, à laquelle s'adjoignit plus tard le professeur Delafond (d'Alfort), fit un rapport très-complet, très-intéressant pour tous ceux qui s'occupent d'helminthologie, et le rapport conclut : 1° à l'insertion (in extenso) de l'observation d'Arlaud dans les Bulletins de l'Académie de médecine; 2° à l'inscription, en rang très-honorable, de l'auteur parmi les aspirants au titre de membre correspondant.

Vingt ans après ce qui vient d'être dit, la femme aux Strongles, toujours valétudinaire, quoique débarrassée de ses parasites, vint se présenter à feu le docteur Lecocq, médecin de la marine, prétendant avoir rendu un ver volumineux comme ceux qu'on lui avait retirés jadis. Cette malheureuse indigente demandait un certificat de maladie pour obtenir quelques secours en argent et en médicaments. Évidemment Lecocq n'eut pas de peine à reconnaître que le tube membraneux qui lui était présenté n'était pas un ver. Mais, ce qui a droit d'étonner, c'est que ce camarade se soit hâté de l'envoyer à M. Robin, qui déclara que le fragment tubuleux qu'il a examiné était un instestin de pigeon, dépourvu de son mésentère, et Lecocq écrivit, publia un mémoire dont les conclusions étaient que l'auteur de l'observation du Strongle géant, publiée en 1840, avait été victime d'une illusion et en présence d'un cas de simulation.

Un pareil jugement ne saurait être accepté. En effet, en 1840, une femme indigente, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, est atteinte d'une rare et grave maladie ; elle a reçu, à cette époque, les secours des Sociétés de bienfaisance de Cherbourg. Vingt ans après, pauvre, nécessiteuse, elle simule la maladie réelle dont elle avait été atteinte pour exciter la commisération publique. Quoi d'étonnant? C'est banal, c'est fréquent. Que de praticiens se sont trouvés en présence de faits analogues ! Et qu'est-ce que cela prouve?

Lecocq a été victime d'une grossière simulation, qui ne nécessitait pas l'intervention du plus habile micrographe de Paris. La note de Lecocq ne nous paraît pas suffisante pour proclamer que l'observation d'Arlaud doit être considérée, non-seulement comme douteuse, mais absolument fausse. L'observation d'Arlaud est absolument vraie.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et sympathique confrère, l'expression de mes meilleurs et plus dévoués sentiments.

C. Arlaud,

Directeur de l'École de médecine navale de Toulon, en retraite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Nancy. — M. Haller, agrégé près l'École de pharmacie de Nancy, est, en outre, maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chimie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Brillouin est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Nancy, pendant l'année scolaire 1881-82.

— Par arrêté en date du 19 septembre 1881, un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 6 avril 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— M. le docteur Chatelain, médecin-adjoint, est nommé méde-

(1) Ils ont disparu. S'il est nécessaire, nous dirons pourquoi.

cin titulaire des prisons de Nancy, en remplacement de M. le docteur Lemaire décédé.

M. le docteur Sognies est nommé médecin-adjoint des prisons.

— M. Mirepois est nommé directeur de l'asile d'aliénés de Marseille près Nancy, en remplacement de M. le docteur Giraud décédé.

— Le journal *le Gaulois* vient d'ouvrir une souscription ayant pour but d'établir et d'organiser, pour les troupes envoyées en Algérie et en Tunisie, des ambulances qui resteront en Afrique pendant toute la durée de la guerre.

La présidence du comité d'organisation de ces « Ambulances de la Presse » a été offerte à Mme Edmond Adam, qui a bien voulu l'accepter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'hygiène, par Jules Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille. Cet ouvrage est divisé en trois parties. 1 vol. in-8°, 1352 pages avec 234 figures. — Prix, cartonné, 20 francs.

Première partie : Hygiène générale. — I. Du sol. — II. De l'atmosphère. — III. Des habitations privées et collectives. — IV. Du vêtement et de la propreté corporelle. — V. De l'alimentation et des boissons. — VI. De l'exercice et du repos.

Deuxième partie : Hygiène spéciale. — I. L'homme considéré comme groupe dans l'animalité. — II. Les groupes ethniques. — III. Le groupe infantile, hygiène de l'enfance. — IV. Le groupe scolaire. — V. Le groupe industriel. — VI. Le groupe militaire et marin. — VII. Le groupe urbain. — VIII. Le groupe rural. — IX. Les malades et les maladies. — X. Assainissement de la mort.

Troisième partie : Législation sanitaire et organisation de l'hygiène publique. — I. Principes généraux. — II. Organisation et législation sanitaire en divers pays.

De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Galissart de Marignac. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par le docteur Almann. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches, par le docteur Legendre. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11726.

ANALYSE DE SEPTEMBRE DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de septembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à la température de 23°		1.028
	gr.	
Beurre par litre	49.000	
Albumine	9.365	
Caséine	18.535	
Sucre de lait	53.600	
Sels	7.500	
Total des matières fixes	131.000	131.000
Eau par litre		897.000

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.198
Chaux	1.876
Magnésie	0.174
Potasse	1.556
Soude	0.675
Acide sulfurique	0.257
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.764
Total	7.500

PRIX :

Dans les dépôts	65 c.	le litre.
—	45 c.	le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c.	le litre.
—	50 c.	le 1/2 litre.

Adresser les commandes au *Dépôt central de la Ferme d'Arcy*, rue de Paradis-Poissonnière, 22, Paris, ou à M. NICOLAS, à la Ferme d'Arcy, par Chaumes (Seine-et-Marne).

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

POUR ÉVITER LES INSUCCÈS, BIEN SPÉCIFIER LE CACHET DE L'INVENTEUR.

Paris, ph^ie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la ph^ie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Peptones pepsiques

à la viande de bœuf

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe, de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très-pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique*. Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

Conserve DE PEPTONE DE Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

Vin de Peptone de Chapoteaut.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très-agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose d'un ou deux verres.

INDICATIONS PRINCIPALES. — *Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.*

Gros : CHAPOTEAUT, pharmacien, 8, rue Vivienne ; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue ; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

Etablissement orthopédique

DE LYON.

dirigé par le docteur PRAVAZ, 46, route des Etroits.

Consacré au traitement des *déviations de la colonne vertébrale, maladies osseuses et articulaires, torticolis, pieds-bots, paralysies infantiles.*

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit- » tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

N° 110. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1881. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cachexie pachydermique (myxœdème) (1).

Avant que l'on connût en France les premiers faits observés et décrits en Angleterre sous le nom de myxœdème ou œdème crétinoïde et que M. Charcot eût fait publier les premières observations semblables qu'il avait faites de son côté, M. le docteur Morvan (de Lannilis) observait, en Bretagne, une maladie qui lui paraissait alors inconnue et qu'il n'avait vue décrite nulle part. Cette maladie, disait-il dans une lettre écrite à la date du 26 novembre 1875, était caractérisée par de l'anasarque marquée surtout à la face, aux poignets et aux jambes, et par une paralysie générale incomplète, sans atrophie musculaire, sans altération des facultés mentales. L'affaiblissement musculaire, toujours prononcé, ne l'était cependant jamais au point d'empêcher la marche. Du reste, pas le moindre désordre dans les mouvements, mais une lenteur très-remarquable, aussi bien pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs. Le froid paraissait exagérer le phénomène. Toutes les malades y étaient très-sensibles ; leur état était bien plus accusé en hiver qu'en été.

La santé générale restait bonne au milieu de tout ce désordre ; peu de souffrance, bon appétit, bon sommeil, urines normales.

Cette maladie atteignant presque exclusivement les femmes, le plus souvent à leur retour d'âge, ne paraissait pas dangereuse ; toutes les malades sont restées soumises pendant de longues années à son observation. L'une d'elles, tombée malade vers l'âge de cinquante-cinq ans, n'est morte qu'à l'âge de soixante-sept ans. Mais, si la maladie n'était pas grave au point de vue de la léthalité, elle l'était excessivement au point de vue de la curabilité. M. Morvan n'a vu aucune malade guérir. Les médications les plus variées, les toniques, fer, quinquina, vin, huile de foie de morue, n'ont eu aucune prise sur le mal. L'électricité seule, employée pendant trois mois, mais interrompue par cause majeure, avait permis de concevoir quelque espoir.

Ce sont ces observations intéressantes recueillies dans le silence de la pratique, dans une sorte d'isolement et d'ignorance de tout fait antérieur semblable, et brièvement mais nettement résumées dans la lettre dont nous venons de reproduire les principaux termes, qui viennent d'être publiées avec les commentaires qu'elles comportaient, dans les derniers fascicules de la *Gazette hebdomadaire*. Elles nous ont paru constituer un document assez important pour l'histoire toute récente encore de la maladie dont il s'agit, pour que nous n'ayons pas hésité à en placer un résumé analytique sous les yeux de nos lecteurs.

Les faits observés et rapportés dans ce travail par M. Morvan sont au nombre de 15. Sur ces 15 faits, 14 ont trait à des femmes, 1 seul a pour sujet un homme.

Le tableau que l'on pourrait faire de la maladie, d'après ces observations, serait moins sombre que celui qui résulte de la description des divers faits publiés jusqu'à présent, tant en Angleterre qu'en France. Ainsi sur ces 15 faits on n'en trouve qu'un qui se rapporte de tous points à cette description : face élargie, arrondie, monstrueusement déformée par l'œdème, mains en forme de bêche, jambes en poteaux, ressemblant aux extrémités d'un pachyderme. Pour l'ensemble des faits, l'anasarque est surtout marquée, sans être jamais extrême, à la face dont elle grossit plus ou moins les traits, aux poignets et aux jambes ; elle ne disparaît jamais, mais elle est fort variable. L'œdème est généralement dur, résistant, et ne reçoit que rarement l'empreinte du doigt.

M. Morvan n'a rencontré l'état cachectique crétinoïde, signalé chez les malades des docteurs William Gull, William Ord et Charcot, que dans sa première observation dont le sujet est une femme arrivée à l'âge de soixante-sept ans, après douze années de maladie. D'autres femmes malades, l'une depuis dix ans, une autre depuis dix-sept ans, et une autre depuis vingt ans, continuent à vaquer aux soins de leur ménage ou à des travaux des champs.

Les observations de M. Morvan ne mentionnent non plus ni les infiltrations des muqueuses de la bouche, du larynx, du tube digestif et des organes génitaux dont il est question dans les observations de Londres et de Paris.

Les phénomènes les plus saillants de ces observations sont ceux qui ont pour siège le système musculaire et qui se résument dans une parésie générale incomplète, rappelant l'état de demi-engourdissement produit par un grand froid.

(1) Voir la Revue clinique de samedi dernier 17 septembre.

Le parler est lent ; la langue, comme empâtée, se meut avec un certain embarras ; il y a de la raucité de la voix. La marche fatigue vite ; les malades ne peuvent ni courir, ni précipiter le pas, mais elles peuvent aller assez loin, à condition d'y mettre le temps. Même faiblesse et même lenteur dans les mouvements du bras. Les doigts perdent leur agilité. Les extenseurs sont comparativement plus frappés que les fléchisseurs.

En résumé, la paralysie existe dans le myxœdème, et elle offre les caractères suivants : ralentissement autant qu'affaiblissement de l'action musculaire, sentiment de lassitude au moindre effort et enfin engourdissement par le froid. Cette paralysie sert à expliquer certains symptômes. L'embarras de la parole s'explique par la parésie des muscles de la langue, la raucité de la voix par la parésie des cordes vocales, l'immobilité des traits par la parésie des muscles de la face, à laquelle vient se joindre, dans une certaine mesure, la rigidité déterminée par l'œdème.

La paralysie, dans certains cas, semble même s'étendre à la vie végétative. Ainsi, dans 5 des observations, M. Morvan a noté de la constipation. Dans 3 autres, le ralentissement des mouvements s'étend jusqu'au cœur ; le pouls est à 56 chez deux des malades, à 54 chez une autre.

La paralysie ne s'étend pas à la sensibilité, restée intacte dans tous les cas. L'action déprimante semble s'arrêter aux fibres motrices. Il semble, au contraire, qu'il y ait excitation de certains nerfs de sensibilité, de nerfs sécréteurs, tels que le nerf lacrymal et le cordon du tympan, les nerfs sialagogues.

M. Morvan signale quelques autres phénomènes d'ordre nerveux : du côté de la rétine (amblyopie à l'un des yeux, héméralopie) ; du côté du cerveau (vertiges, somnolence, délire, hallucinations).

D'après cette description, la cachexie observée par notre confrère serait généralement d'un caractère plus atténué que celle qu'ont décrite les médecins de Londres et de Paris. La plupart des cas pourraient passer plutôt pour une ébauche du myxœdème ou de la cachexie pachydermique dont MM. Gull, Ord et Charcot ont édifié l'histoire que pour cette affection même bien constituée. M. Morvan, cherchant la cause ou les conditions de cette atténuation, croit la trouver dans l'une des circonstances auxquelles il a été conduit par son observation à attribuer le rôle principal dans l'étiologie. On a vu l'influence considérable qu'il a constatée de la part de la température sur le degré de l'anasarque. Or, fait-il remarquer, en Basse-Bretagne, où ces observations ont été recueillies, on n'a d'été qu'à peine, il est vrai ; mais en revanche les hivers n'y sont jamais rigoureux, le thermomètre ne descendant guère au-dessous de 1° ou 2° sous zéro. C'est à cette différence entre les températures des localités où il a observé et celle de Londres et de Paris, où ont été recueillies les autres observations, qu'il croit pouvoir attribuer les différences constatées dans la symptomatologie comme dans la marche générale de la maladie.

Quant aux données étiologiques, elles se tirent des conditions propres à la vie des femmes et des conditions atmosphériques.

Presque tous les cas appartiennent au sexe féminin. Aux trois cas observés exceptionnellement chez des hommes sur le total connu jusqu'alors de seize cas de myxœdème, M. Morvan ajoute un quatrième fait observé sur un homme, dans ses quinze observations ; ce qui porte le contingent des hommes à quatre sur trente et une observations.

Presque tous les malades appartiennent à l'âge moyen de la vie. Des malades de M. Morvan, le plus jeune avait au début de son mal vingt-deux ans, le plus âgé soixante-sept. Le plus grand nombre se groupe autour de l'âge critique. Des quatorze femmes de la série bretonne, trois ont de vingt-deux à vingt-quatre ans, neuf ont de trente-cinq à cinquante ans, deux ont de cinquante-cinq à soixante-sept ans. L'homme a quarante-sept ans.

L'influence de la menstruation est accusée par cette circonstance que jusqu'à présent aucune personne du sexe féminin n'a été atteinte avant son établissement.

Chez les quatorze femmes, la maladie a paru neuf fois à l'âge critique. Dans deux cas, le début du mal a coïncidé exactement avec la ménopause.

Les grossesses multipliées et l'allaitement prolongé, sans être des conditions indispensables, ont paru avoir leur part d'influence, ainsi que les impressions nerveuses, les chagrins, les émotions, les fatigues prolongées.

Mais ce qui est pour M. Morvan le facteur principal de l'étiologie du myxœdème, nous le répétons, c'est le froid. Il en trouve la preuve, moins dans l'époque du début de la maladie, qui a le plus souvent échappé à son attention et à son enquête, que dans cette circonstance constante que toutes les malades, sans exception, se sont montrées de véritables thermomètres, baissant en hiver, glacées, ayant du larmoiement et un écoulement nasal continu et excessif, les lèvres et les mains violacées, un surcroît d'anasarque et de parésie, un véritable engourdissement comparable à celui des animaux à sang froid ; montant en été, c'est-à-dire se dégelant en quelque sorte et recouvrant en partie tout ce qu'elles avaient perdu en hiver.

Des faits rapportés par M. Morvan et des considérations très-étendues dans lesquelles il est entré sur ce sujet, il se croit en mesure de conclure que le myxœdème est une névrose du système nerveux central n'affectant de ce système que la portion afférente aux nerfs moteurs, tant de la vie animale que de la vie organique, lesquels sont frappés de paralysie, et laissant par conséquent indemne toute la portion afférente aux facultés mentales et aux nerfs sensitifs.

La thérapeutique de cette affection lui paraît encore à trouver. Pour sa part il a administré bon nombre de médicaments à ses malades, sans grand profit, mais aussi sans aucun dommage pour eux. Au début, partant de l'idée d'une cachexie quelconque, il avait donné les toniques pour toutes les formes, quinquina, fer, huile de foie de morue, etc., sans résultat. Plus tard, dans le but de combattre la paralysie, il a administré l'extrait de noix vomique, la strychnine, il a eu recours à la faradisation, sans avantages plus marqués.

D'après ce que lui a appris l'observation sur la marche alternante de la maladie, variant avec les saisons, M. Morvan déclare n'avoir de confiance que dans le séjour prolongé dans le midi.

Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine dans le traitement de la folie.

Nous avons rendu compte, il y a quelques années déjà, en 1874, d'une première série d'études thérapeutiques de M. le docteur Aug. Voisin sur l'action des sels de morphine en injections hypodermiques dans le traitement de diverses formes de la folie. M. Voisin a continué depuis cette époque ces études. En voici les principaux résultats, qu'il a consignés dans un mémoire récent.

Le premier point sur lequel M. A. Voisin appelle l'attention est l'utilité de combattre chez les aliénés les douleurs névralgiques, l'expérience ayant appris que bon nombre de ces malades que l'on appelle des hypochondriaques finissent souvent par être frappés, après un plus ou moins grand nombre d'années, d'affections cérébrales et spinales organiques, dont on serait parvenu peut-être à éviter l'évolution, si l'on avait traité ces douleurs.

Les observations consignées dans ce nouveau travail sont presque toutes relatives à des cas de folie lypémaniaque. Ce sont les formes dépressives, et surtout celles qui sont produites par anémie ou par asthénie, qui ont paru à M. Voisin être plus particulièrement justiciables de la médication morphinique. Quant aux formes agitées, c'est la folie hystérique que cet agent combat le plus efficacement.

M. Voisin a le soin d'ajouter que le traitement morphinique n'est utile dans les cas aigus que lorsqu'il ne s'est pas encore produit dans les vaisseaux et dans les cellules de lésions secondaires et lorsque la substance cérébrale et les méninges ne sont pas hyperémiées.

La question de la tolérance est une des plus délicates. Tel malade supporte, sans éprouver aucun phénomène physiologique et thérapeutique, des doses massives de chlorhydrate de morphine, tandis que tel autre ne supporte pas des doses même très-faibles. C'est ainsi qu'une malade du service recevait chaque jour en deux injections 2 grammes de ce sel sans présenter aucun effet morphinique, et qu'une autre ne pouvait en recevoir un dixième de milligramme sans vomir toute la journée.

Enfin il est important de savoir que tout aliéné chez lequel l'amélioration se produit sous l'influence de cette médication cesse de tolérer la morphine aussi facilement qu'il le faisait pendant la période d'état de sa maladie. Cette intolérance devient un signe favorable.

Les nouvelles observations de M. Voisin sont au nombre de 27, dont 12 recueillies dans son service de la Salpêtrière et 15 au domicile des malades. C'est même là, pour le dire en passant, un des avantages de ce mode de traitement que fait ressortir M. Voisin, de pouvoir être fait facilement à domicile et d'être sûrement administré.

Mais, pour ne parler ici que des aliénées traitées à la Salpêtrière, nous trouvons dans ce relevé :

Un cas de folie lypémaniaque avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, idées terrifiantes et tentatives de suicide, onanisme, guéri par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, en deux mois et demi, en commençant, à la dose de 1 milligramme et en l'élevant graduellement à 1 centigramme en deux fois, à 2 centigrammes, à 4 centigrammes, à 6 centigrammes en deux injections et enfin à 9 centigrammes.

Un cas de folie lypémaniaque avec idées de persécution et hallucination de l'ouïe, idées de suicide. Les injections à la dose initiale de 3 milligrammes, ont été élevées à 12 milligrammes et successivement portées à 6 centigrammes, matin et soir. La durée du traitement a été de près de cinq mois.

Un troisième cas de folie lypémaniaque, avec hallucinations et idées de persécution, traité par des injections dont la dose a été élevée au maximum de 18 centigrammes. La guérison a exigé onze mois.

Un quatrième cas, des plus curieux, est celui d'une femme de quarante et un ans, atteinte de folie lypémaniaque avec idées de persécution, préoccupations religieuses et gémissements, cette forme dite « gémisseuse » considérée comme à peu près incurable. Les injections morphinées, commencées à la dose de 3 milligrammes, ont dû être rapidement élevées à 35 milligrammes, à 7 centigrammes, à 20 centigrammes, et enfin, progressivement, jusqu'à 60 centigrammes par jour, en deux fois. Ce n'est qu'à cette dose que toute trace de délire a cessé. La malade l'a bien supportée, quoiqu'elle commençât à ce moment à éprouver des nausées. Cette dose a été maintenue pendant quinze jours, puis elle a été abaissée progressivement. La malade est sortie guérie de la Salpêtrière après un traitement de près de dix-huit mois.

M. Voisin affirme de nouveau dans ce dernier mémoire, comme il l'avait déjà fait dans le précédent, que l'emploi des injections sous-cutanées de morphine lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

Influence de l'hydropneumothorax sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

A l'occasion des faits rapportés dans notre Revue clinique du 6 août dernier, relativement à l'hydropneumothorax dans la phthisie et au résultat heureux qui en est quelquefois la conséquence pour la marche ultérieure de la maladie, M. le docteur Paul Meusnier (de Blois) nous communique le fait suivant qui appartient à son observation personnelle.

Au mois de juillet 1879, nous écrit-il, je fus appelé à donner des soins à un jeune homme de vingt ans, atteint de phthisie et dont la première hémoptysie remontait au mois d'octobre 1878.

A l'époque de mon premier examen, le poumon gauche était complètement envahi. On constatait au sommet gauche en avant des craquements nombreux; en arrière on trouvait dans la fosse sous-épineuse une caverne considérable et des râles sous-crépitants dans une assez grande étendue. L'état général était mauvais; amaigrissement très-marqué, toux incessante, expectoration muco-purulente, fièvre tous les soirs, sueurs très-abondantes. Cet état se maintint à peu près le même jusqu'au 27 septembre. Dans l'après-midi de ce jour, il fut pris, pendant un accès de toux, d'une douleur très-aiguë du côté gauche qui s'accompagnait d'une dyspnée intense.

Le lendemain, l'examen de la poitrine donnait des signes tout différents. Au lieu d'une matité très-étendue, on constatait une sonorité exagérée; disparition du souffle caverneux et des râles sous-crépitants; tintement métallique. Sans aucun doute, j'avais affaire à un pneumothorax. Les jours suivants, persistance de la douleur et de la dyspnée; exacerbation de la fièvre; il se produisait en outre une anasarque généralisée. Le 5 octobre, apparition de la matité à la base de la poitrine et du bruit de flot dans la succussion.

Au lieu d'une terminaison fatale que j'attendais à courte échéance, je fus étonné, au bout de peu de temps, de voir la fièvre disparaître ainsi que la toux, et l'état général s'améliorer. L'embonpoint reparut, si bien que le malade gagnait 3 kilos chaque quinzaine et qu'au mois de février suivant il atteignait un poids qu'il n'avait jamais eu en bonne santé.

Cette amélioration se maintint jusqu'à la fin de mai. A cette époque, par suite d'un refroidissement, l'épanchement augmenta d'une façon très-considérable, et, le 8 juin, je fus obligé de faire la thoracentèse avec l'aspirateur de Dieulafoy. Je retirai 2 litres et demi d'un liquide clair sans trace de

purulence. Mais l'épanchement ne tarda pas à se reformer en grande abondance, et, de plus, l'apparition de la fièvre avec frissons me fit croire à la transformation purulente. J'étais décidé à faire une seconde ponction lorsque le malade mourut subitement dans la nuit du 28 juillet.

Pour résumer le fait tel que je l'ai observé, voilà un phthisique arrivé à une période avancée, qui voit son état compliqué d'un hydropneumothorax et qui, malgré cela, peut passer un hiver très-rigoureux dans un état très-satisfaisant; qui voit en outre, par suite de la rétraction du poumon, se tarir une expectoration d'une abondance très-grande, et disparaître la fièvre. Rapprochée des faits cités par M. Hérard, cette observation vient en grossir le nombre et confirmer à son tour le fait que, si le plus souvent l'hydropneumothorax est une complication rapidement mortelle de la tuberculose, elle peut parfois exercer une influence heureuse sur la marche et en arrêter les progrès.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Phlegmons périrectaux.

Les phlegmons périrectaux ne sont une affection ni très-rare ni très-commune, et nous en avons en ce moment deux exemples dans nos salles.

Le premier est un malade couché au n° 20 de la salle des hommes, sans aucun autre antécédent morbide qu'une fièvre intermittente au mois d'août dernier. Il y a trois semaines qu'il s'est aperçu pour la première fois d'une petite tumeur dans le voisinage de l'anus. Six jours plus tard, cette petite tumeur était devenue une tuméfaction volumineuse périanale, prononcée surtout du côté gauche, ayant envahi l'espace ischio-rectal; la peau était rouge, tendue, douloureuse. M. Campenon, mon chef de clinique, a fait une large incision qui a donné issue à un pus abondant et fétide. La paroi rectale était décollée sur une étendue de 6 à 7 centimètres de hauteur. Le lendemain, il s'est fait par la plaie une petite hémorrhagie qui a été assez facilement arrêtée par la compression. Actuellement le malade est en voie de guérison.

Le second malade est au n° 35 de la même salle que le précédent. C'est un homme qui a depuis quatorze mois un épithélioma du rectum, assez étendu, mais très-bien circonscrit en avant, remontant assez haut en arrière. Il m'avait été montré il y a près d'un mois par MM. Monod et Marchand qui voulaient avoir mon opinion à son égard. C'est huit jours après cette visite, qu'éprouvant une gêne plus grande, quelques douleurs plus vives dans la région malade, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Le lendemain matin, il y a de cela quinze jours, nous avons constaté une rougeur intense, une inflammation d'aspect phlegmoneux et angioleucitique d'une assez grande étendue. Le périnée était œdématié, l'anus saillant, les fesses tendues. Deux larges incisions, l'une à droite, l'autre à gauche, ont été pratiquées; il s'est écoulé une grande quantité de pus, et, particularité intéressante, nous avons retiré de grosses masses de tissu cellulaire mortifié. Cette petite opération a parfaitement réussi; nul accident n'est survenu. Je ne parle pas aujourd'hui de son épithélioma du rectum; c'est une tout autre chose, bien que ces sortes de phlegmon soient généralement la conséquence d'une altération préexistante dans le voisinage, comme l'épithélioma dans le cas présent.

Si un assez grand nombre d'auteurs ont parlé des abcès de la marge de l'anus, par contre bien peu se sont occupés des phlegmons périrectaux, ou bien ils les ont confondus avec les précédents. Il en est ainsi également des articles de dictionnaire où vous retrouverez la même confusion et où l'étude des causes de ces phlegmons est généralement mal faite. C'est un véritable patrouillis, passez-moi le mot.

Comme l'a dit Allingham, dans la dernière édition de son livre (1876), les abcès de la marge de l'anus sont superficiels, ils sont situés en dehors de la fosse ischio-rectale; mais ce ne sont pas là les véritables phlegmons périrectaux qui, rarement superficiels, occupent au contraire presque toujours la fosse ischio-rectale, où ils constituent de vastes foyers. Quelquefois même ils forment des clapiers secondaires, dans leur développement rapide, qui s'étendent au-delà même de cette fosse, dépassent le releveur de l'anus et deviennent ce que MM. Richet et Pozzi ont appelé le phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur. Dans ces cas, le rectum peut être dénudé sur une hauteur de 8, 10 et même 12 centimètres.

La plupart des malades qui sont atteints de phlegmons périrectaux voient les accidents éclater subitement, en apparence du moins, comme si antérieurement ils n'avaient rien. Cependant, si l'on examine le sujet avec quelque attention, il est rare que l'on ne trouve pas des hémorrhoïdes, quelque fissure de l'anus, etc. L'un d'eux, par exemple, rendait de temps en temps un peu de sang, un autre de l'humeur, etc.

Je vous citerai l'observation de deux malades, l'un âgé de 55 ans, l'autre de 63 à 64 ans, qui furent atteints tous deux de phlegmons périrectaux graves. Le premier était sujet à des diarrhées fréquentes et à des humeurs glaireuses diarrhéiques; le second avait des hémorrhoïdes compliquées d'un eczéma périanal. Tous deux entreprennent un assez long voyage, l'un en France pour une tournée électorale, l'autre en Russie; mais tous deux, souffrants, ne prennent pas le temps de se soigner et, la fatigue aidant, voient subitement se former de vastes phlegmons d'où s'échappe par l'incision une quantité de pus considérable.

Ces phlegmons, comme vous le voyez, ont donc toujours une genèse antérieure; il en est de même chez le n° 35, qui a son épithélioma du rectum, et chez le n° 20, qui depuis un mois avait aussi une diarrhée assez abondante, et ne brillait pas par des soins d'une propreté extrême.

Dans la pratique, vous rencontrez nombre d'individus qui présentent soit de petites indurations périanales ou périrectales, de petites nodosités dont ils ne parlent pas, dont ils souffrent peu, soit de petites fistules borgnes, internes, qui restent ignorées, formant de petits clapiers jusqu'au moment où, sous la moindre influence accidentelle, il se développe rapidement à l'entour un phlegmon vaste et volumineux. Souvent aussi la cause première se retrouve dans de petites fissures, dans quelque excoriation de la muqueuse.

Enfin, quand le phlegmon éclate, sa marche est rapide, grave et insidieuse: rapide, car il se développe dans l'espace de trois ou quatre jours; grave, car l'individu atteint souffre beaucoup, il est très-malade; insidieuse, en effet, comme nous allons le voir sur deux des malades de la ville, l'un d'eux surtout.

C'était un homme très-aisé, Parisien, le candidat électoral dont je vous parlais tout à l'heure. Devenu très-souffrant, il

se couche, se soigne d'autant plus qu'il est pressé de vaquer à ses affaires. Le médecin, instruit cependant, appelé auprès de lui, ordonne un petit laxatif, et l'anus tendu passe sans qu'il y soit fait grande attention, jusqu'au moment où M. Gosselin appelé dans la même maison, rencontré par son confrère et par lui consulté, voit le malade, et, diagnostiquant un phlegmon périanal aux indications pressantes, pratique immédiatement deux incisions d'où sort un flot de pus. Voilà qui est caractéristique, et vous remarquerez que l'état général avait beaucoup plus frappé, comme d'habitude, que l'état local, et avait induit en erreur un médecin très-instruit cependant, tandis que le chirurgien avait immédiatement touché du doigt la nature vraie du mal.

Le malade du nº 35, l'homme au cancer du rectum, nous a donné tous les symptômes du phlegmon périrectal : fièvre, élévation de la température, douleur, rougeur, tension, œdème circonvoisin, rétention des matières fécales et rétention aussi des urines. L'existence de ce dernier symptôme est des plus heureuses, car elle vient éclairer un diagnostic douteux, surtout s'il n'existe aucun rétrécissement de l'urèthre. C'est alors que le chirurgien intervient, comme nous l'avons fait ici, par deux incisions parallèles, une de chaque côté de l'anus sur la fosse ischio-rectale, parallèle aussi au pli fessier. Le soulagement est immédiat, et, un quart d'heure à peine après l'opération, la rétention d'urine cesse ; le lendemain, les évacuations alvines ont lieu ; puis trois, quatre ou cinq jours plus tard, la plaie se déterge, les tissus mortifiés sont expulsés en masse, une amélioration progressive se produit, l'appétit revient, la plaie bourgeonne, se nettoie, et le malade de croire qu'il n'y a qu'à continuer.

Eh bien ! non, il y a encore autre chose à faire. C'est ainsi que, sur le malade qui fit son voyage de Russie, après avoir incisé tout d'abord son vaste phlegmon, lui avoir procuré un grand soulagement, c'est ainsi, dis-je, que, lorsque la situation fut suffisamment améliorée, je pratiquai une nouvelle opération. Je divisai toutes les parties molles qui séparaient l'anus de la cavité de l'abcès avec le thermocautère ; cette opération étant encore insuffisante, je divisai de nouveau avec l'anse galvano-caustique.

Six ou sept semaines plus tard, mon malade était guéri définitivement. Mais aussi j'avais divisé complètement la cloison rectale.

Il en a été de même du malade que M. Gosselin avait opéré et que je continuai à soigner avec lui. Il allait très-bien, si bien même que, tout en me refusant à le considérer comme guéri, j'en étais arrivé cependant à déclarer qu'il touchait à sa guérison, un certain jour qu'enchanté de sa situation, il était venu me voir. Mais quatre jours plus tard un petit abcès s'était formé, tout s'était crevé, et, par la fistule persistant au centre de la première incision, la sonde cannelée pénétrait dans une cavité profonde. Ceci se passait cinq ou six mois après le premier phlegmon. J'opérai alors comme je viens de vous le dire pour l'autre malade.

Je pourrais vous citer encore d'autres cas plus ou moins analogues. Ces phlegmons ne se terminent donc pas tant qu'ils n'ont pas été mis en situation convenable pour guérir. Du reste, ceci est une question de degré et d'étendue, car il est bien entendu que, si l'on a affaire seulement à un phlegmon superficiel, ce qui est plus rare, ou très-peu profond, parfaitement limité, une simple incision peut suffire pour amener la guérison définitive quand le fond de l'abcès est bien mis à nu. Mais, lorsque le phlegmon s'est creusé une cavité profonde, qu'il atteint le fond de la fosse ischio-rectale ou qu'il gagne jusqu'à l'espace pelvi-rectal, il n'en est plus de même, et de toute nécessité une large opération divisant la paroi du rectum doit être faite.

Il faut donc commencer par ouvrir le phlegmon, déterger et vider le foyer ; puis, l'accident détruit, diviser le plus tôt possible les tissus et toute la partie flottante du rectum.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Influence de la nutrition sur l'empoisonnement par la strychnine.

Par M. G. Delaunay.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie (1) les résultats d'expériences que j'ai faites au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, avec le concours de M. Wiet, relativement à l'influence exercée par la plus ou moins grande intensité des phénomènes nutritifs sur l'empoisonnement par la strychnine.

Constitution. — Si l'on injecte la même dose de strychnine à deux grenouilles, dont l'une est grosse et vigoureuse, l'autre petite et faible, on voit que les phénomènes de l'empoisonnement sont beaucoup plus rapides et surtout plus intenses chez la première que chez la seconde. En cas de guérison, la plus forte revient à la santé avant la plus faible.

Côté. — Les grenouilles sont généralement droitières. Chez une grenouille empoisonnée par la strychnine, le côté droit, qui est le plus développé, est le premier et le plus gravement intoxiqué. Si l'on applique sur les deux membres postérieurs de l'animal un décimètre tombant du côté droit, on voit ce décimètre se relever peu à peu sous l'influence des convulsions plus fortes à droite et tomber définitivement du côté gauche. Si l'on place la grenouille empoisonnée sur le dos, on voit, à chaque accès de strychnisme, le membre antérieur droit s'élever plus haut et retomber plus tôt que l'autre, ce qui prouve que les convulsions sont plus énergiques, mais durent moins longtemps à droite qu'à gauche. Enfin, le côté droit revient à l'état normal avant le gauche.

Alimentation. — Une grenouille qui a toujours été bien nourrie est plus sensible à l'action du poison qu'une grenouille anémique qui a jeuné pendant plusieurs semaines.

Exercice musculaire. — Si l'on injecte la même dose de strychnine à deux grenouilles de même grosseur, dont l'une a marché et sauté pendant une demi-heure, on voit que cette dernière est plus tôt et plus gravement empoisonnée que l'autre (2).

Ce qui s'applique à l'organisme entier est applicable à une partie de l'organisme.

Quand on empoisonne une grenouille, dont le membre postérieur gauche a été électrisé pendant vingt minutes, on voit que ce membre, qui est d'ailleurs congestionné, est pris de convulsions un quart d'heure avant l'autre. Ce n'est qu'une demi-heure après l'injection que l'empoisonnement devient égal des deux côtés (3).

Mais cette influence de l'électrisation s'exerce entre des limites *minima et maxima*. En effet, si l'on fait passer le courant pendant cinq minutes seulement, on n'obtient rien, et il en est de même si le

(1) Académie des sciences, séance du 5 septembre 1881.

(2) Cette expérience permet d'expliquer pourquoi un chien, qui ne paraît pas incommodé par une piqûre de vipère quand il est au repos, tombe comme foudroyé quand il est piqué après une journée de chasse.

(3) Cette expérience permet d'expliquer un grand nombre de faits pathologiques, tels que la paralysie saturnine des extenseurs qu'on observe chez les individus qui travaillent surtout des extenseurs, comme les peintres en bâtiment par exemple ; les accidents cérébraux qui frappent les élèves de nos Écoles spéciales, atteints de fièvre typhoïde ; certaines manifestations de la syphilis, comme l'iritis syphilitique observé chez les individus qui lisent beaucoup ; les accidents du côté du larynx qui se produisent chez les chanteurs, etc.

courant passe pendant une heure. Le fonctionnement organique n'agit qu'autant qu'il est suivi de réparation et qu'il n'est pas poussé jusqu'à l'épuisement.

Quand le fonctionnement est postérieur au lieu d'être antérieur à l'injection, il agit de la même façon. En effet, si, après avoir empoisonné également deux grenouilles, on en fait marcher et sauter une, on voit qu'elle est prise de convulsions bien avant l'autre.

Position. — Relativement à la position occupée par l'animal, si l'on donne la même dose de poison à deux grenouilles dont l'une est suspendue par la tête et l'autre par les pieds, on voit les convulsions affecter la grenouille qui a la tête en bas vingt minutes avant l'autre et avec une intensité beaucoup plus grande (1).

Hémorrhagie. — Si l'on donne la même dose de strychnine à deux grenouilles dont l'une a été préalablement affaiblie par une saignée, on voit que cette dernière est moins rapidement et moins gravement empoisonnée que la grenouille indemne.

Au point de vue thérapeutique, si, après avoir empoisonné également deux grenouilles, on en saigne une, on la voit revenir à l'état normal à mesure qu'elle perd du sang.

On sait, par les recherches de M. Ch. Richet, que la strychnine à haute dose tue sans donner de convulsions. Si l'on saigne une grenouille ainsi empoisonnée, on voit se produire chez elle les convulsions toxiques qui caractérisent le premier degré de l'empoisonnement. En affaiblissant l'animal on a donc diminué l'empoisonnement, qu'on a fait passer du second degré au premier.

Congestion. — Si l'on provoque une congestion dans une patte de grenouille, en la brûlant avec de l'acide nitrique ou en plantant des épingles à demeure dans la face palmaire, on voit que cette patte est prise de convulsions avant l'autre, et que les convulsions sont plus violentes dans la patte congestionnée.

REVUE DE LA PRESSE

De la valeur des divers antiseptiques. — M. le professeur Chirone, après avoir avoir exécuté de nombreuses expériences spectroscopiques sur le sang traité par les divers antiseptiques, est arrivé aux conclusions suivantes :

a. Pour que les expériences puissent avoir lieu, il faut que la substance antiseptique que l'on étudie ne décompose pas le sang comme le font le sulfate d'alumine, l'acide tannique, etc.; il faut aussi qu'elle ne donne pas aux solutions une couleur spéciale et un spectre propre comme le font le permanganate de potasse, la sanguinarine, etc.

b. La spectroscopie a démontré qu'il y a des substances qui s'opposent à la décomposition finale du sang (antizymotiques ou antiputrides) et des substances qui s'opposent à sa désoxydation (antiréductives), désoxydation qui peut être considérée comme le point de départ de la putréfaction du sang. Il y a enfin des substances qui exercent l'une et l'autre action.

c. Il n'y a pas un rapport constant entre la puissance antiréductive et la puissance antiputride des substances : ainsi, l'acide arsénieux, qui est presque au premier rang comme antizymotique, ne viendrait qu'en dernière ligne comme antiréductif.

d. La substance qui exerce les deux actions est par excellence l'hydrate de chloral.

e. Les substances qui s'opposent à la désoxydation peuvent être disposées dans l'ordre suivant : 1° le chloral ; 2° la quinine ; 3° la salycine ; 4° la berbérine ; 5° l'hypochlorite de soude et de chaux ; 6° la floridzzine ; 7° l'esculine ; 8° la cinchonine ; 9° la cétrarine ; 10° le salicylate de soude ; 11° la strychnine ; 12° la caféine ; 13° le sulfite de soude et de chaux.

Ces substances se combinent avec les albuminoïdes du sang et les précipitent, en conservant non altérée pendant un temps plus ou moins long la partie non précipitée. Elles exercent leur action antiréductive sur le sang, même quand, ayant été absorbées, elles se répandent dans le torrent de la circulation ; leur action est d'autant plus énergique que le sang est plus frais.

f. Les substances qui s'opposent à la décomposition finale du sang peuvent être disposées dans l'ordre suivant : 1° le chloral ; 2° l'acide arsénieux ; 3° l'arsénite de soude. Agissent encore de la même manière, mais avec infiniment moins d'énergie, l'acide borique, le borate de soude et la lupuline. (*Réveil méd.*)

Syphilis et ataxie locomotrice. — L'influence étiologique de la syphilis sur l'ataxie locomotrice, signalée en 1875 par M. le professeur Fournier, qui, sur trente ataxiques, avait trouvé vingt-quatre individus vérolés, confirmée par M. Féréol, qui reconnaissait aussi cinq syphilitiques sur onze ataxiques, et par M. Siredey, qui découvrait huit syphilitiques sur dix cas d'ataxie locomotrice, est de nouveau signalée par le docteur Erb.

En effet, sur cent ataxiques examinés par Erb, 12 seulement n'avaient jamais eu de chancre simple ou syphilitique, douze sur cent ! De plus, cinquante-neuf fois les accidents secondaires avaient été observés ; chez vingt-neuf malades, ou ils ne s'étaient pas produits, ou bien ils avaient passé inaperçus. Cependant, parmi ces derniers, douze avaient été soumis au traitement mercuriel, et conséquemment considérés comme syphilitiques.

Un relevé de quatre-vingt-huit observations montre que le temps écoulé entre le chancre et les premiers symptômes de l'ataxie a varié entre trois et cinq ans dans dix-sept cas ; entre six et dix ans dans trente-sept cas ; entre onze et vingt ans dans vingt-quatre cas ; enfin, dans les dix autres cas, vingt ans s'étaient écoulés entre le chancre et l'apparition de l'ataxie. (*Journ. des connaiss. méd.*)

De la pneumonie franche aiguë, de son évolution et de sa crise. — Sous ce titre, M. le docteur Ch. Fernet, agrégé de la Faculté, vient de publier un travail extrêmement intéressant qui se termine par les conclusions suivantes :

1° La pneumonie franche aiguë a une évolution et une crise caratéristiques.

2° L'évolution est parfaitement représentée par la marche de la fièvre et figurée par la courbe thermique. Le début de la maladie est marqué par un violent frisson ; puis survient une fièvre intense qui persiste d'une seule tenue pendant cinq à sept jours en moyenne et qui tombe ensuite rapidement. Concurremment avec cette fièvre se développe une lésion locale dans le poumon, lésion qui se résume dans l'épanchement et la solidification d'un exsudat fibrineux (hépatisation rouge), formant dans le parenchyme pulmonaire un ou plusieurs blocs compacts. Cette hépatisation, qui est la lésion de la pneumonie à la période d'état, dure en général autant que la fièvre, et ensuite elle subit les transformations qui permettent le retour de l'organe à l'état normal (dissociation et élimination de l'exsudat). Cette dernière phase de réparation organique est étrangère à l'évolution de la maladie proprement dite ; elle fait partie de la convalescence.

Par cette évolution et par cette lésion locale, la pneumonie ressemble aux fièvres éruptives.

3° La crise de la pneumonie survient vers le sixième ou septième jour de la maladie ; elle est marquée par une défervescence brusque et par des sueurs abondantes.

Les modifications de l'urine, les épistaxis, la diarrhée, les éruptions d'herpès naso-labial, ne sont pas des phénomènes critiques. Ce sont (sauf l'herpès naso-labial) des accidents ou des complications.

L'herpès naso-labial apparaît régulièrement vers le troisième jour de la maladie, précédant de beaucoup la crise ; il paraît être une manifestation locale analogue ou semblable à celle qui constitue la pneumonie. (*Arch. gén. de méd.*)

(1) Je suis porté à croire que la position horizontale peut être une cause de mort pour les individus gravement empoisonnés, et je me demande s'il ne serait pas bon de les maintenir dans une position verticale, la tête en haut et les pieds en bas, en les plaçant dans des appareils spéciaux.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 16 septembre 1881.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

D'après les dispositions de l'article 28 du décret du 14 juillet 1865, sur l'organisation du corps de santé de la marine, dispositions confirmées par l'article 3 du décret du 31 mai 1875, lorsque les besoins du service l'exigent, il peut être employé des médecins et des pharmaciens auxiliaires de deuxième classe, des aides-médecins et des aides-pharmaciens auxiliaires.

Grâce aux progrès de l'instruction publique, dans ces dernières années, des jeunes gens pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de celui de pharmacien universitaire de première classe se sont mis en instance pour obtenir des emplois de médecin ou de pharmacien auxiliaire dans le service de santé de la marine.

Mais, en vertu de la réglementation actuelle, ils ne peuvent être admis qu'avec l'emploi d'aide-médecin ou d'aide-pharmacien auxiliaire, qui peut être également concédé à des jeunes gens n'ayant que deux années d'études médicales ou pharmaceutiques.

Or, si cet emploi peut être, pour ces derniers, un stimulant suffisant, il n'en saurait être de même pour ceux qui ont déjà le titre de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, auxquels cependant, par les garanties de capacité qu'ils présentent, il conviendrait de confier, autant que possible, tous les emplois du personnel auxiliaire du service de santé de la marine. Il est rationnel et équitable, d'ailleurs, de leur assurer une situation supérieure à celle qui peut être accordée à des jeunes gens n'ayant pas encore terminé leurs études médicales ou pharmaceutiques.

Ces considérations me déterminent à vous proposer de décider que les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de première classe pourront être nommés directement, sans examen préalable, médecins ou, suivant le cas, pharmaciens auxiliaires de deuxième classe. Cette mesure aurait pour effet d'assurer un bon recrutement pour le personnel auxiliaire du service de santé de la marine.

Dans la pensée que vous voudrez bien la sanctionner, j'ai l'honneur de vous soumettre le projet de décret ci-joint, destiné à modifier, dans le sens de la proposition contenue dans ce rapport, le décret du 14 juillet 1865, sur l'organisation du corps de santé de la marine.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la marine et des colonies,
G. CLOUÉ.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Les articles 29 et 30 du décret du 14 juillet 1865 sont remplacés par le texte ci-après :

« ART. 29. — Nul n'est admis à l'emploi d'aide-médecin auxiliaire s'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une école secondaire, et s'il n'est reconnu admissible à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade d'aide-médecin titulaire.

« ART. 30. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe sont choisis, sur l'avis motivé de l'inspecteur général du service de santé, parmi les candidats pourvus du diplôme de docteur en médecine.

« Ils sont choisis également parmi les aides-médecins auxiliaires ayant au moins deux ans de service et reconnus admissibles à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade de médecin de deuxième classe entretenu.

« Les aides-médecins auxiliaires, pourvus du diplôme de docteur en médecine, sont nommés, sans examen, médecins auxiliaires de deuxième classe.

« Les candidats aux emplois de médecin et de pharmacien auxiliaires doivent avoir été reconnus propres au service de la marine. »

ART. 2. — Les dispositions qui précèdent sont applicables au recrutement des pharmaciens auxiliaires de la marine dans les conditions prévues par l'article 35 du décret du 14 juillet 1865.

ART. 3. — Le ministre de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 16 septembre 1881.

JULES GRÉVY.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11732.

N° 111. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 27 SEPTEMBRE 1881. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 25 septembre 1881.

ÉCHOS DU CONGRÈS DE LONDRES.

Le septième Congrès des sciences médicales, qui a été tenu à Londres dans le courant du mois d'août dernier, a réuni un nombre considérable de médecins venus de tous les pays. Les sujets les plus divers y ont été traités, se rattachant tous néanmoins aux sciences médicales, dans les quinze sections qui se sont partagé la besogne d'entendre les réponses aux questions proposées. Ont-ils tous répondu, au même degré, à l'un des trois buts que doit poursuivre la science médicale, suivant les expressions mêmes du discours présidentiel de sir James Paget : « la nouveauté, l'utilité, la charité » ? Il serait peut-être aussi téméraire de l'affirmer que de le nier. Mais ce que nous pouvons dire, d'après quelques-unes des communications qui sont parvenues jusqu'à présent à notre connaissance, c'est qu'il en est certainement un grand nombre qui sont d'un sérieux intérêt. Vu l'impossibilité où nous serions, de par notre cadre, d'en présenter un compte-rendu même sommaire, nous nous bornerons à résumer pour l'usage de nos lecteurs, à mesure de leur publication, celles d'entre elles qui nous paraîtront de nature à les intéresser plus particulièrement par leur portée ou leur but pratique.

En attendant, nous leur demandons la permission de dire ici quelques mots de quelques-uns des discours qui ont été prononcés, soit dans les séances générales, soit dans les différentes sections, et qui, dans le cercle des généralités où se sont maintenus les orateurs, nous paraissent avoir donné la note du sens et du mouvement scientifique contemporain dont ce Congrès a été comme le reflet. Parmi les discours qui ont été le plus remarqués, nous citerons notamment ceux de M. Virchow sur l'utilité de l'expérimentation en pathologie, de M. Huxley sur les rapports des sciences biologiques avec la médecine, de M. Michal Foster sur l'histoire de la physiologie en Angleterre, de M. Pasteur sur les virus-vaccins, et enfin de notre si regrettable confrère Maurice Raynaud sur le scepticisme de médecine.

Utilité de l'expérimentation en pathologie. — Mettre en question l'utilité de l'expérimentation en médecine pourrait presque sembler un paradoxe, si une agitation, née en Angleterre même, il y a un certain nombre d'années déjà, et qui, loin de se ralentir depuis, n'a fait que s'accroître et prendre les proportions d'une lutte véritablement dangereuse pour la science, n'avait rendu ce nouveau manifeste nécessaire. Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié la discussion qui a eu lieu sur ce sujet, en 1863, à l'Académie de médecine, et l'opinion que nous avons exprimée nous-même, à cette occasion, sur la question soulevée à cette époque. Divers incidents, entre autres les tracasseries suscitées à l'éminent physiologiste du Collège de France, le procès intenté à l'un de nos savants confrères par un tribunal de Londres, ont ému encore la presse médicale. Enfin, lors du Congrès international des sciences médicales d'Amsterdam, en 1879, M. Virchow, ayant eu à traiter la question de savoir quelle est l'utilité de la méthode expérimentale dans l'enseignement, y soutint cette conclusion : que l'usage le plus étendu de cette méthode, que la vivisection surtout, en était un des éléments les plus indispensables. C'est en présence d'un redoublement d'agitation des adversaires de la vivisection que M. Virchow a cru devoir répondre de nouveau devant le Congrès, et sur les lieux mêmes d'où elles étaient parties, aux attaques dirigées contres les vivisecteurs. Il s'est cru obligé de réfuter notamment les deux catégories principales d'objections faites à la méthode des vivisections : celles qui consistent à dire que la méthode expérimentale, et par conséquent la science médicale tout entière, à laquelle elle sert de base, est matérialiste, et, comme telle, offense à la fois les sentiments, la morale et la religion ; celles qui aboutissent à contester l'utilité de l'expérimentation sur les animaux pour la médecine et à nier les progrès dont elle lui serait redevable.

C'est l'histoire de la médecine à la main que M. Virchow rappelle les luttes mémorables qu'eurent à soutenir, contre les prohibiteurs des dissections du corps humain et des expérimentations sur le corps des animaux vivants les Vésale, les Wepfer, et qu'il nous montre, à partir du seizième siècle, l'anatomie physiologique décidant de la victoire définitive de l'observation sur le dogmatisme, et, à partir du dix-huitième, l'anatomie pathologique remplaçant le mysticisme par le réalisme, la spéculation et les hypothèses par les théories scientifiques vraies.

Sans doute, dit M. Virchow, cette idée que la connaissance de la vie ne peut être obtenue que par des expériences sur l'être vivant existait depuis longtemps. Il est évident que

l'antiquité l'avait eue ; mais il est difficile d'établir d'une façon précise l'époque où elle tomba pour la première fois dans le domaine de la pratique.... De fait, le premier grand exemple que nous avons réellement du succès d'une vivisection est celui d'Harvey, qui, en établissant la doctrine de la circulation, a changé d'une manière radicale la direction des idées en médecine. N'eût-on que ce seul exemple, il serait suffisant pour prouver d'une façon éclatante l'utilité, la nécessité de la vivisection. Mais que d'autres découvertes depuis, dues à ce procédé d'étude, et qui sont venues compléter et agrandir celle d'Harvey : celle de Malpighi sur la circulation dans les vaisseaux capillaires ; de Weber sur l'innervation du cœur ; de Cl. Bernard sur l'action du grand sympathique sur les vaisseaux ! etc.

Et maintenant, ajoute Virchow après une large esquisse de tous les progrès que la physiologie et la médecine doivent aux vivisections, quels sont les grands résultats que la science de guérir peut en attendre encore? Pendant longtemps il n'y eut pas de remède plus facilement accepté, plus rapidement employé que le chloral. Comment eût-il été possible d'en connaître les effets sans faire des expériences sur les animaux?...

Nous ne suivrons pas M. Virchow jusqu'au bout dans sa vigoureuse argumentation contre les antivivisecteurs. Nous terminerons seulement par cette application qu'il a faite à la science expérimentale, accusée de porter atteinte aux sentiments, à la morale et aux caractères, de ce qu'a dit Bacon du soleil : *Palatia et cloacas ingreditur, neque tamen polluitur.*

Des rapports des sciences biologiques avec la médecine. — Tel est le sujet du discours prononcé par M. T.-H. Huxley, l'éminent physiologiste anglais, dont notre confrère M. le docteur E. Dally nous a fait connaître en 1869 les savantes leçons de physiologie élémentaire.

Ce que M. Huxley établit tout d'abord dans ce discours, c'est l'existence d'un lien logique entre la doctrine purement scientifique de la maladie, ou pathologie, et la biologie. Étant admis que le caractère de la matière vivante réside dans sa tendance innée à manifester une série définie de phénomènes morphologiques et physiologiques qui constituent l'organisation et la vie, il nous montre, dans les conditions ordinaires, les phénomènes restant, dans d'étroites limites, les mêmes pour chaque espèce d'êtres vivants, fournissant les caractères normaux et le type de l'espèce et, comme tels, étant la base de la biologie ordinaire ; tandis que, en dehors de ces conditions, le cours normal des phénomènes de la vie venant à être dérangé, les caractères anomaux font leur apparition, modifiant suivant leur importance et leur étendue la vie-type à des degrés infinis, simples variations anatomiques ou modifications fonctionnelles passagères, lésions, empoisonnement, maladies. C'est à ce titre que la pathologie constitue une branche de la biologie ; elle est la morphologie, la physiologie, l'étiologie d'une vie anomale.

Cette conclusion, qui paraît toute naturelle aujourd'hui, ne l'est devenue que par la longue série de progrès qui ont fait passer successivement la médecine de l'état d'empirisme, d'histoire naturelle de la maladie ou de science d'induction, à l'état de déduction de vérités générales, en suivant pour l'anatomie les grandes étapes de l'école d'Alexandrie, celles de Morgagni et de Bichat; pour la physiologie, qui n'est venue que beaucoup plus tard lui apporter son contingent de lumière, celles qui sont marquées des noms d'Harvey, de Descartes, à qui M. Huxley rapporte l'honneur d'avoir, le premier, émis cette proposition : que les phénomènes vitaux, comme tous les autres phénomènes du monde physique, sont, en dernière analyse, résolubles en idée de matière et de mouvement ; et enfin de tous les physiologistes du dix-huitième siècle, qui, plus heureux que lui, ont pu trouver, dans la chimie moderne et dans l'électricité, des données pour l'analyse des phénomènes de la vie.

Pour M. Huxley, le rapport qui existe entre la médecine et les sciences biologiques est clairement défini. La pathologie pure est cette branche de la biologie qui a trait aux perturbations spéciales de la vie cellulaire ou de la machine coordinatrice, perturbations qui sont la source des phénomènes de maladie.

Ceux qui connaissent la situation actuelle de la biologie, ajoute-t-il, n'hésiteront pas à admettre que la conception qui consiste à faire de la vie d'un animal supérieur une synthèse des vies d'une agrégation des cellules, harmoniquement mises en œuvre par une machine coordinatrice formée par une partie de ces cellules, est un emprunt fait à la science physiologique. Mais la dernière forme de la lutte entre l'idée de la vie animiste et de la vie physique réside dans la question de savoir si l'analyse physique des phénomènes vitaux peut être portée plus loin.

Pour quelques-uns, dit-il, le protoplasma est une substance douée des caractères qu'Harvey reconnaissait au sang, *summa cum providentia et intellectu in finem certum agens quasi ratiocinio quodam.* Ceux-là, considérant avec le même mépris que Bichat toutes les tentatives d'application des principes et des méthodes de la physique et de la chimie à la recherche des phénomènes vitaux, continuent les anciens errements, mais en substituant une république d'*animulæ* à la monarchie de l'*anima.* D'autres, au contraire, ne voyant, conformément aux principes de Descartes, dans les actions vitales que des changements de place des particules de la matière, comptent sur la physique moléculaire pour achever l'analyse du protoplasma vivant en mécanisme moléculaire.

Dans la nature, ajoute M. Huxley, rien n'est en repos, rien n'est amorphe, la particule la plus élémentaire de ce que l'on a appelé jusqu'à présent la « matière brute » est une vaste agrégation de mécanismes moléculaires accomplissant des mouvements compliqués et s'adaptant à tous les changements du monde extérieur. La nature vivante diffère de la nature inanimée en degré et non en genre; le microcosme est une reproduction du macrocosme, et une chaîne d'union et de causation relie la nébuleuse, origine du soleil et du système planétaire, avec la fondation protoplasmique de la vie et de l'organisme.

A ce point de vue, la pathologie est l'analogue de la théorie des perturbations en astronomie; la thérapeutique a pour but de découvrir les moyens à l'aide desquels un système de forces appropriées pour faire disparaître toutes les perturbations peut être introduit dans l'économie. Et, de même que la pathologie a sa base dans la physiologie normale, de même la thérapeutique repose sur la pharmacologie, qui n'est, à proprement parler, qu'un côté de la grande question biologique de l'influence des conditions sur l'organisme vivant et qui n'a pas de base scientifique en dehors de la physiologie.

M. Huxley termine sa dissertation en ces termes : « Rien ne me paraît mieux indiquer les heureux progrès de la médecine vers l'idéal de Descartes que la comparaison de la pharmacologie de nos jours avec ce qu'elle était il y a qua-

rante ans. Si nous examinons les progrès faits dans le *modus operandi* de l'atropine, de la vératrine, de la strychnine, du bromure de potassium, du phosphore, il est impossible de ne pas être convaincu que tôt ou tard le pharmacologiste viendra en aide au médecin pour agir dans un sens voulu sur les fonctions d'un élément physiologique du corps. Il sera possible alors d'établir dans l'économie un mécanisme moléculaire qui, semblable à une torpille bien dirigée, pénétrera jusqu'à un groupe particulier d'éléments vivants et déterminera une explosion parmi eux, sans toucher au reste.

La recherche d'une explication des états morbides dans la vie cellulaire modifiée, la découverte du rôle important des organismes parasites dans l'étiologie de la maladie, l'explication de l'action des médicaments à l'aide des méthodes et des données de la physiologie, tout cela me paraît être le progrès le plus considérable depuis l'établissement de la médecine sur une base scientifique ; j'ajoute que ce progrès eût été impossible sans les progrès de la biologie normale... L'avenir de la pathologie et de la thérapeutique, et par conséquent de la médecine pratique, dépend de l'application plus ou moins étendue qui sera faite par les savants des vérités fondamentales de la biologie. »

HOTEL-DIEU. — M. Raymond.

Méningite tuberculeuse chez une femme de 46 ans.

Nous avons perdu ces jours-ci une malade qui était entrée à la salle Sainte-Jeanne, où elle occupait le lit n° 21. Le diagnostic de l'affection dont elle était atteinte fut assez difficile les premiers jours, en raison surtout de ses quarante-six ans, âge assez rare pour une méningite tuberculeuse.

A son arrivée à l'hôpital, cette femme, prostrée et abattue, se trouvait dans un état cérébral assez net cependant, en ce sens qu'elle ne répondait absolument rien aux questions qui lui étaient posées, à moins que celles-ci ne lui fussent répétées plusieurs fois. La peau était sèche ; le pouls, petit, marquait 102 pulsations ; la température variait entre 38°,4 et 38°,5. La tête était inclinée à gauche. De plus, lorsque l'on essayait de l'asseoir dans son lit, elle ne le faisait pas franchement, par suite des douleurs très-vives qu'elle éprouvait dans la région dorsale, région dont les muscles étaient contracturés ainsi que ceux de la région cervicale.

Lorsque l'on passait le doigt sur la nuque, la malade ressentait aussi quelques douleurs surtout au niveau de la base du crâne, le long de l'occipital. La pression des muscles des membres était également douloureuse, dénotant une véritable hyperesthésie. Les pupilles étaient contractées. La paupière supérieure droite était presque tombante, le bras droit était très-légèrement contracturé.

Quant au ventre, il ne présentait rien de particulier, il n'avait point l'aspect déprimé en bateau, il était seulement un peu creux. La malade se plaignait d'une constipation opiniâtre ; elle n'avait pas encore à cette époque de vomissements, mais seulement quelques nausées et une inappétence absolue.

La poitrine présentait à la percussion un peu de submatité en avant au-dessous de la clavicule droite, ainsi qu'en haut et en arrière. Du côté gauche, il y avait très-peu de chose. Ainsi donc une simple petite lésion au sommet.

Je dois ajouter que cette femme, écosseuse de pois aux Halles centrales, se nourrissait assez mal, tandis qu'en revanche elle avait pris l'habitude de boire. Depuis quatre ans elle tousse tous les hivers. Cependant elle était encore assez bien portante il y a trois semaines, lorsqu'elle a été prise subitement de frissons répétés, d'un malaise général, d'une sorte de mal en train. Elle est restée environ dix jours dans cet état avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le diagnostic, chez une malade qui ne présentait d'autres symptômes que ceux que je viens de vous rapporter, était assez embarrassant. En effet, l'état des poumons était insuffisant pour nous expliquer l'état général et la fièvre. Nous n'avions en face de nous aucune phlegmasie, mais seulement de l'embarras gastrique. Nous n'étions pas non plus en présence d'une fièvre typhoïde, car rien dans la marche de la maladie ne nous l'indiquait, de plus la rate n'était pas volumineuse, et, pour tout dire enfin, à l'âge de notre malade, — quarante-six ans, — la fièvre typhoïde est chose rare.

Après avoir étudié avec soin notre malade, et en prenant en considération la facilité qu'elle présentait depuis plusieurs années à s'enrhumer, la prostration dans laquelle elle se trouvait à son arrivée et les jours suivants, la raideur du cou, l'hyperesthésie généralisée, la chute presque complète de la paupière supérieure droite, etc., nous nous sommes prononcé pour une méningite. Ce n'était pas une de ces méningites franches, aiguës, dans lesquelles on considère deux grandes périodes : la période d'excitation et la période de dépression, périodes qui n'avaient pas existé ici, mais cela nous paraissait bien une méningite tuberculeuse.

Du moins, tel a été notre diagnostic, bien que la méningite tuberculeuse soit aussi exceptionnelle à cet âge qu'elle est fréquente dans l'enfance. Néanmoins elle toussait tous les hivers, je le répète, et le sommet du poumon droit présentait à la percussion une matité qui nous indiquait l'existence d'un commencement de tuberculisation.

Chez les tuberculeux la méningite peut revêtir deux grandes formes : 1° une forme inflammatoire caractérisée par une marche rapide, aiguë ; 2° une forme torpide à marche lente, pour ainsi dire chronique.

Ici, nous avions affaire à la forme inflammatoire, à une méningite tuberculeuse aiguë, avec légère tuberculisation pulmonaire, chez une femme un peu alcoolique.

A côté de cette femme, je pourrais vous montrer un autre malade, appartenant à la salle Saint-Christophe ; c'est un garçon qui a été amputé pendant la guerre, et qui est un exemple de tuberculisation pulmonaire très-nette. Sa maladie s'est compliquée d'une méningite tuberculeuse à forme inflammatoire, avec hémiplégie du côté droit depuis hier et contractures accentuées surtout depuis cette nuit.

Mais, revenant à la femme de la salle Sainte-Jeanne, je compléterai son observation en vous disant qu'elle est restée six jours à l'hôpital, allant de mal en pis, que les contractures du côté droit se sont de plus en plus accentuées, que le délire a augmenté, la langue s'est embarrassée davantage de jour en jour. Enfin les phénomènes généraux sont devenus plus intenses, les vomissements sont apparus, et, les deux derniers jours, cette femme est devenue complètement gâteuse.

Elle a succombé il y a quatre jours, et l'autopsie a été faite le lendemain. Mais, avant de vous parler des résultats qu'elle nous a donnés, je ne dois pas oublier certain phénomène particulier survenu la veille de sa mort, phénomène rarement signalé : je veux parler d'accidents de catalepsie du

côté gauche du corps, c'est-à-dire du côté qui n'était pas contracturé.

Autopsie. — L'appareil utérin est sain, bien que quelquefois il soit le point de départ de la tuberculose. Par contre, du côté des reins, nous avons trouvé, sous leur enveloppe corticale, quelques petits tubercules. La cavité thoracique nous a montré, lorsque nous avons enlevé le poumon droit, des adhérences très-nettes et très-fortes de celui-ci à la clavicule et aux côtés; il y avait là une pleurésie sèche chronique du sommet droit. Enfin, nous avons trouvé seulement dans le parenchyme pulmonaire, du côté droit également, deux ou trois tubercules crétacés, et rien d'autre.

Quant au cerveau, c'est lui qui nous a présenté les lésions les plus caractéristiques. En effet, nous avons constaté l'existence d'une méningite tuberculeuse, parfaitement nette, avec fausses membranes, pus et granulations tuberculeuses siégeant du côté des vaisseaux, de l'artère sylvienne et de ses branches pariétales.

A gauche l'exsudat était plus considérable qu'à droite, expliquant ainsi les phénomènes de contracture du côté droit. Les granulations tuberculeuses existaient seulement à la base du cerveau, on n'en trouvait aucune à la convexité. Nous avons constaté aussi une méningite spinale très-prononcée dans la région dorso-lombaire; la pie-mère était très-épaissie.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Des abcès chauds et de leur traitement.

Un abcès chaud est une collection de pus dans une cavité accidentelle; telle est la définition la plus ordinaire, bien qu'elle ne soit pas acceptée par tout le monde, d'autres chirurgiens ajoutant « ou dans une cavité naturelle », comprenant ainsi dans les abcès chauds les abcès de la plèvre, les collections purulentes des articulations, etc. Il y a cependant, selon moi, une distinction bien nette à établir entre eux et je préfère certainement la première définition.

Un abcès est-il une maladie, une entité pathologique, ou bien un mode de terminaison de l'inflammation du tissu cellulaire, du phlegmon?

Je ne vous ferai pas ici la description du tissu cellulaire, dont chacun des éléments joue un rôle particulier dans le phlegmon et la formation du pus.

Dans l'inflammation du tissu cellulaire, nous devons considérer quatre phénomènes principaux, tous quatre d'intensité variable, et trois périodes. Les phénomènes sont: 1° la formation de cellules embryonnaires par la prolifération du tissu conjonctif ou la sortie des globules blancs à travers les vaisseaux; 2° la fonte des fibrilles du tissu conjonctif; 3° la formation d'un exsudat séreux, muqueux ou fibrineux, provenant des vaisseaux; enfin, 4° la formation de vaisseaux nouveaux.

Quant aux trois périodes, ce sont: 1° l'œdème aigu inflammatoire; 2° une période d'état ou d'empâtement; 3° résolution, induration ou suppuration.

Première période. — Elle débute par une certaine tuméfaction; la peau est soulevée, rouge, se laissant déprimer passagèrement sous le doigt; le tissu cellulaire est mou, gélatineux, et son inflammation présente les quatre phénomènes que nous venons d'indiquer, si ce n'est que l'exsudat est séreux ou à peine fibrineux, très-dilué. L'inflammation progresse et arrive à la période d'état.

Deuxième période. — Dans cette seconde période, la peau ne se laisse plus déprimer; mais, au niveau des points enflammés, on sent une plaque dure, résistante, un certain empâtement, s'accompagnant des symptômes de toute inflammation, c'est-à-dire tuméfaction, rougeur, chaleur et douleur; puis arrive la troisième période.

Troisième période. — Nous laissons ici de côté l'induration et la résolution pour ne nous occuper que du phlegmon se terminant par suppuration, c'est-à-dire de l'abcès proprement dit. Les phénomènes locaux et généraux se modifient. La tuméfaction, de plate qu'elle était, devient conique, présentant une saillie qui correspond au point où le travail inflammatoire est le plus avancé. La rougeur diffuse de la seconde période diminue sur les bords pour se manifester surtout au centre; elle devient violacée, marbrée. La plaque se ramollit aussi à la partie centrale, tandis qu'elle reste encore indurée à la périphérie; puis l'œdème reparaît autour des parties ramollies et même à leur surface.

Cet œdème joue un certain rôle dans le diagnostic des abcès profonds, de telle sorte que, alors même que l'on ne percevrait aucune fluctuation, sa présence autoriserait à conclure à la suppuration du phlegmon. Enfin un autre signe important de cette terminaison du phlegmon nous est fourni par la douleur. En effet celle-ci change de caractère et devient pongitive, pulsatile, à battements isochrones à ceux du cœur.

Ainsi donc, la troisième période est caractérisée par la forme conique, la rougeur centrale, l'œdème de retour, le ramollissement de la partie centrale et les douleurs pulsatiles.

Quant aux phénomènes généraux, ce sont ceux de toute fièvre inflammatoire simple: élévation de la température, accélération de la circulation et de la respiration, troubles digestifs, céphalalgie, insomnies, urines rares, foncées. Si la suppuration se fait, la fièvre est plus vive, la température oscille du matin au soir, il survient de petits frissons, irréguliers, erratiques, — je parle, bien entendu, du phlegmon simple, traumatique, et non pas du phlegmon septique. Puis, dès que le pus est formé, collecté, sans que l'abcès soit ouvert, il se produit une amélioration, une détente générale dans les symptômes locaux et généraux, le malade ne souffre plus; aussi arrive-t-il fréquemment alors qu'il se refuse à toute opération ayant pour but de donner issue au pus.

Dès que l'abcès est constitué, son contenu tend fatalement à se porter au dehors par une sorte d'expansion. Cependant il peut se terminer de différentes façons, soit par résorption, soit par évacuation.

S'il se termine par résorption, ce qui est le cas le moins fréquent, les phénomènes inflammatoires s'arrêtent, la peau perd sa couleur, la tuméfaction diminue, et les choses rentrent dans l'ordre normal.

Cette terminaison, assez rare, n'est pas avantageuse, car il reste alors un noyau d'induration chronique qui peut être ultérieurement le point de départ d'une nouvelle suppuration.

Mais le plus souvent les abcès que nous décrivons ici se terminent par évacuation, soit spontanée, soit artificielle. Lorsque, l'abcès ouvert, le pus s'est écoulé, qu'arrive-t-il? Il n'est pas nécessaire que la suppuration continue pour

que la guérison se fasse. Si la zone d'empâtement a tout à fait disparu, si l'abcès était complètement mûr, selon une vieille expression, la réunion peut se faire par première intention, physiologiquement, sans nécessiter aucune intervention. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. Lorsque la réunion a lieu par seconde intention, des bourgeons charnus se forment et se développent à la face interne de l'abcès, suppurent, remplissent peu à peu le foyer et s'accolent.

Quant au diagnostic de l'abcès, il est rendu très-facile par la présence de la fluctuation, soit par la percussion de la tumeur, soit par la palpation. Les muscles, dans certaines régions du corps et notamment à la cuisse, peuvent donner lieu aussi, sous une pression transversale, à la sensation d'une fluctuation; mais celle-ci sera facilement reconnue fausse par cela même qu'elle disparaîtra chaque fois que la main pressera dans l'axe du membre. Il est donc nécessaire de chercher la fluctuation dans tous les sens, pour s'assurer qu'elle existe réellement et qu'elle est le résultat d'une tumeur liquide.

Les abcès sont parfois si petits que la fluctuation n'est pas nettement appréciable; cependant on sent toujours un certain défaut de résistance à la pression; de plus, quand on a suivi l'évolution d'un phlegmon, le palper permet de reconnaître, à un moment donné, au centre de la tuméfaction, un point ramolli précédant la fluctuation du liquide purulent qui n'est pas encore collecté. Enfin, dans le cas où le doute persisterait encore, une ponction simplement exploratrice éviterait toute erreur de diagnostic.

Dans le traitement des abcès, doit-on attendre l'ouverture spontanée de la tumeur, ou faut-il intervenir chirurgicalement? Pour moi, je crois utile de procéder à son ouverture. Autrefois on attendait que l'abcès fut mûr; cette manière de voir me paraît inutile. Dès que la collection purulente est reconnue, il est préférable d'en faire l'incision prématurée, et, grâce à cette intervention, la lésion durera moins longtemps, le décollement de la peau sera moindre également.

Il y a, du reste, certaines régions où l'incision doit être pratiquée même avant toute fluctuation, dès que le ramollissement central de la tumeur est constaté; tels sont, par exemple, les phlegmons du périnée, afin de parer au décollement rapide qui se fait en ce point avec la plus grande facilité. Il en est de même des abcès de l'aisselle, qu'il faut savoir aussi ouvrir de bonne heure.

L'ouverture des abcès se fait avec le bistouri, en un seul temps si la tumeur est superficielle, en plusieurs temps, c'est-à-dire en incisant les tissus couche par couche, si la collection du pus est profondément située, comme dans les abcès de la fosse iliaque. Quant au pansement, on le fait de façon à permettre une certaine suppuration, en laissant l'ouverture béante et en recouvrant la plaie de cataplasmes. Mais la suppuration n'est pas absolument nécessaire, puisque nous voyons quelquefois la réunion se faire spontanément par première intention.

Il faut savoir distinguer entre eux les abcès avec ou sans zone d'empâtement. Dans les premiers il est nécessaire que le pus se fasse jour. Aussi tout d'abord n'avais-je employé la méthode antiseptique que dans les abcès sans zone d'empâtement, c'est-à-dire incision antiseptique, évacuation du pus, injections phéniquées au vingtième, drain très-court entre les lèvres de la plaie et pansement de Lister. J'arrivais ainsi presque constamment à la réunion par première intention en quelques jours.

Quant aux abcès avec zone d'empâtement, voici quelle était ma manière de procéder : incision antiseptique, évacuation du pus, lavages phéniqués au vingtième, cataplasmes phéniqués remplaçant le pansement de Lister afin de diminuer la durée de la suppuration. Mais, dans ces derniers temps, j'ai supprimé le cataplasme phéniqué pour appliquer le pansement de Lister, comme dans la première variété. Je n'ai pas obtenu, il est vrai, la réunion par première intention, mais l'écoulement séro-purulent a été de plus courte durée.

Il y a donc intérêt véritable à appliquer la méthode antiseptique aux abcès chauds.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Sur l'absorption par la muqueuse vésicale (1).

Par MM. P. Cazeneuve et R. Lépine.

MM. Susini (élève de Küss) et Alling (laboratoire de M. Bert) ont prouvé que la vessie saine n'absorbe pas *en quantité notable* les substances médicamenteuses et toxiques. Ce fait fondamental a été plutôt confirmé qu'infirmé par les recherches récentes de MM. Maas et Pinner, Fleischer et Brinkmann, et London. Pour ce qui est des éléments normaux de l'urine, et notamment de l'urée, l'un de nous, en collaboration avec M. Livon, a autrefois montré qu'elle ne dyalise à travers la vessie (enlevée à un animal) qu'au bout de trois heures.

Ce résultat pouvait faire penser qu'à l'état physiologique l'urée n'est pas résorbée en quantité appréciable; mais une telle conclusion était en désaccord avec les résultats positifs de M. Kaupp et surtout de M. Treskin (laboratoire de M. Hoppe-Seyler). Il était donc utile de trancher la question par de nouvelles expériences.

Elles ont été faites sur le chien. L'abdomen ouvert sur la ligne blanche, et la vessie attirée au dehors, nous lions les uretères et le col vésical en ayant soin de faire passer le fil de cette dernière ligature entre la tunique musculeuse et les gros troncs vasculaires qui, extérieurement à celle-ci, se distribuent sur les côtés de l'organe; ceux-ci sont donc respectés lors de la constriction du col; puis nous piquons le sommet de la vessie avec les aiguilles n° 1 de Dieulafoy et nous retirons, par aspiration, environ 20cc d'urine pour l'analyse. La petite plaie résultant de la piqûre étant liée, nous replaçons la vessie dans l'abdomen; nous faisons une suture à la paroi et nous abandonnons l'animal pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps et pendant qu'on le sacrifie par hémorrhagie, nous retirons la vessie de l'animal encore vivant, en sectionnant l'urèthre au-dessous de la ligature du col, et nous analysons l'urine séquestrée comparativement à la première.

Voici les résultats de quelques expériences :

	Urée.	Acide phosphorique.
I. Urine normale.	72	6,3
— séquestrée.	54	5,2

Ainsi, notable absorption d'urée pour 100, absorption moindre de l'acide phosphorique, puisque, pour 100 d'urée, la première urine renferme 8,75 d'acide phosphorique et l'urine séquestrée 9,6.

	Urée.	Acide phosphorique.
II. Urine normale.	80	6
— séquestrée.	62	5

Même résultat. Dans cette expérience, la première urine renferme 7,5 d'acide phosphorique, l'urine séquestrée 8.

(1) Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 5 septembre 1881.

	Densité.	Urée.	Chlorure de sodium.	Acide phosphorique.
III. Urine normale..	1028	21,5	7,6	1,0
— séquestrée.	1027	19,0	8,0	0,98

Ici, absorption faible d'urée et d'acide phosphorique (l'urine était moins concentrée que dans les expériences précédentes); néanmoins, diminution de la densité, pas d'absorption de chlorure de sodium; à en juger par le résultat brut de l'analyse, il y aurait même eu passage de chlorure de sodium dans la vessie, ce qui n'est pas admissible : l'augmentation pour 100 du chlorure de sodium s'explique par le fait qu'il s'est résorbé de l'eau. La coloration plus foncée de l'urine séquestrée, qu'on a nettement constatée dans ce cas, témoigne en faveur de cette interprétation.

Les résultats précédents suffisent pour démontrer, d'une manière incontestable, que la vessie saine absorbe les éléments normaux de l'urine; dans quelles limites cette résorption suit-elle les lois de l'osmose? C'est ce qu'il y aura lieu de rechercher ultérieurement.

En tout cas, la non-absorption de certaines substances, toxiques ou médicamenteuses, reste un fait parfaitement acquis. Nous l'avons confirmé pour le sulfate de strychnine, en suivant le manuel opératoire susindiqué, avec la seule différence qu'après avoir retiré de l'urine de la vessie nous injections, à l'aide de la seringue de Dieulafoy, quelques centimètres cubes d'eau renfermant $0^{gr}.04$ de sulfate de strychnine. Dans la plupart de nos expériences, pendant seize ou vingt heures consécutives, le chien ne présente *aucun* symptôme de strychnisme. Puis ceux-ci se développent assez rapidement et amènent brusquement la mort. Comme, à l'autopsie, nous avons constamment trouvé la muqueuse vésicale rouge au niveau du col, c'est-à-dire au niveau de la ligature, nous croyons qu'on doit attribuer à cette lésion, qui ne s'accuse naturellement qu'après un certain nombre d'heures, l'absorption du poison, qui, tant que la muqueuse est intacte, ne paraît pas se faire d'une manière très-sensible.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Compendium des maladies des enfants (1), par Johann Steiner; 3e édition, remaniée et augmentée par les docteurs Fleischmann et Herz (de Vienne); traduction du docteur P. Keraval (1).

Avant de passer en revue les chapitres du *Compendium*, constatons tout d'abord que les nombreuses traductions dont il a été l'objet témoignent *à priori* de son importance; nous le connaissons, en effet, en italien, en hollandais, en anglais, en hongrois. Ce n'est pas non plus sans plaisir que nous avons vu briller souvent en ses pages les noms de nos maitres: Trousseau, Rillet et Barthez, Bouchut et tant d'autres. Au point de vue pratique, nous avons été à même d'apprécier les services que rendra certainement le formulaire magistral placé à la fin du volume. Un chiffre mis en regard du nom des médicaments conseillés au cours du texte renvoie à la formule correspondante du recueil en question, lui-même complété par les recettes officinales tirées de la pharmacopée germanique, grâce aux soins du docteur Keraval.

La pathologie infantile est divisée en dix sections. La première est consacrée à l'étude des soins à donner aux enfants bien portants. Dans la seconde l'examen clinique des petits malades se trouve exposé avec beaucoup d'art, cette observation s'applique notamment aux chapitres où il est question de l'expression du visage, du pouls, de la respiration. La troisième division, qui traite des maladies du système nerveux (cerveau, moelle, et leurs enveloppes) porte avec elle sous forme d'appendice un article consacré à l'aphasie dans l'enfance ainsi qu'un long chapitre résumant la question de l'examen ophthalmoscopique appliqué au diagnostic des affections intracraniennes. Le quatrième embranchement, qui embrasse les maladies des organes respiratoires en y comprenant la glande thyroïde, est rehaussé par l'exposé des travaux de Steffen sur la pneumonie aiguë. Avec la sixième section nous abordons, sous le titre de pathologie de l'appareil digestif, la nutrition des jeunes enfants et les causes pathogénétiques qui s'adressent aux sources mêmes de la vie à cet âge; c'est l'histoire des affections bucco-pharyngiennes, gastro-intestinales, péritonéales, etc.... Les organes génito-urinaires et l'ombilic sont également le théâtre de processus souvent très-graves. et qu'il importe de savoir diagnostiquer et traiter; l'anatomo-pathologiste lira principalement avec plaisir la distinction établie entre la phlébite et l'artérite ombilicale. Que dire du rachitisme, de la scrofule, de la tuberculose, du diabète sucré et insipide qui ne nous entraîne dans des citations littérales à leur propos? Les chercheurs ou les praticiens consulteront toujours avec fruit la description de toutes ces dystrophies non moins que celle des maladies infectieuses, fièvres éruptives, syphilis, etc.

Enfin la dixième section s'occupe des maladies de la peau. L'auteur, s'inspirant des études de dermatologistes tels que Hébra, Neumann, Pick, Kobner, nous trace un ensemble nosographique de cette classe d'affections chez l'enfant qui nous semble supérieur aux autres travaux de ce genre enclavés dans les traités de pédiatrie. Qu'on se reporte au zona, à l'eczéma marginé, aux dermatoses parasitaires. Ajoutons en terminant que le traducteur a mis tous ses efforts à nous rendre facile la lecture de cette grande masse de documents conglomérée dans un espace relativement restreint. Ce n'était certes pas une petite besogne que de transformer le style, sans cesser d'être textuel, et en même temps de rendre accessibles aux étudiants, voire aux médecins, les expressions techniques allemandes qui souvent procèdent de la conception différente des mêmes phénomènes biologiques; des synonymies intercalées dans le texte en italique et des notes rédigées au bas des pages témoignent de la peine prise par le docteur Keraval et de l'étendue de ses connaissances. Il désirait franciser dans les mesures du possible ce Compendium: il y a pleinement réussi.

(1) In-8o. Prix : 12 francs. Paris, A. Coccoz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La ville de Strasbourg vient de perdre une de ses illustrations. Le docteur Schützenberger est mort jeudi dernier, 22 septembre 1881, des suites d'une fluxion de poitrine, à l'âge de soixante-douze ans. Nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg en 1834, il était passé titulaire de la chaire de clinique interne en 1845, à peine âgé de trente-six ans. Après les évènements de 1870, le professeur Schützenberger avait installé et dirigé l'École de médecine destinée à servir de transition entre la Faculté française et la nouvelle école allemande.

— Nous croyons savoir que l'on étudie en ce moment, au ministère de la guerre, un projet de création d'un hôpital militaire aux îles Porquerolles (Var). Cet hôpital serait installé de façon à pouvoir contenir cinq cents malades; il serait spécialement affecté aux soldats revenant d'Afrique.

— *Le choléra.* — Nous extrayons ce qui suit de différentes correspondances :

Le choléra épidémique s'est déclaré sur divers points de l'Orient. Son apparition à Aden doit surtout préoccuper l'Europe. Aux premières nouvelles qui nous sont parvenues, on comptait 32 cas et 27 décès. Sur 78 cas qui se sont produits depuis, 50 se sont terminés par la mort. On sait que les bateaux à vapeur qui traversent la mer Rouge sont obligés, presque tous, de toucher à Aden pour y renouveler leur provision de charbon. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les rares bateaux qui ont des cales assez spacieuses pour y emmagasiner le charbon. Les dépôts de charbon d'Aden et la relâche des bateaux à vapeur y attirent une nombreuse population flottante de Parsis, d'Indiens, de Somalis provenant de

la côte africaine, et d'Arabes de la grande tribu des Hawachib installée au-delà des montagnes qui enserrent Aden. Il pleut très-rarement à Aden, ce qui rend à peu près inutiles les citernes et les *bends* dont la plupart des traités de géographie parlent avec complaisance. On y boit de l'eau de mer assez mal distillée, ce qui, comme on le sait, est essentiellement fâcheux et défavorable en temps d'épidémie. Cette population, soit sédentaire, soit flottante, est estimée à 30,000 âmes, dont 2,000 Européens, y compris la garnison de 800 hommes. Le danger est aujourd'hui plus menaçant par suite du pèlerinage de la Mecque, qui a lieu en ce moment. Le nombre moyen de pèlerins arrivant de l'Inde, de la Malaisie, par des bateaux relâchant à Aden, peut être estimé à 20,000. Le fléau peut d'ailleurs se propager par terre jusqu'à la Mecque par les pèlerins de la tribu des Hawachib.

Le Conseil sanitaire international a pris les mesures invoquées. Pour prévenir autant que possible la propagation du fléau par terre, le gouvernement a prescrit, sur sa demande, au gouverneur général de l'Yémen, d'établir un cordon militaire pour repousser inexorablement toutes les provenances des districts avoisinant Aden. Par mer, une quarantaine de dix jours pleins a été ordonnée dans tous les ports de l'empire pour les provenances de la mer Rouge. Dans la mer Rouge elle-même, les pèlerins ayant fait relâche à Aden auront à purger une quarantaine de dix jours à Hodeïda, qui est le port de Sana, le chef-lieu de la province de l'Yémen. Cette quarantaine sera subie en rade. S'il y a quelques malades, on les internera dans le lazaret qui existe à Hodeïda. Si les malades sont nombreux, ils seront transportés à proximité dans l'île de Kamara, située à une petite distance de la côte entre Hodeïda et le petit port de Lohaïa au nord. Cette île, où l'on voit des dattiers et dont la population est d'environ 1,500 habitants, a cet avantage, inappréciable dans ces contrées, de posséder de l'eau douce dont elle fait un commerce actif.

La quarantaine est également imposée à toutes les provenances de la côte d'Afrique à partir de l'extrémité de la presqu'île du pays des Somalis jusqu'à Massava, au nord.

On annonce depuis une dizaine de jours l'apparition du choléra à Alexandrie, où il a déjà fait de nombreuses victimes.

Suivant une dépêche d'Alexandrie publiée par les journaux anglais, la Commission sanitaire internationale a reçu des communications officielles de Suez d'après lesquelles les passagers des navires soumis à la quarantaine, à la suite de l'apparition du choléra à Aden, jouissent tous d'une excellente santé. (*Gaz. hebd.*)

— L'Association américaine nécrologique décernera, dans sa séance du mois de juin 1882, le prix William A. Hammond, d'une valeur de 500 dollars (2,500 francs), à l'auteur du meilleur mémoire sur les fonctions du thalamus chez l'homme.

Les travaux présentés au concours devront être adressés (francs de port) au secrétaire, M. le docteur E.-C. Seguin, 41, West 20th street, New-York city, avant le 1er février 1882, portant une devise distincte et accompagnés d'une enveloppe cachetée renfermant la même devise.

— La Société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes : 1° pathologie générale : faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie, tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur des démonstrations et des expériences ; 2° pathologie spéciale : faire l'histoire de la goutte.

La clôture du concours aura lieu le mercredi 30 novembre 1881, époque à laquelle les mémoires devront avoir été envoyés sous les formes académiques ordinaires à M. le docteur de Ranterre, secrétaire de la Société, à Anvers, 12, rue Saint-Paul.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11737.

N° 112. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 29 SEPTEMBRE 1881. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa communication sur la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine et sur sa prophylaxie par l'inoculation, faite dans la séance du 8 septembre, M. Bouley, qui n'ignorait pas les résistances et les objections opposées jusqu'alors à cette pratique, et semblait pressentir celles qui pourraient se produire encore, était monté à la tribune tout armé contre elles; aux faits négatifs opposant des faits positifs en plus grand nombre, à l'infidélité des inoculations dans quelques cas répondant par l'exposé de procédés dont les résultats sont plus certains. Sa réfutation n'a-t-elle point été suffisante? Laisse-t-elle prise encore au doute? — Oui, si l'on en croit M. Leblanc, qui est venu hier lui exposer les motifs de son opposition. Non que M. Leblanc soit ce grand adversaire de l'inoculation auquel M. Bouley avait fait allusion dans sa communication. M. Leblanc n'ignore pas qu'en majorité les vétérinaires français ou étrangers sont partisans de l'inoculation, soit préventive, soit préservatrice; mais il sait aussi qu'une minorité, comptant des vétérinaires instruits, n'est pas convaincue; il fait partie de cette minorité. Il doute de l'efficacité de l'inoculation, parce qu'il a maintes fois constaté que cette pratique donnait des résultats douteux ou négatifs; et il est venu le dire.

Quelques-uns des motifs des doutes exprimés par M. Leblanc avaient déjà été prévus et énoncés dans la communication de M. Bouley; tels, par exemple, que le défaut de ressemblance de l'affection produite par l'inoculation avec la péripneumonie même atténuée, la durée temporaire de la préservation, etc. Les autres motifs invoqués par M. Leblanc sont-ils de nature à ébranler la conviction que M. Bouley avait paru entraîner dans l'esprit de ses auditeurs, et justifient-ils le regret qu'il exprime qu'en présence de résultats douteux on ait voté une loi prescrivant l'inoculation obligatoire, au risque d'imposer au pays des sacrifices sans résultat certain? C'est l'avenir qui nous l'apprendra par les résultats mêmes de la mise en pratique de la loi.

M. le docteur Burq a fait dans cette séance une intéressante lecture sur l'infériorité du vaccin de génisse par rapport au vaccin humain; nous en donnons un résumé dans le compte-rendu. Ce travail n'est qu'une prémisse d'une deuxième communication dans laquelle M. Burq se propose de faire connaître un procédé de son invention pour recueillir, conserver et insérer le vaccin humain de façon que la vaccination jennérienne puisse suffire à tous les besoins.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

Luxation scapulo-humérale sous-glénoïdienne. Réduction.

(Observation recueillie par M. Meunier, interne des hôpitaux.)

Le nommé D..., marchand de vin, âgé de quarante-trois ans, vient consulter M. Desprès à la Charité, le vendredi 22 juillet 1881; il ne peut plus se servir de son bras droit depuis le 13 courant.

Ce jour-là, voulant mettre à la porte un client tapageur, il lui donne un violent coup d'épaule pour le pousser dehors; aussitôt il ressent une forte douleur, et c'est depuis qu'il est impotent. Un médecin du quartier, après un examen sommaire, lui prescrit des frictions d'alcool camphré.

Aujourd'hui cet homme se présente de la façon suivante. Le bras droit est très-écarté du tronc et soutenu de la main gauche. Le coude est porté en dehors, en avant et en bas, avec rotation du bras en dedans. Les mouvements spontanés sont impossibles; les mouvements communiqués sont douloureux, surtout l'adduction. La déformation de l'épaule consiste dans une sorte d'allongement du moignon; le deltoïde est assez fortement tendu et contracté; la paroi antérieure de l'épaule un peu plus allongée que de l'autre côté, et un peu plus large. On ne perçoit pas à travers le deltoïde la résistance due à la présence de la tête de l'humérus; cependant la dépression au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne n'est pas aussi distincte que dans les luxations antérieures.

Dans l'aisselle, on rencontre une tumeur dure et ronde, qui se continue avec l'humérus et qui tourne sous le doigt dans les mouvements de rotation imprimés au membre. La paroi antérieure de l'aisselle est plate et dépressible; de plus la tête humérale est placée assez bas par rapport à la voûte acromio-coracoïdienne.

Aussi M. Desprès, se fondant sur les renseignements donnés par le blessé et sur les signes physiques constatés, déformation du moignon de l'épaule, immobilité de l'articulation et saillie de la tête humérale dans l'aisselle, pense que la tête humérale s'est échappée de la capsule articulaire à travers une déchirure de sa face postérieure, et que, simultanément attirée en bas et en dedans par les muscles adducteurs contractés, grand pectoral, grand dorsal et grand rond, elle s'est placée au-dessous de la cavité glénoïde, en avant du tendon de la portion moyenne du triceps. M. Desprès porte en conséquence le diagnostic de *luxation sous-glénoïdienne*, datant de neuf jours.

Séance tenante, il applique le procédé de l'extension continue par des aides. Après quinze minutes de traction soutenue, la tête humérale ne bougeait pas. Il fait alors lâcher les aides : les muscles étant épuisés, le chirurgien prend le coude et le porte rapidement au devant de la poitrine en le relevant et en tournant un peu le bras en dedans, de façon à venir placer la main sur l'épaule saine. La réduction se fait sans bruit.

La réduction a été obtenue par l'effet de trois mouvements combinés : *adduction* forcée du bras, *élévation* et *rotation* du bras en dedans.

Dans ce cas, le procédé habituel a échoué. Il ne faut pas cependant méconnaître qu'il a été utile, et que, si les muscles de l'épaule n'avaient pas été fatigués par une traction soutenue de quinze minutes, le succès n'eût pas été si facile et si prompt. Aussi M. Desprès se loue de l'avoir employé d'abord, et recommande dans les cas analogues de suivre son exemple. Il fait remarquer en outre que le procédé employé est l'inverse du procédé de Mothe et de Kocher qui tous deux ont pour but de produire de force la rotation du bras en dehors. Il semble donc que la manœuvre appropriée à la réduction de la luxation sous-glénoïdienne est l'abduction et la rotation en dedans.

Rupture du tendon rotulien droit dans le cours d'un rhumatisme chronique.

(Observation recueillie par M. Meunier, interne du service.)

R... (Virginie), trente-huit ans, ébéniste, est entrée, le 4 juillet 1881, salle Sainte-Rose, lit n° 21, dans le service de M. Desprès à la Charité, pour une rupture du tendon rotulien, survenue il y a cinq semaines dans les circonstances suivantes :

Elle gardait la chambre depuis six mois, pour soigner une attaque subaiguë de rhumatisme articulaire, et elle se levait depuis quelque temps déjà. A sa première sortie, en rentrant chez elle et remontant l'escalier, elle sentit son genou craquer et ne put continuer à marcher. Sa jambe était devenue impotente, et l'on dut porter la malade à son lit, d'où elle n'est sortie que pour venir à l'hôpital. Son genou était devenu douloureux, gros et rouge. On traita l'accident par les vésicatoires et la compression ouatée.

Les antécédents de cette femme sont remarquables à plus d'un titre. Sa mère, âgée aujourd'hui de soixante-seize ans, a toujours été bien portante, mais son père est mort à cinquante ans, après trois mois de maladie; il avait les jambes enflées et « pleines d'eau ». Il était « asthmatique » et probablement cardiaque.

Elle a eu six frères et sœurs. Les deux premiers ont toujours joui d'une bonne santé, de même que le dernier (une fille), qui a maintenant vingt-six ans. Les cinquième et sixième enfants sont morts de la poitrine à la suite de refroidissements. Ils ont été malades quatre à cinq mois. Jusqu'au début de l'affection, qui, dans les deux cas, a été très-précis, leur santé n'avait rien laissé à désirer.

Elle-même est la sœur jumelle de son deuxième frère, qui n'a jamais été malade. Réglée à onze ans, mariée à dix-neuf, elle n'a pas eu d'enfant. Elle ne sait pas si son mari a eu la syphilis. Elle a été parfaitement portante jusqu'à vingt-huit ans.

Revenant un jour de la campagne, elle courut pour prendre le train, que, du reste, elle manqua. Restée à l'air, elle eut froid au bout de quelques instants, frissonna et cessa tout à coup de suer.

A partir de ce jour, elle devint pâle, maigre, eut des éblouissements, des vertiges et des palpitations de cœur.

Quatre mois après, en 1871, elle eut une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui dura cinq semaines. Les deux membres inférieurs furent complètement pris. Consécutivement les maux de tête, les vertiges, les palpitations, devinrent plus fréquents et plus violents.

En 1876, elle eut une deuxième attaque qui dura quinze jours et fut également limitée aux membres inférieurs.

En décembre 1880, elle retomba malade, eut des frissons et s'alita. La fluxion rhumatismale envahit successivement les quatre membres et, à la fin, se localisa aux deux genoux. Des complications cardiaques très-graves se déclarèrent.

État actuel. — A l'entrée de la malade, on constate ce qui suit :

Au genou droit, il existe une dépression au point que doit occuper la rotule, et, en y appliquant la main, on sent nettement la poulie intercondylienne. Au-dessus se trouve la rotule, très-mobile, et libre par son extrémité inférieure; sa forme est intacte. Au-dessous, est une masse molle, comme fluctuante et diffluente, et l'on ne sent que très-imparfaitement le tendon, malgré ses dimensions. On peut du reste voir, sur soi-même, qu'en étendant la jambe et relâchant les muscles, le tendon rotulien, si résistant et si apparent lorsqu'il est tendu, devient insaisissable. M. Desprès nous l'a bien fait remarquer. Le diagnostic de *rupture du tendon rotulien* s'imposait.

En examinant plus attentivement l'extrémité inférieure de la rotule, on reconnaît qu'il n'y reste pas de fragment notable du tendon. Celui-ci s'est détaché à la limite de son insertion. Comme elle se fait à la face postérieure de la rotule, on ne peut juger de l'état de l'os en ce point.

L'articulation ne paraît pas contenir une quantité appréciable de liquide.

Au genou gauche, il existe une hydarthrose assez volumineuse.

La malade ne marche que très-difficilement et en s'appuyant sur un aide.

L'état général est assez mauvais : pâleur des traits, amaigrissement, flaccidité des chairs. Toujours des vertiges, palpitations, etc.

A l'auscultation du cœur, on trouve à la pointe un bruit de souffle systolique très-net, précédé d'un autre bruit plus faible. A la base et au premier temps, il existe aussi un bruit de souffle doux, qui se prolonge en augmentant d'intensité dans les vaisseaux carotidiens. Aussi croyons-nous devoir attribuer ce dernier bruit à l'anémie, tandis que le premier est dû à une insuffisance et un rétrécissement mitral.

Les poumons ne sont pas engorgés; il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a été mise en observation durant quinze jours, et n'a présenté aucun phénomène nouveau. M. Desprès lui a fait construire un appareil spécial, qui ramène le membre dans l'extension, dès que les muscles fléchisseurs cessent d'agir (appareil de Guillot).

Elle demande à sortir le 12 août, pouvant marcher avec son appareil.

L'hydarthrose du genou gauche ayant augmenté dans ces derniers jours, on lui prescrit un vésicatoire, qu'elle appliquera chez elle.

Si nous nous demandons quelle a été dans ce cas la *cause* de la rupture du tendon, nous sommes obligés de faire intervenir, avec M. Desprès, la diathèse rhumatismale.

La *contraction musculaire* a été sans aucun doute l'occasion de l'accident; mais on ne peut l'attribuer à elle seule, en raison du peu d'énergie que doivent avoir les muscles, chez une femme, qui était restée six mois sans quitter sa chambre.

Il faut supposer une *altération du tissu fibreux*, due à la diathèse rhumatismale, et ayant pour effet une diminution de la résistance des ligaments du périoste et même de l'os sur lesquels s'attachent les tendons. La raréfaction du tissu osseux chez les femmes n'est pas rare. Sans doute la raréfaction du tissu osseux de la rotule a facilité l'arrachement

du ligament; l'absence de toute induration à la place du tendon rotulien démontre bien qu'il y a eu arrachement simple sans fracture d'une portion de l'os.

PHYSIOLOGIE

Sur le permanganate de potasse employé comme antidote du venin du serpent (1).

Par M. de Lacerda.

Pour étudier l'action de certaines substances chimiques et botaniques, sur les effets produits par l'inoculation du venin de serpent, nous avons commencé, il y a deux mois, une série d'expériences, qui nous ont conduit à des constatations de faits de la plus haute importance scientifique et pratique.

Après avoir reconnu l'inefficacité plus ou moins absolue du perchlorure de fer, du borax, du nitrate acide de mercure, du tannin et d'autres substances chimiques diverses sur les effets soit locaux, soit généraux, du venin de serpent, nous avons été amené à essayer une substance qui nous a fourni des résultats vraiment étonnants: nous voulons parler du permanganate de potasse. Les résultats obtenus dans la première série d'expériences, en injectant le venin actif du bothrops, dilué dans l'eau distillée, dans le tissu cellulaire des chiens, nous ont fait voir que cette substance était capable d'empêcher complètement la manifestation des lésions locales du venin. Dans ces expériences, nous avons procédé de la façon suivante : le venin recueilli dans du coton, et correspondant à de nombreuses morsures de serpent, était d'abord dilué dans une petite qnantité d'eau distillée, soit 8 grammes à 10 grammes d'eau; ensuite nous remplissions une seringue de Pravaz de cette solution et nous en injections la moitie dans le tissu cellulaire de la cuisse ou de l'aine des chiens. Une ou deux minutes après, quelquefois plus tard, nous injections à la même place une quantité égale d'une solution filtrée de permanganate de potasse à 1/100e. Les chiens examinés le lendemain ne montraient aucun signe de lésion locale : tout au plus il y avait une très-petite tuméfaction localisée aux environs de la piqûre de la seringue, sans irritation ni infiltration d'aucune espèce. Cependant, ce même venin, qui avait servi à ces expériences, étant injecté sans contre-poison sur d'autres chiens, a produit toujours de grandes tuméfactions locales, des abcès plus ou moins volumineux avec perte de substance et destruction des tissus.

Les résultats de cette première série d'expériences, faites avec l'injection sous-cutanée du venin et du permanganate de potasse, nous ont encouragé à essayer la même substance dans les cas d'introduction du venin dans les veines.

Ici encore le permanganate de potasse a réussi parfaitement. Nous avons fait déjà plus de 30 expériences dans ces conditions, et nous avons eu à peine deux insuccès. Ces insuccès, du reste, doivent être attribués à des raisons diverses : d'abord on essayait sur des animaux mal nourris, très-faibles et très-jeunes; de plus les injections du permanganate de potasse ont été faites très en retard, au moment où le cœur était déjà en train de s'arrêter.

Dans un certain nombre de cas nous avons injecté dans la veine une demi-seringue de Pravaz de la solution dans 10 grammes d'eau du produit venimeux fourni par 12 ou 15 morsures de serpent et, une demi-minute après, 2 centigrammes de la solution du permanganate de potasse à 1/100e. En dehors d'une agitation très-passagère et quelquefois d'une accélération cardiaque, qui n'a duré que quelques minutes à peine, l'animal n'a pas accusé d'autres troubles. Ces animaux, gardés et observés pendant plusieurs jours, se sont toujours bien portés.

Dans une autre série de cas, nous avons injecté le venin dans la vessie et nous avons attendu la manifestation des troubles caractéristiques. Au moment où l'animal avait déjà une grande dilatation pupillaire, des troubles respiratoires et cardiaques, contractures, miction et défécation, nous avons injecté coup sur coup dans la veine de 2cc à 3cc de la même solution de permanganate de potasse à 1/100. Au bout de deux ou trois minutes, quelquefois de cinq minutes, nous avons vu ces troubles disparaître; il restait à peine une prostration générale, dont la durée n'a jamais dépassé de quinze à 25 minutes. Alors, en mettant l'animal par terre, il marchait très-bien; il était même capable de courir; il gardait enfin tout l'aspect d'un chien normal. Et cependant d'autres chiens, qui avaient reçu dans la veine la même quantité de venin pur, c'est-à-dire sans l'antidote, sont morts plus ou moins rapidement.

Ces résultats vraiment remarquables, qui ont frappé tout le monde, ont été constatés en diverses occasions, non-seulement par S. M. don Pedro, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'assister à nos premières expériences, mais aussi par des personnes instruites, des médecins, professeurs des Facultés, membres du corps diplomatique étranger, etc.

Je crois donc pouvoir affirmer que le permanganate de potasse agit comme un véritable antidote du venin de serpent.

(1) Académie des sciences, séance du 12 septembre 1881.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'ÉROSION DES DENTS

CONSIDÉRÉE COMME SIGNE RÉTROSPECTIF DE L'ÉCLAMPSIE INFANTILE (1)

(*Syphilis dentaire de MM. Hutchinson et Parrot*)

Par M. le docteur E. Magitot.

I

On observe fréquemment à la surface de la couronne des dents permanentes et plus rarement des dents temporaires une certaine altération de tissu, de nature congénitale, et consistant soit dans des échancrures du bord libre, soit dans des sillons annulaires plus ou moins nombreux et plus ou moins profonds, toujours symétriques aux dents homologues d'une même mâchoire, et qu'on es convenu de désigner sous le nom générique d'*érosion*.

Or l'histoire de cette altération appartient au domaine de la séméiologie générale, car elle est, de l'avis unanime des auteurs, l'indice permanent et indélébile d'un trouble de formation de la couronne dentaire, trouble survenu pendant la période intra-folliculaire, et dont la cause pathologique est nécessairement contemporaine de la période du développement à laquelle correspond le niveau même de l'altération.

Une première assimilation, très-légitime d'ailleurs, rapproche de l'érosion dentaire la production du sillon unguéal de Beau, qu'on pourrait appeler justement l'érosion de l'ongle, mais avec cette différence que l'érosion de l'ongle se montre de suite à la base de celui-ci et disparaît par le fait de son rapide développement, tandis que l'érosion intra-folliculaire d'une dent n'apparaît que plus tard, à l'époque de l'éruption; la première est conséquemment fugace, tandis que la seconde est permanente et indélébile.

Une autre assimilation rattache encore à ces deux érosions *unguéale* et *dentaire* la lésion connue sous le nom de *cataracte zonulaire congénitale*, décrite par les auteurs allemands, et en France par M. Nicati, et ce triple rapprochement est d'ailleurs conforme à la loi physiologique qui classe dans le même ordre de tissus, les *produits : L'organe dentaire*, l'*ongle* et le *cristallin*.

Or, pour nous borner ici à l'étude de l'érosion dentaire, et afin de fixer les rapports réciproques entre le lieu exact de cette lésion sur une couronne en voie de formation et l'âge de l'intervention de la cause productrice, il nous faut établir quelles sont les phases du développement de la couronne des dents, et plus rigoureusement quel est, à une époque déterminée, l'état du *chapeau de dentine* pour les différents follicules. C'est ce qui résulte du tableau suivant.

(1) Ce travail est le résumé d'une communication faite par l'auteur au Congrès des sciences médicales de Londres (section XII, maladies des enfants), le 5 août 1881.

TABLEAU N° 1.

État du chapeau de dentine pour chacun des follicules dentaires au premier âge, chez l'homme.

DÉSIGNATION DES DENTS.			APPARITION du chapeau de dentine.	DIMENSION en hauteur du chapeau de dentine à la naissance.	DIMENSION en hauteur du chapeau de dentine au 6e mois.
A. DENTITION TEMPORAIRE.					
Incisives	centrales.	infér.	16e semaine de la vie embryonnaire.	3m/m,5	La couronne est entièrement formée et prête à l'éruption.
		supér.			
	latérales.	infér.			
		supér.			
Canines		infér.		3m/m,2	6m/m
		supér.			
Premières molaires		infér.	17e semaine de la vie embryonnaire.	3m/m	7m/m
		supér.			
Deuxièmes molaires		infér.			
		supér.			
B. DENTITION PERMANENTE.					
Incisives	centrales.	infér.	1er mois de la naissance.	....	2m/m
		supér.			
	latérales.	infér.			
		supér.			
Canines		infér.	Du 3e au 4e mois de la naissance.	....	1m/m
		supér.			
Premières prémolaires		infér.	Du 5e au 6e mois de la naissance.		
		supér.			
Deuxièmes prémolaires		infér.			
		supér.			
Premières molaires		infér.	6e mois de la vie fœtale.	2m/m	6m/m
		supér.			
Deuxièmes molaires		infér.	3e année.		
		supér.			
Troisièmes molaires		infér.	12e année.		
		supér.			

Les indications fournies par ce tableau ne doivent pas toutefois être regardées comme absolues, et les diverses époques fixées ainsi d'après nos études personnelles présentent certains écarts suivant les sujets, les constitutions et même les maladies. Ces variations, qui ne peuvent être que de quelques jours pour la première colonne relative à l'apparition du chapeau de dentine, s'accentuent davantage à la seconde colonne, mais surtout à la troisième; c'est-à-dire que l'époque assignée à telle ou telle hauteur d'un chapeau de dentine peut varier de quelques semaines et même de quelques mois. Ce sont là en tout cas des données moyennes.

Quoi qu'il en soit, les conséquences de ces indications à l'égard de l'érosion se résument de la manière suivante :

1° Si une intervention morbide porte son action sur un follicule au début de la formation du chapeau de dentine, l'érosion occupera soit le bord libre s'il s'agit d'une incisive ou d'une canine, soit la surface triturante s'il s'agit d'une molaire. C'est ainsi que nous pouvons montrer un fait d'érosion exclusive à la face triturante des premières molaires, dont le chapeau apparaît au sixième mois de la vie fœtale. Cette érosion fut due à des accidents de la grossesse auxquels la mère a d'ailleurs succombé (observation 21 du tableau analytique).

2° Si cette même influence morbide intervient plus tardivement, l'érosion aura pour siège un point plus ou moins distant de ce bord libre, mais toujours précédé d'une région saine dont l'étendue est proportionnelle à la durée même de la période de santé qui a précédé les accidents.

Quelques mots maintenant sur la nature exacte de cette lésion et sur ses formes diverses. Nous serons bref, car les auteurs anciens et modernes sont d'accord sur cette question.

L'érosion dentaire est caractérisée essentiellement tantôt par un simple trouble dans la formation simultanée de l'ivoire et de l'émail, tantôt par une suspension complète de cette formation. S'il y a trouble léger sous l'influence d'une cause faible et fugace, l'érosion se traduira par un sillon simple, peu profond, parfois même difficile à reconnaître. Si le trouble est intense ou prolongé ainsi que la cause qui l'a provoqué, l'érosion sera étendue en surface ou en profondeur, formant quelquefois une véritable zone annulaire plus ou moins large avec absence congénitale d'émail et altération pénétrante dans l'ivoire. Enfin, si les crises morbides ont été fréquemment répétées et très-rapprochées dans leurs apparitions, une surface très-étendue ou la totalité de la couronne pourra être frappée des altérations caractéristiques.

C'est ainsi que se classent les formes diverses d'érosion de la manière suivante :

1° Érosion *en échancrure ou en coup d'ongle* du bord libre (incisives).

2° Érosion en rugosités ou mamelons de la face triturante (molaires).

3° Érosion *en sillon simple ou pointillé,* unique ou multiple. L'existence de rainures multiples superposées a été désignée, par J. Tomes, sous le nom d'érosion *en étages ou en escalier.*

4° Érosion en nappe avec absence congénitale d'émail et état spongieux de l'ivoire. Elle indique de la part de l'intervention morbide une durée proportionnelle à l'étendue de la lésion.

5° Enfin, érosion totale de la couronne de certaines dents, avec durée correspondante de la cause productrice, altération désignée par le même auteur sous le nom de dent en *gâteau de miel.*

Cette dernière forme, par son intensité et sa généralisation, nous paraîtrait même devoir être distraite de la classe des *érosions* proprement dites. Ici, en effet, il n'y a plus de sillons ou d'échancrures symétriques et parallèles ; la couronne est tout entière désorganisée et elle disparaît d'ordinaire très-vite par suite de carie consécutive. La durée de la cause morbide a dû être considérable, et nous pourrions citer maintes observations dans lesquelles, en dehors de toute diathèse syphilitique ou autre, un état maladif de la première enfance a pu causer une telle lésion.

Voici, par exemple, une observation dans laquelle les premières molaires et les incisives des deux mâchoires ont présenté la forme *en gâteau de miel* et une destruction ultérieure complète, consécutivement à une entérite chronique qui a duré depuis les premiers mois de la vie jusqu'à la deuxième année.

Nous en donnons simplement le sommaire :

Observation : homme, vingt-huit ans, — entérite chronique grave ayant débuté au deuxième mois et ayant persisté jusqu'à la deuxième année, pendant toute la durée et à la suite d'un allaitement artificiel. Aucun soupçon de syphilis, aucune trace de rachitisme; pas d'accident scrofuleux; pas d'attaques éclamptiques. Au moment de la seconde dentition, les incisives, les canines et les premières molaires apparurent dans un état de désorganisation complète, dans la forme dite le *gâteau de miel.* Elles furent depuis lors rapidement envahies par la carie. Plusieurs des prémolaires présentent aussi quelques caries, aujourd'hui guéries; les deuxièmes et troisièmes molaires, dont l'évolution répond d'ailleurs à une époque où la santé s'était rétablie, ne présentent aucune lésion.

Tels sont les aspects divers de l'érosion.

Notre savant ami, M. le professeur Parrot, a tenté de modifier cette classification et en a proposé une autre dans les termes suivants :

1° *Atrophie cuspidienne* portant sur la partie la plus saillante de la dent : elle serait très-commune aux premières molaires permanentes, ce qui impliquerait une origine fœtale, aux prémolaires de la seconde dentition, et plus atténuée à celle de la première dentition.

2° *Atrophie cupuliforme,* avec absence de l'émail et mise à nu de l'ivoire, c'est la forme en nappe associée ou non à la précédente.

3° *Atrophie sulciforme ou en sillon,* c'est la forme en *rainure* simple ou multiple.

4° *Atrophie en hache.* Celle-ci, de l'aveu de M. Parrot, ne serait pas congénitale, mais secondaire et pathologique. C'est de toute évidence une carie consécutive. Elle ne saurait donc, à aucun titre, rentrer dans le cadre de l'érosion qui est avant tout une lésion congénitale, une anomalie de nutrition intra-folliculaire.

5° *Atrophie Hutchinsonienne.* C'est la variété en coup d'ongle, échancrure du bord libre (1).

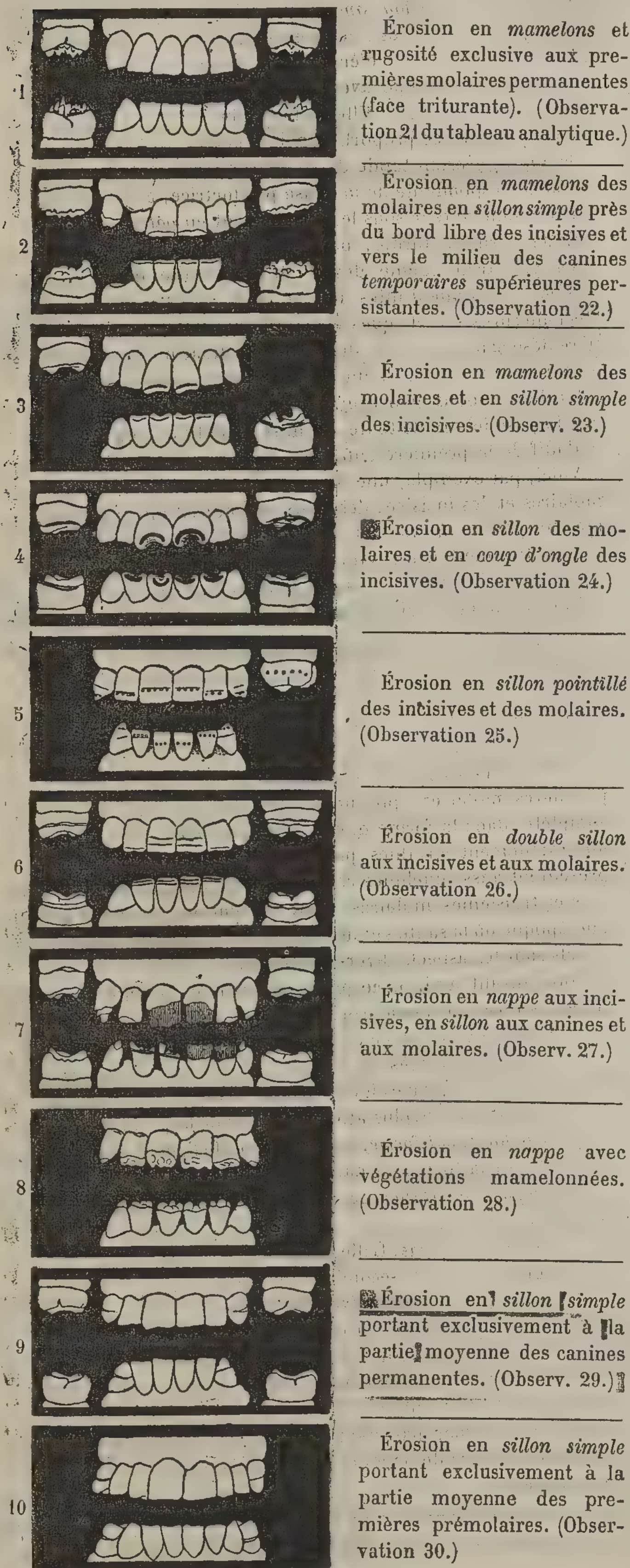
Nous n'entrerons pas dans la discussion de cette nouvelle classification, et nous demandons la permission à M. Parrot de conserver l'ancienne.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1881, nos 74, 80, 82.

Voici, au reste, un tableau représentant les types principaux qu'affecte l'érosion. Nous avons fait représenter ainsi dix formes non-seulement au point de vue de leur caractère, mais aussi à l'égard de leur siège sur telle ou telle dent et du niveau qu'elles affectent. Ces dix exemples, pris sur nature, appartiennent d'autre part à des observations qui sont résumées plus loin dans un *tableau analytique*.

TABLEAU N° 2.

Principaux types d'érosion.



1 Érosion en *mamelons* et rugosité exclusive aux premières molaires permanentes (face triturante). (Observation 21 du tableau analytique.)

2 Érosion en *mamelons* des molaires en *sillon simple* près du bord libre des incisives et vers le milieu des canines *temporaires* supérieures persistantes. (Observation 22.)

3 Érosion en *mamelons* des molaires et en *sillon simple* des incisives. (Observ. 23.)

4 Érosion en *sillon* des molaires et en *coup d'ongle* des incisives. (Observation 24.)

5 Érosion en *sillon pointillé* des incisives et des molaires. (Observation 25.)

6 Érosion en *double sillon* aux incisives et aux molaires. (Observation 26.)

7 Érosion en *nappe* aux incisives, en *sillon* aux canines et aux molaires. (Observ. 27.)

8 Érosion en *nappe* avec végétations mamelonnées. (Observation 28.)

9 Érosion en *sillon simple* portant exclusivement à la partie moyenne des canines permanentes. (Observ. 29.)

10 Érosion en *sillon simple* portant exclusivement à la partie moyenne des premières prémolaires. (Observation 30.)

Dans tous les cas, ce qui ressort évidemment de ces considérations, c'est qu'il existe un rapport étroit entre trois termes : 1° *Cause* morbide produisant l'érosion ; 2° *Niveau* anatomique de la lésion ; 3° *Étendue* de la lésion, termes qui se trouvent en équation pathologique rigoureuse.

L'HÉMOSTASE DANS LA CASTRATION (1)

Par le docteur G. Bouilly, chirurgien des hôpitaux.

D'après les faits connus, aucun procédé de ligature du cordon ne met l'opéré, d'une façon absolument certaine, à l'abri de l'hémorrhagie immédiate ou retardée ni des complications nerveuses. — L'hémorrhagie dans les deux modes de ligature, ligature en masse ou ligature isolée, ne paraît devoir être attribuée qu'à une manière vicieuse ou incomplète d'appliquer le fil, — insuffisance de la constriction ou négligence dans la recherche des vaisseaux sectionnés. — Le tétanos semble s'être montré plus fréquent après la ligature en masse qu'après les procédés d'hémostase, sans que l'on puisse établir une relation évidente de cause à effet entre cette complication et la constriction du cordon. — La ligature isolée des artères, plus difficile dans son exécution, mais plus conforme aux données générales de la pratique, devra dans la majorité des cas être le procédé de choix. — La prudence exige que l'on fasse également la ligature isolée des veines spermatiques. — La ligature en masse pourra être réservée aux castrations pratiquées sur les cordons encore petits des enfants ou des adolescents ou dans les ablations de testicule ectropié. Le lien devra être vigoureusement serré d'emblée, de façon à assurer l'hémostase et à détruire toute sensibilité. — Dans tous les cas, la ligature devra être faite avec des fils en substance résorbable, permettant la réunion immédiate, sans souci de leur élimination. — Les autres procédés sont incertains ou inutiles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 septembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

M. Daga, médecin principal de première classe, adresse un mémoire sur la fièvre typhoïde. (Comm. des épidémies.)

LECTURES

Péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine. — M. Leblanc, en réponse à la communication de M. Bouley sur la péripneumonie et sur le procédé d'inoculation préconisé par le docteur Willems, lit un travail dans lequel il combat presque toutes les opinions qui sont contenues dans cette communication. Voici en quels termes il résume son argumentation :

En résumé, dit-il, je persiste à soutenir :

1° Que la péripneumonie contagieuse du gros bétail peut se développer spontanément dans certains pays et sous l'influence de causes connues depuis le siècle dernier ;

2° Que l'inoculation du sérum pulmonaire ne provoque pas une maladie analogue, même sous une forme atténuée, à la péripneumonie contagieuse, et qu'en cas de mort on ne trouve aucune lésion caractérisant cette maladie ;

3° Que les effets de l'inoculation présentent de telles variations, tant au point de vue de l'évolution qu'à celui de l'intensité et des accidents consécutifs, qu'on ne peut les regarder comme analogues à ceux obtenus par l'inoculation du virus des autres maladies contagieuses ;

(1) *Revue de chirurgie*, 1881, p. 619 et suiv.

4° Que l'inoculation est, dans nombre de cas, impuissante à conférer une immunité même de courte durée;

5° Que la préservation, au cas où on l'admettrait, ne paraît être que de six mois, comme les expériences de réinoculation tendent à le prouver;

6° Que l'exécution stricte des mesures prescrites par les règlements de police sanitaire donneront des résultats aussi satisfaisants et moins coûteux.

En terminant, M. Leblanc exprime de nouveau le regret qu'en présence des résultats douteux obtenus depuis trente ans, on ait voté une loi prescrivant l'inoculation obligatoire au risque d'imposer au pays de grands sacrifices sans résultat certain.

Vaccination : infériorité du vaccin de génisse. — M. BURQ lit sur ce sujet un travail qu'il résume ainsi :

En mars 1870, alors que sévissait déjà l'épidémie de variole qui régna dans cette année fatale, et que le public troublé par tout ce qu'il avait entendu dire, d'une part, sur la syphilis vaccinale et, d'autre part, sur les avantages du vaccin animal, ne voulait plus entendre parler que de ce dernier, M. Burq prit, en dehors de l'administration, l'initiative de tenter personnellement d'apporter un remède à cet état de choses.

A cet effet, il eut recours aux mêmes moyens et procédés qui avaient servi aux prôneurs de la vaccination remise en vogue pour vacciner leurs premières génisses, et, lorsqu'il fut suffisamment prêt, il fit annoncer par la *Gazette des hôpitaux* du 17 mars qu'il tiendrait, à bref délai, du vaccin de génisse à la disposition de ses confrères de Paris et des départements.

Pendant environ dix mois que dura la campagne, le chiffre des tubes de vaccin délivrés sur place ou expédiés dépassa un demi-mille, et celui des vaccinations et revaccinations ne fut point au-dessous de quatre cents.

Voici quels furent les résultats des opérations :

A. Le vaccin de génisse, recueilli dès le cinquième jour ou tout au moins le sixième sur un animal qui n'avait reçu qu'un petit nombre de piqûres, nous donna, de génisse à bras, des résultats apparents très-notablement supérieurs à ceux qu'ont fait connaître les relevés statistiques des inoculations pratiquées à l'hôpital Saint-Antoine, à la Charité, à l'hôpital des Enfants, dans les hôpitaux militaires, etc., avec les génisses officielles, résultats qui parurent parfois ne laisser rien à désirer par rapport à ceux de la vaccination jennérienne.

B. Plus tard, lorsque les demandes affluèrent, M. Burq fut obligé, pour y répondre, de recourir à la multiplication des piqûres sur la même bête, l'un des avantages les plus réels en apparence de la vaccination animale; les succès, de génisse à bras, parurent diminuer en raison directe du nombre des boutons, comme s'il y avait eu diffusion ou atténuation proportionnelle de la virulence du vaccin. Il en fut de même pour ceux de ses confrères de Paris auxquels il avait remis du vaccin en tubes.

D'ailleurs ce ne sont pas seulement ses propres tubes qui échouèrent. M. le docteur Pantaleoni lui écrivait de Nice : « Pas un seul tube de vaccin de génisse ne m'a réussi. »

A quelques kilomètres de Paris seulement, à Saint-Germain-en-Laye, M. le docteur Lure n'était pas plus heureux. « J'ai eu, disait-il à la date du 27 mai 1870, à ma disposition une quarantaine de tubes à vaccin de génisse, envoyés par M. Chambon et vous... Je n'ai obtenu que des résultats négatifs. »

Est-il besoin de rappeler que M. le docteur Gallard envoyait, presque à la même époque, aux quatre points cardinaux de la France, des tubes de vaccin de génisse recueilli aux sources les plus réputées, et que pas un de ces tubes ne produisit un seul bouton entre les mains de huit médecins différents ?

M. Burq rappelle ce qu'il disait dans la séance du 15 juin de la Conférence médicale de Paris : « Quelle confiance, quelle sécurité pour l'avenir peut-on accorder à un mode de vaccination dont la base, l'élément essentiel, est si fragile ? » Et il ajoute aujourd'hui : « A supposer que toutes choses soient égales, d'ailleurs, entre le vaccin humain et le vaccin de génisse, lorsqu'on se place bien dans les conditions que nous avons dites dans notre première proposition et qui peuvent seules permettre, suivant nous, d'obtenir des résultats apparents comparatifs, quel avantage y aurait-il à recourir à un mode de vaccination coûteux (chaque génisse ne nous revient pas à une somme moindre de 110 à 120 francs), plein de difficultés pratiques, pénible, rebutant même parfois, et quel argument resterait-il encore à faire valoir en faveur du vaccin de génisse, si l'on était en possession d'un moyen facile d'aménager et de conserver le vaccin humain de façon qu'on pût le parceller afin de suffire à tous les besoins? Or, ce moyen, M. Burq croit l'avoir trouvé. C'est ce qu'il se propose de démontrer dans une deuxième communication.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration rue du Fer-à-Moulin, 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et les vendredis;

2° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Quenu, prosecteur, mercredis et samedis;

3° *Physiologie.* — M. le docteur Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis;

4° *Histologie.* — M. le docteur Mayor, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, *à deux heures.*

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— L'École de médecine et de pharmacie d'Alger a décerné les récompenses suivantes à la suite des concours de fin d'année pour l'exercice scolaire 1880-1881 :

1° *Médecine :* Première année. Pas de prix. Mention honorable, M. Guérin. — Deuxième année : Prix *ex æquo*, MM. Astier et Kocher.

2° *Pharmacie :* Pas de prix. Mention honorable, M. Nicolas.

— Parmi les nouvelles victimes du fléau qui continue à désoler le Sénégal, nous avons le regret d'avoir à citer les noms de M. le docteur Bertrand, médecin de deuxième classe de la marine, et de M. Hugues, aide-pharmacien, emportés par la fièvre jaune dans les premiers jours de ce mois.

— M. le docteur Delbetz, ancien représentant du peuple à l'Assemblée constituante de 1848 et à l'Assemblée législative, vient de mourir à Eymet (Dordogne).

— M. Guittard vient de léguer par testament à la commune de Champigny-sur-Marne, pour la création d'un petit hôpital devant aussi servir d'hospice de vieillards : 1° deux propriétés contiguës situées dans cette commune ; 2° un capital en espèces de 125,000 fr. destiné à l'entretien dudit hôpital.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a décerné deux prix de 300 francs : l'un à M. le docteur Delstanche fils (de Bruxelles) pour son mémoire intitulé : « Contribution à l'étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe » ; l'autre à M. le docteur Loiseau (de Louvain) pour ses travaux ayant pour objet : le premier, un optomètre métrique et un phacomètre ; le second, un nouveau modèle d'optomètre métrique et de phacomètre portatif.

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux de Lyon, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le lundi 6 mars 1882, à huit heures du matin. Les candidats devront

se faire inscrire à l'Administration des hospices de Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 44. Le registre d'inscription sera fermé le vendredi 24 février 1882, à quatre heures du soir.

— Un prix de 50 livres sterling (1250 francs) vient d'être fondé par M. Richard Middlemore (de Birmingham). Il sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur mémoire sur les progrès de l'ophthalmologie. Les travaux présentés au concours devront être écrits en anglais ou tout au moins accompagnés d'une traduction anglaise. Ils devront être adressés, avant le 1er mai 1882, à M. Fowkes, secrétaire de l'Association médicale britannique, 16, Strand, à Londres.

— M. le docteur Mallez recommencera ses conférences cliniques sur les affections des voies urinaires le lundi 3 octobre, à une heure et demie, à la clinique de la rue Christine, 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La huitième vient de paraître et la neuvième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des opérations obstétricales, cours professé à l'Université de Liège par le professeur Wasseige. 1 vol. in-8° avec 165 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs, cartonné. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie), par le docteur Bar. In-8°, avec fig. dans le texte et 5 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire, par le docteur Quénu. In-8° — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11737.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois... 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — Un an... 30

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Épilepsie hémiplégique syphilitique.

Depuis que Bravais fit connaître pour la première fois en 1827 un cas d'épilepsie partielle, hémiplégique, chez un sujet syphilitique, les exemples de ce genre se sont multipliés, au point que, dans son récent traité de la syphilis du cerveau, M. A. Fournier a pu consacrer un long chapitre à l'étude des diverses formes cliniques de l'épilepsie d'origine spécifique, de son mode d'évolution, des diverses périodes de la diathèse syphilitique où elle peut se manifester, enfin de ses diverses localisations et de ses manifestations convulsives ou paralytiques, partielles et plus ou moins circonscrites.

Voici un exemple nouveau qui, malgré l'insuffisance des renseignements et les lacunes résultant forcément du peu de temps durant lequel le malade a été soumis à l'observation, ne nous en a pas moins paru avoir son intérêt et mériter sa place dans l'histoire de l'épilepsie symptomatique. Il s'est passé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique médicale dirigé actuellement par M. Raymond, qui en a fait le sujet de l'une de ses conférences cliniques.

On apporte à l'hôpital un homme âgé de vingt-trois ans, qui, une heure et demie environ auparavant, était tombé sur la voie publique. Il était dans un état de profonde prostration et d'obnubilation presque complète des sens. Cependant la sensibilité ne paraissait pas entièrement éteinte, le malade accusait par des mouvements la sensibilité au pincement ou à la piqûre. Le masque facial était immuable du côté droit, il se contractait un peu du côté gauche. Il y avait une hémiplégie faciale droite incomplète, accusée surtout aux parties desservies par les branches inférieures du nerf facial. Ainsi le malade pouvait ouvrir et fermer les yeux.

Les deux membres du côté droit étaient complètement paralysés. Rien de semblable n'avait lieu du côté gauche.

Le malade gardait un mutisme complet; il ne répondait à aucune question, à aucune excitation. Cependant sa langue conservait sa mobilité. Il était manifestement aphasique.

Il n'y avait point de fièvre; le pouls, à 90, battait régulièrement; la température était normale, 37,5. On ne trouvait point d'albumine dans ses urines. Enfin le malade laissait aller sous lui ses urines et ses matières fécales.

En le découvrant, on trouvait des stigmates sur diverses parties du corps, aux jambes, aux bras, sur la conque de l'oreille, stigmates qu'il était aisé de reconnaître pour des cicatrices syphilitiques.

En questionnant sa femme, on apprenait que, quinze jours auparavant, il avait été pris de maux de tête et d'un sentiment profond de tristesse; mais il n'avait eu encore jusque-là aucune attaque, ni convulsions, ni perte de connaissance. Il avait été frappé pour la première fois le jour où il fut conduit à l'hôpital.

En présence de ces symptômes et de ces renseignements, il était urgent de savoir à quoi l'on avait affaire, afin d'agir vite, vu l'imminence du danger. Le diagnostic s'imposait de lui-même; on avait évidemment affaire à une lésion cérébrale. Mais quelle était cette lésion? Où siégeait-elle? Était-elle superficielle ou profonde? Ici, il y avait plusieurs raisons pour repousser l'hypothèse d'une hémorrhagie cérébrale; l'âge du malade ne permettait pas non plus de songer à un ramollissement. En rapprochant des phénomènes constatés chez lui les traces multiples de lésions syphilitiques qu'il présentait sur les membres, on était conduit à penser à une lésion cérébrale de même origine.

Quoi qu'il en pût être à cet égard, le pronostic était grave, le danger pressant; il fallait agir vite et énergiquement. M. Raymond prescrivit en conséquence des frictions mercurielles pratiquées deux fois par jour et 5 grammes d'iodure de potassium.

Mais, malheureusement, rien ne put enrayer les progrès du mal, et, trois jours après son entrée à l'hôpital, le malade succombait sans avoir recouvré la parole.

A l'autopsie, on ne constata rien de particulier sur le crâne ni dans les méninges, si ce n'est un peu de congestion de la pie-mère. Mais il existait une altération très-étendue de tout l'hémisphère gauche du cerveau; une grande partie de cet hémisphère, notamment toute l'étendue de la couronne de Reil et une grande partie des parois corticales, était en voie de ramollissement. Une thrombose oblitérait complètement le calibre de l'artère sylvienne dont les parois étaient le siège d'une endartérite, ou dégénérescence scléreuse syphilitique, ainsi que toutes les petites artères collatérales qui en procèdent.

La production et l'enchaînement des phénomènes observés pendant la vie s'expliquaient par l'existence de cette lésion

originelle de l'artère sylvienne et de ses divisions, qui avait amené à sa suite le ramollissement d'une grande partie de l'hémisphère gauche du cerveau.

Épilepsie partielle.

Pendant que ce fait se passait, une jeune femme, entrant dans le même service, présentait un état qui peut être rapproché de celui que nous venons d'exposer. Il s'agit aussi d'une épilepsie partielle dont l'origine, différente du cas précédent, est restée jusqu'à présent inconnue.

Une femme de vingt-quatre ans, ayant d'ailleurs toutes les apparences de la santé, présente, quand elle parle, un certain degré d'embarras de la parole ; elle scande tous ses mots, et bredouillerait si elle voulait parler vite. Sa langue a conservé toute sa mobilité ; on n'y constate point de tremblement fibrillaire.

Le côté gauche de la face est parfaitement mobile, mais le côté droit est inerte ; il y a une hémiplégie droite de la face.

La main droite est légèrement parésiée, elle serre sensiblement moins fort que la main gauche. Le bras tout entier participe à cette parésie ; lorsque la malade l'étend, il ne peut rester longtemps dans cette situation sans être pris de tremblement. Il n'y a d'ailleurs pas d'amaigrissement, ni d'altérrtion de la sensibilité. On y constate une légère exagération du réflexe tendineux.

La jambe gauche est dans le même état. La malade marche en fauchant de cette jambe ; la parésie y paraît un peu moins prononcée que dans le bras.

Tous les autres organes sont sains.

Voici maintenant ce que cette femme nous apprend sur ses antécédents. Elle a été toujours bien portante dans son enfance. Point d'hérédité pathologique. Une particularité rare à signaler, c'est que cette femme n'a été réglée pour la première fois qu'il y a six mois, à l'âge de vingt-trois ans et demi. C'est à cette même époque qu'elle a été prise un jour, en se levant, d'une première attaque violente d'épilepsie avec perte de connaissance. L'attaque a duré cinq heures, et au réveil la malade s'est aperçue qu'elle était complètement paralysée du bras et de la jambe gauche et qu'il lui était impossible de parler. Elle est restée dans cet état pendant un mois et demi. La parole est revenue peu à peu depuis, et il ne lui reste plus aujourd'hui de son aphasie que le léger embarras de parole signalé plus haut.

L'hémiplégie motrice du bras et de la jambe gauche a peu à peu diminué aussi.

Les règles ont paru peu de temps après cette attaque.

Depuis lors la malade a eu plusieurs attaques, mais beaucoup moins intenses que la première. Elles consistent d'abord en un roidissement du bras, puis de la jambe, suivi de secousses convulsives, sans perte de connaissance. La malade assiste en quelque sorte à son attaque, qu'elle sent venir et dont elle suit l'évolution. Ces attaques surviennent quelquefois à l'occasion d'une émotion, d'une fatigue ou d'une contrariété ; d'autres fois, sans provocation aucune.

Ici on se trouve en présence de l'une des variétés de l'épilepsie Jaksonniene, épilepsie partielle avec conservation de la conscience. Le même problème de diagnostic d'une lésion cérébrale et de son siège se présentait ici, comme dans le cas précédent, avec cette différence, toutefois, que la syphilis n'entre pour rien dans l'étiologie et qu'il a fallu commencer par éliminer cette cause. Examinant une à une les diverses lésions cérébrales qui auraient pu produire les phénomènes observés chez cette femme, M. Raymond, par des motifs et des considérations cliniques qu'il serait trop long de développer ici, a successivement éliminé la pachyméningite, l'hémorrhagie méningée et une tumeur cérébrale. Restait à poser la question entre une hémorrhagie et un ramollissement. C'est à ce dernier processus morbide qu'il s'est arrêté.

Quant à la question de localisation, en se reportant aux phénomènes observés chez cette malade, tout porte à penser que la lésion doit porter sur la zone motrice corticale, sur la troisième circonvolution et une partie de la capsule interne.

La malade a été mise à l'usage de l'iodure de potassium et de l'électrisation. Il y aura de l'intérêt à la suivre et à voir ce qui surviendra.

Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question de localisation, à propos de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet au Congrès de Londres.

Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta sur le col, au terme de la grossesse. Tamponnement.

Une femme enceinte est amenée à la Clinique d'accouchements dans un état exsangue, à la suite d'une succession d'hémorrhagies abondantes. Cette femme, vers le terme de sa grossesse, s'était sentie tout à coup toute mouillée, sans qu'aucune cause, chute, coup, violence quelconque ou mouvement brusque, ni aucun malaise antérieur, en ait pu rendre compte. Elle reconnut aussitôt que c'était du sang qu'elle perdait, et en très-grande abondance. Elle fit appeler une sage-femme, qui se borna à lui conseiller le repos et le séjour au lit. Trois semaines plus tard, un nouvel accident de même genre se produisit. L'hémorrhagie s'arrêta, comme la première fois, d'elle-même ou par le fait seul du repos dans le décubitus. Enfin, quelques jours après, troisième hémorrhagie, tellement inquiétante cette fois, par son abondance et sa durée, qu'on fait appeler deux médecins. Ceux-ci reconnurent qu'ils avaient affaire à un décollement partiel du placenta inséré sur le col. L'un d'eux, ayant même constaté que la tête se présentait presque transversalement avec tendance à une présentation de l'épaule, rétablit par les manœuvres externes la tête dans la situation normale. S'étant concertés ensuite sur la conduite à tenir, ils se déterminèrent à pratiquer le tamponnement. Cette opération fut très-méthodiquement et très-exactement faite, ainsi qu'on a pu en juger après l'expulsion du tampon ; l'hémorrhagie fut arrêtée.

— Ici se place un petit incident qui, bien que n'ayant rien de scientifique en soi, n'en mérite pas moins d'être signalé en passant, parce qu'il montre, entre maints autres faits journaliers de ce genre, combien la pratique de la ville, si souvent préférable, en matière d'obstétrique surtout, à la pratique hospitalière, devient parfois difficile et impossible même, faute de moyens d'exécution et des ressources pécuniaires nécessaires. Voici de quoi il s'agissait en effet. On venait de faire un tamponnement. C'était très-bien. L'hémorrhagie était arrêtée, ou paraissait l'être du moins. Mais en était-on assez sûr pour abandonner la malade sans aucune surveillance ? L'hémorrhagie ne pouvait-elle pas se reproduire malgré le tamponnement, comme on ne l'a vu que trop souvent, surtout lorsqu'il n'est pas fait très-exactement, ce qui, du reste, n'était pas le cas ici, comme nous venons

de le dire ? Faudrait-il néanmoins le renouveler, ou bien le laisser en place? Combien de temps pourrait-il être supporté impunément? Pourrait-on le laisser jusqu'au moment du travail, etc.? Autant de questions qui se posaient et qui, pour être résolues en temps opportun, auraient exigé la présence en permanence auprès de la malade de l'un des médecins, ou tout au moins d'une personne assez compétente pour juger, à un moment donné, de la nécessité de le faire appeler. Ce qui eût été facile dans une famille opulente ou tout au moins aisée devenait très-difficile chez une femme qui, sans être dans l'indigence, n'était pas en mesure de faire face à un pareil sacrifice pécuniaire. Indigente, l'hospice de la Maternité ou l'hôpital de la Clinique lui était naturellement ouvert. Simplement dans la gêne, les deux ressources extrêmes semblaient lui être également fermées. Il fallut, vu l'urgence, lui faire comprendre la nécessité de surmonter sa répugnance pour ce dernier parti. Elle s'y décida, et voilà comment nous avons pu avoir sur ce fait les renseignements que nous donnons. Cette parenthèse fermée, nous reprenons le récit interrompu.

Au moment de l'entrée de cette femme à la clinique dont le service est dirigé en ce moment par M. Budin, elle était littéralement exsangue et réduite au dernier degré de faiblesse; on percevait encore, mais faiblement, les bruits du cœur de l'enfant; il était donc encore vivant, mais son existence était très-compromise; d'un autre côté l'état de la femme était extrêmement grave, sa vie aussi était menacée. Que fallait-il faire?

Il y avait à choisir entre plusieurs partis qui demandaient tous à être examinés et discutés : l'emploi de l'ergot de seigle, le décollement du placenta, la perforation des membranes, etc. Après une étude et un examen rapides de ces différents moyens, qu'il serait trop long de reproduire ici et qui ont abouti à leur rejet successif, M. Budin s'est attaché à la seule question de savoir s'il fallait enlever le tamponnement ou le conserver.

Les avis des maîtres actuels en obstétrique sont un peu partagés à cet égard. MM. Pajot et Bailly (qui ne sont pas toujours d'accord ensemble, mais qui le sont du moins sur ce point) sont d'avis de laisser le tamponnement en place, et d'attendre, le travail étant engagé, que la femme expulse le tampon et l'enfant à la fois. M. Depaul, au contraire, est d'avis qu'il faut enlever le tampon, quitte à le réappliquer si le travail n'est pas assez avancé et l'orifice du col assez ouvert pour permettre l'application du forceps.

M. Budin, ayant à prendre immédiatement une détermination entre ces deux partis, s'est laissé guider par le raisonnement suivant : les deux avis sont également bons l'un et l'autre; mais chacun d'eux ne vaut que selon les circonstances en face desquelles on se trouve placé.

A-t-on affaire à une femme dont l'état n'est pas très-grave, l'intérêt de l'enfant devenant alors la considération dominante, si le travail est assez avancé pour permettre la manœuvre, c'est le cas d'enlever le tampon pour procéder immédiatement à l'extraction de l'enfant à l'aide du forceps. Si, au contraire, on est en présence d'une femme exsangue, sérieusement et immédiatement menacée, la vie de l'enfant étant d'ailleurs également compromise, il y a lieu de s'occuper avant tout de sauver la mère; c'est alors qu'il faut bien se garder de toucher au tampon; on doit le laisser en place, et attendre que le travail en provoque l'expulsion en même que celle de la tête de l'enfant.

C'est à ce dernier parti que s'est arrêté M. Budin. Le tampon ayant effectivement été maintenu en place, on a vu peu de temps après les contractions utérines se produire, faibles d'abord, puis plus fortes, et, à un moment, on s'est aperçu que la surface du tampon était mouillée, mais c'était par le liquide amniotique. L'accouchement se termina au bout de quelque temps. L'expulsion du tampon fut promptement suivie de la sortie de la tête de l'enfant. L'enfant était mort. Quant à la mère, arrivée au dernier degré d'exténuation, elle fut relevée graduellement de cet état par d'assez fortes doses fréquemment répétées d'alcool et de bouillon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

De la résection du coude.

On nous a amené il y a quelques instants une jeune fille du dehors atteinte d'une déformation de l'articulation du genou et à laquelle on avait conseillé de subir une résection des os. Je ne suis pas de cet avis, non pas qu'en principe je sois opposé aux résections osseuses, bien que j'en fasse moins peut-être que la plupart de mes collègues, mais parce que je suis convaincu que l'on peut arriver à guérir un grand nombre d'affections articulaires par une sage thérapeutique interne et externe, en y joignant l'immobilisation dans une bonne position.

Il y a une éternité que je n'ai eu l'occasion de faire une résection du genou; il y a longtemps aussi que je n'ai fait de résection de la hanche. La dernière que j'ai pratiquée ne m'a pas satisfait; il s'agissait d'une jeune fille qui souffrait depuis longtemps d'une coxalgie avec flexion permanente du membre, abcès, fistules, douleurs violentes à la périphérie du genou; le mal s'aggravait de jour en jour, mais les viscères étaient sains encore. C'est alors que, sur les instances de la famille et de la malade elle-même, je me décidai à faire la résection de la hanche avec mon collègue des hôpitaux, M. Terrier.

Ceci se passait au mois d'août 1880. L'opération réussit parfaitement, aucun accident ne s'ensuivit, et la malade repartit en province à peu près guérie. Au mois de janvier, les nouvelles que j'en reçus étaient bonnes, deux petites fistulettes seules suintaient encore. Dans les premiers jours de mars, je lui permettais de commencer à marcher. Tout allait donc à merveille, lorsque, à la fin de ce même mois de mars, cette jeune fille commençait à tousser; bientôt des accidents thoraciques apparaissaient et suivaient une évolution tellement rapide que, six semaines plus tard, la pauvre jeune fille succombait à une tuberculose aiguë.

Vous comprendrez que, lorsque l'on a vu un certain nombre de faits analogues se produire, on éprouve quelque répugnance à opérer un malade dont les poumons sont douteux. Il n'en est pas de même lorsque j'ai affaire à des adultes ou à des enfants bien portants ou très-peu scrofuleux et dont les viscères sont restés intacts. Dans ces conditions, et lorsqu'une médication appropriée est restée sans résultat, je me décide à pratiquer la résection des surfaces osseuses, afin de sauver le membre et la vie du malade.

Tel est le cas du malade actuellement couché au n° 50 de la salle Michon, que je vais opérer dans quelques instants. Cet homme, âgé de trente-neuf ans, était entré avec une lésion en apparence bénigne; il s'agissait d'un abcès situé un peu au-dessus de l'épitrochlée et qui me paraissait dû à la sup-

puration du ganglion épitrochléen. Le malade n'éprouvait aucune douleur articulaire, mais depuis deux ans une certaine gêne dans les mouvements, gêne assez peu considérable encore pour lui permettre de continuer sa profession de pointeur à la Compagnie d'Orléans. Je le traitais donc par les cataplasmes et le repos du membre, lorsqu'il ressentit tout à coup des douleurs violentes dans la région du coude, en même temps qu'il survenait un gonflement notable du bras et de l'avant-bras, gonflement œdémateux tel qu'il envahit bientôt les parois de la poitrine du côté droit. La suppuration devenait abondante, le moindre mouvement ainsi que la plus petite pression étaient des plus douloureux; la fièvre était intense et la température s'élevait à 39 et même à 40 degrés.

Je fis alors appliquer un bandage ouaté, bandage qui m'a maintes fois réussi dans les arthrites purulentes. Il produisit un grand soulagement pendant les premiers moments; mais la fièvre persistait, et, une nuit, à la suite d'un mouvement involontaire brusque, les douleurs reparurent aussi vives que par le passé.

J'essayai alors l'extension continue que l'on emploie parfois avec un succès véritable dans les ostéo-arthrites du genou ou de la hanche. Pendant trente-six ou quarante heures les douleurs cessèrent presque complètement; puis elles recommencèrent. Enfin le malade, actuellement, maigrit d'une façon très-appréciable; il ne mange plus; il est en proie à une fièvre continue avec une température voisine de 39°, et il souffre tellement qu'il demande à être opéré.

Il y a quelques années, on lui eût amputé le bras; je pense que nous pouvons éviter semblable opération; je crois que nous pouvons tenter ici de faire de la chirurgie conservatrice, c'est-à-dire la résection des portions malades des os. Je le crois d'autant mieux que les épiphyses de l'humérus, du radius et du cubitus, ne me semblent pas profondément altérées, qu'il s'agit ici d'une ostéo-arthrite superficielle avec synovite aiguë et destruction rapide des cartilages.

Je ne découvre non plus aucune contre-indication formelle à une résection du coude; cet homme toussaille bien un peu, peut-être même existe-t-il quelques points douteux au sommet des poumons; mais ces quelques signes sont encore trop peu de chose pour nous faire rejeter une opération tout au moins palliative.

Cet homme guérira de sa résection, mais je ne serais nullement surpris qu'il vînt dans un an ou deux mourir ici phthisique. Pour guérir complètement, il lui faudrait être dans des conditions que sa position sociale ne lui permet pas, conditions d'une hygiène générale possible seulement à celui qui possède 25,000 livres de rente; conditions de régime, d'habitation, etc., l'été à la campagne, à Nice au mois de décembre, en Algérie au mois de février; conditions de vêtement, conditions d'une bonne alimentation. Alors la résection que nous allons faire, de palliative, pourrait devenir réellement curative.

C'est ainsi que faute d'une hygiène convenable, appropriée à leur état général, nous voyons bien peu de nos malades survivre à semblable opération au-delà d'un lustre, quel que soit le succès qu'elle nous donne.

Il n'est aucune articulation dont la reconstitution soit plus brillante que celle du coude, lorsque dans la résection on emploie la méthode sous-périostique de M. Ollier. Cette méthode ne présente aucune difficulté quand elle est bien faite; elle est seulement ennuyeuse par sa durée; elle n'est nullement dangereuse; à peine a-t-on deux ou trois petites artérioles à lier. Lorsque le champ opératoire est convenablement limité, on ne rencontre ni vaisseaux, ni nerfs, ni tendons musculaires. Aussi, l'opération terminée, la plaie se trouve-t-elle constituée par un manchon attaché en haut à l'humérus, en bas au radius et au cubitus, manchon à fente longitudinale en arrière et constitué par la face profonde du périoste, par les couches musculaires et par les ligaments articulaires. On a donc, par ce procédé, lorsqu'il est bien constitué, une cavité purement fibreuse.

Je dis bien exécuté, parce qu'il peut arriver telle ou telle disposition qui gêne le manuel opératoire: ainsi la présence parfois d'ostéophytes anciennes autour de l'articulation, ainsi l'existence de nombreuses fistules transformant la capsule fibreuse, perforée d'une foule de trous, en une sorte d'écumoire.

Je vais donc avoir recours à la méthode sous-périostique d'Ollier: incision partant du côté externe de l'humérus, descendant le long du bord externe de l'os pour gagner le côté de l'olécrâne; ici incision horizontale, puis verticale, descendant ainsi en forme de baïonnette, le long du cubitus; ouverture de l'articulation au niveau de la tête du radius, décollement du périoste du bord postérieur du cubitus et de la tête du radius; section de cette tête, au-dessus de l'insertion du biceps, avec la pince de Liston. Ceci fait, décollement du périoste au niveau de l'épicondyle, luxation de l'articulation de façon à faire saillir au dehors l'extrémité inférieure de l'humérus, section par la pince de Liston d'une portion de cette extrémité, afin de décoller plus facilement le reste du périoste et d'enlever l'autre partie de l'extrémité inférieure de l'humérus; après quoi je m'occupe du cubitus, décollement du périoste et section.

Telle est la marche ordinaire, à moins que la nature des lésions osseuses ne rende plus commode de renverser la proposition et de commencer l'opération par l'olécrâne.

Quant aux fistules, je les utilise, autant que faire se peut, pour le drainage consécutif à l'opération; sinon, je pratique à la face interne de l'articulation une petite contre-ouverture pour le placement du drain. Je termine enfin ma résection par un pansement ouaté qui, dans ce genre d'opération, est le meilleur de tous les pansements. Je ne saurais trop en recommander l'usage, dans la chirurgie militaire surtout, parce qu'il permet de transporter facilement les blessés à de grandes distances.

REVUE DE LA PRESSE

Kyste crânien, compression cérébrale chronique. — Une femme de quarante ans portait une tumeur de la région frontale, dont elle attribuait l'origine à un coup reçu vers l'âge de huit ans contre l'angle d'un meuble. Il serait survenu, disait-elle, à la suite de ce traumatisme une petite tumeur qui, dix ans plus tard, avait acquis le volume d'une grosse noisette.

Ayant grossi lentement, elle faisait, au moment où la malade vint consulter M. le docteur Aubert, chirurgien de l'Antiquaille de Lyon, une saillie exactement hémisphérique, dont la circonférence mesurait à la base 15 centimètres. Toute la partie moyenne, quoique tendue, était un peu dépressible, et l'on sentait en la refoulant qu'elle était circonscrite par un cercle osseux et saillant occupant toute la périphérie. D'ailleurs la tumeur n'était ni douloureuse, ni réductible, ni pulsatile; elle était située exactement sur la partie latérale de la région frontale droite, à la limite des cheveux, moitié dans la région chevelue, moitié dans la partie libre

du front. Enfin la partie la plus extérieure était distante de 2 centimètres du tiers externe de la région sourcilière.

Comme symptômes fonctionnels : un peu de douleur et de lourdeur de tête habituelles, paresse intellectuelle, négligence et désordre dans les actes de la vie ; selon l'expression de son entourage, la malade n'avait point de tête, elle n'avait d'idée à rien.

Ponction exploratrice : issue d'un liquide jaune-brun d'un aspect chatoyant dû à d'abondantes paillettes de cholestérine. La tumeur est ensuite incisée avec le thermocautère dans toute l'étendue de sa partie molle ; le liquide écoulé et les lèvres de la plaie écartées, on aperçoit la table interne de l'os refoulée plus fortement encore que la table externe. Tout le fond est constitué par une paroi osseuse continue, anfractueuse, irrégulière, dans laquelle l'os paraît comme à nu ou tout au moins n'est recouvert que d'une mince pellicule à peine sensible qui n'empêche ni de voir sa couleur ni de percevoir sa dureté.

Lavage phéniqué, pansement au lint borique, mèches placées pendant plusieurs semaines dans l'ouverture, afin de combattre la tendance de la plaie à une réunion trop rapide et de permettre le retrait des parois. Trois mois et demi après l'opération, la paroi externe s'était mise de niveau avec la surface frontale, la paroi interne avait été refoulée au dehors par le cerveau qui reprenait sa place. Les maux de tête avaient disparu, et la malade était non-seulement parfaitement et définitivement guérie, mais encore les fonctions intellectuelles étaient rétablies, et cette femme, autrefois désordonnée, avait pris des habitudes d'ordre qu'elle n'avait jamais eues. (*Lyon méd.*)

Éléphantiasis végétant et verruqueux du clitoris. — M. le professeur Gosselin a eu dernièrement dans son service une femme qui présentait, en outre d'une syphilide squameuse et ulcéreuse des deux jambes, une tumeur vulvaire, bilobée, volumineuse, bosselée, pesant bien un kilogramme, et comme appendue au clitoris et à son prépuce, ainsi qu'une couronne de tumeurs plus petites entourant l'anus.

La tumeur de la vulve était constituée aux dépens des petites lèvres, dont elle occupait les trois quarts supérieurs, ainsi que du prépuce du clitoris qu'elle englobait. Elle n'était pas de nature syphilitique et n'était pas atteinte par le traitement spécifique, bien qu'elle se fût développée chez un sujet dont les tissus avaient été modifiés par les manifestations de cette diathèse.

Elle n'était pas non plus de nature maligne, mais elle se rapprochait plutôt de certaines tumeurs décrites par Virchow dans son *Traité des tumeurs* au chapitre : Éléphantiasis. M. le professeur Gosselin l'a considérée comme un éléphantiasis verruqueux et végétant, d'autant plus qu'elle était sujette à des poussées inflammatoires accompagnées de fièvre.

L'ablation en a été pratiquée en sectionnant son point d'attache avec le thermocautère Paquelin. La plaie a été pansée avec la solution alcoolique d'essence de gaultheria. La malade prenait en même temps le sirop de Gibert. (*Paris méd.*)

Hémorrhoïdes et injections phéniquées. — Nous avons parlé, il y a quelque temps, du traitement médical des hémorrhoïdes par des applications locales d'un mélange d'iodoforme et d'opium (1). Aujourd'hui nous trouvons une observation du docteur Spaak, qui a employé, avec succès, le procédé américain suivant. Le malade de notre confrère était porteur de quatre tumeurs hémorrhoïdales, dont l'une, située dans le rectum, à un pouce de l'anus, mesurait le volume d'un petit œuf de poule. Les autres étaient plus petites et plus rapprochées du sphincter anal.

Au moyen d'une seringue de Pravaz, le docteur Spaak injecta dans la plus grosse tumeur environ 6 gouttes d'un liquide composé de parties égales de glycérine et d'acide phénique pur, mais liquéfié. La douleur se réduisit à une simple cuisson de dix minutes de durée. Dès le lendemain, l'hémorrhoïde avait disparu ; la tumeur semblait s'être accolée tout entière à la paroi rectale en s'étalant.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 25 juin 1881, p. 581.

Huit jours plus tard, deux autres hémorrhoïdes étaient injectées, l'une interne, de la grosseur d'une forte noisette, l'autre externe, ayant à peu près les mêmes dimensions. L'opération ne fut nullement douloureuse, et dès le lendemain aussi, comme pour la tumeur précédemment opérée, l'hémorrhoïde interne avait complètement disparu. Quant à la tumeur externe, elle avait diminué de volume et présentait alors un aspect fripé et contracté.

Enfin, dix jours après cette seconde opération, ce fut le tour de la quatrième et dernière tumeur hémorrhoïdale, qui subit le même procédé opératoire et disparut aussi complètement que les deux premières. (*Courr. méd.*)

Des causes du prolapsus du rectum chez les jeunes enfants. — Aux causes ordinaires et classiques du prolapsus du rectum chez les très-jeunes enfants, telles que diarrhées chroniques, dysentéries et calculs vésicaux, il faut ajouter le rétrécissement congénital de l'extrémité supérieure du rectum ; ainsi se termine un récent travail de M. le docteur Eugène Bœckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg.

A côté des malformations congénitales de l'extrémité inférieure de l'intestin que l'on trouve, dit-il, décrites dans les auteurs, c'est-à-dire : 1° l'imperforation de l'anus ; 2° l'atrésie ou même l'absence totale du rectum, et 3° les ouvertures anomales du rectum dans la vessie, le vagin ou l'urèthre, j'en ai découvert une autre : le rétrécissement congénital de l'extrémité supérieure du rectum, qui n'est en quelque sorte que l'ébauche des états précédents. Ce vice de conformation a passé inaperçu jusqu'à présent, parce que, par lui-même, il ne donne lieu à aucun symptôme, si le rétrécissement n'est pas excessif.

Il se rencontre chez les très-jeunes enfants, et M. Bœckel a eu l'occasion d'en observer récemment deux cas chez des sujets âgés l'un de neuf mois, l'autre seulement de six semaines. Il est facile à reconnaître rien qu'à la forme chronique du prolapsus, qui ressemble à une corne de bœuf dont le sommet serait occupé par le point rétréci, tandis que les prolapsus ordinaires sont plutôt en forme de champignons, étranglés à leur base par le sphincter de l'anus.

Le traitement de cette variété de chute du rectum est tout indiqué par la cause même qui l'a produite ; il consiste à maintenir le rectum et *surtout* à dilater le rétrécissement. Le moyen le plus efficace est un pessaire spécial à tige creuse en caoutchouc durci ou en bois dur, composé d'une plaque circulaire portant à son centre une tige de 6 centimètres de longueur et terminée par un renflement olivaire pour ne pas risquer de blesser ou même de perforer l'intestin. Il est nécessaire aussi que la tige ne soit pas trop grêle. Celle-ci est destinée à pénétrer dans le rectum qu'elle maintiendra réduit à la façon du doigt, tout en dilatant le rétrécissement. Elle est percée d'un canal dans toute sa longueur pour donner issue aux gaz et, si possible, aux matières fécales. Enfin, un petit pessaire à air, à travers lequel passe la tige, matelasse la plaque, qui est maintenue serrée contre l'anus par des bretelles croisées passant sur les épaules.

Il a suffi, dans les deux observations relatées par M. Bœckel, de faire porter ce petit appareil pendant quatre jours chez l'un des enfants, et seulement deux jours chez l'autre, pour que la chute du rectum fût et restât définitivement guérie, quoique l'anus fût loin encore d'avoir repris sa tonicité ; de plus, le rétrécissement était dilaté. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Traitement de la pelade. — La pelade, qui est une affection assez commune dont la nature parasitaire est encore discutée, présente deux formes principales. La première est la pelade décalvante, dans laquelle l'alopécie est d'emblée presque complète, et la nature nerveuse ou trophique de la maladie paraît d'autant plus certaine qu'elle s'accompagne souvent de troubles de la sensibilité, de l'hyperesthésie du cuir chevelu et plus tard de picotements et de démangeaisons. C'est surtout dans cette forme que M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, n'admet pas comme certaine l'existence d'un parasite. Dans la seconde forme, ou pelade en aire, les glandes sébacées, au lieu

de fournir un produit huileux, sécrètent une matière sèche et cornée.

Du reste, dans l'une et dans l'autre il n'emploie que les excitants, principalement les vésicatoires volants. Les résultats sont plus rapides, mais à la condition d'observer les règles suivantes : s'il s'agit d'une simple plaque de pelade, il faut raser cette plaque ainsi que la partie du cuir chevelu qui l'entoure dans une étendue de deux centimètres environ. Le vésicatoire est alors appliqué sur la partie ainsi rasée, mais il est important de le retirer aussitôt qu'il est pris; on le laisse ensuite sécher en le pansant simplement avec de la poudre d'amidon. Dès qu'il est guéri, un autre est appliqué sur le même point; on arrête ainsi l'extension du mal et l'on favorise en même temps la repousse des cheveux. M. Vidal obtient ainsi en trois mois des guérisons que les autres procédés lui donneraient à grand'peine en huit mois.

Tout en ayant recours ainsi aux vésicatoires répétés, il est nécessaire de soigner aussi les autres parties de la chevelure le plus souvent malades. C'est ainsi que l'on fera des lotions chaque jour avec un liquide composé de : un verre de décoction de feuilles de noyer additionné d'une cuillerée à café de rhum et d'une cuillerée d'ammoniaque liquide, en ayant bien soin de surveiller l'action de ce dernier médicament qui a la propriété de roussir ou d'altérer la coloration des cheveux. On peut se servir dans le même but de l'alcool camphré ou de l'eau sédative de Raspail. On excitera aussi fréquemment la peau au moyen de frictions avec des brosses rudes de manière à la faire rougir sans produire d'inflammation.

Si la pelade siège dans les sourcils, les vésicatoires, inapplicables dans cette région, seront remplacés par de fréquentes applications de sinapismes. M. Vidal emploie aussi comme excitants, surtout dans la période convalescence, la teinture de cantharides pure ou le mélange suivant :

Teinture de cantharides	20	grammes
Teinture de romarin	5	—

en frictions matin et soir.

Chez les malades atteints de pelade décalvante il faut toujours se hâter d'intervenir, car au bout de dix-huit mois ou de deux ans l'alopécie devient irrémédiable. Les vésicatoires doivent alors être appliqués tous les deux jours avec toutes les précautions nécessaires pour que la cantharide ne soit pas absorbée. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Un cas d'hydrocéphalie, ponction, guérison. — Un jeune enfant de vingt mois était amené à l'hôpital de la Conception de Marseille atteint d'une hydrocéphalie qui n'avait commencé à se produire qu'à l'âge de huit mois environ. Le développement du crâne avait été assez rapide pour qu'au bout d'un an celui-ci eût acquis le volume d'un crâne d'adulte avec cinquante centimètres de tour. Os fortement déjetés en dehors, saillie des bosses frontales et pariétales, sutures largement ouvertes, fontanelles démesurément agrandies; en dehors, à gauche et dans la suture fronto-pariétale, saillie considérable des méninges sous la peau avec fluctuation des plus manifestes; enfin noyau d'ossification, sorte d'os wormien volumineux, au niveau de la fontanelle antérieure. Les yeux sont saillants, atones, sans strabisme ni mouvements de nystagmus; la pupille n'est pas dilatée ni recouverte par la paupière inférieure. Nutrition bonne, léger degré d'embonpoint, paralysie nulle; état somnolent, maussade et grognon de l'enfant.

En raison de l'absence de tous désordres de la sensibilité ou du mouvement que l'on rencontre presque inévitablement dans les cas d'épanchement ventriculaire aussi considérable; en raison aussi de la netteté de la fluctuation et surtout de la saillie fronto-pariétale, la ponction aspiratrice fut décidée comme étant le seul traitement curatif indiqué. Elle fut pratiquée au niveau de l'angle gauche de la fontanelle antérieure, et donna issue à 350 grammes d'une sérosité claire, limpide et très-faiblement albumineuse. Le crâne est ensuite badigeonné avec de la teinture d'iode, et les os, dont l'affaissement des parties membraneuses consécutif à l'opération avait excessivement accru la mobilité, sont maintenus au moyen de petites attelles en carton imaginées par M. le docteur Roux (de Brignolles) et assujetties elles-mêmes au moyen de quelques tours d'une bande de caoutchouc.

L'opération fut accompagnée de quelques cris et d'une certaine agitation de l'enfant, suite de la faculté de fonctionnement rendue aux centres nerveux par l'évacuation de la masse liquide. Elle fut suivie d'un peu de malaise, de plusieurs vomissements et d'un état demi-comateux assez alarmant. Cette crise fut de peu de durée, mais le liquide se reproduisit si rapidement que l'on dut retirer encore le lendemain 150 grammes de sérosité. Mais, à dater de ce moment, tout symptôme d'irritation méningo-encéphalique disparaissait et l'enfant se trouvait en bonne voie de guérison. (*Marseille médical.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'urémie expérimentale (1), par MM. les professeurs Feltz et Ritter.

La suppression brusque de la fonction rénale par la ligature des vaisseaux rénaux ou des uretères détermine chez les chiens un ensemble de symptômes graves commençant par des troubles gastro-intestinaux et se terminant par des phénomènes nerveux divers et la mort. Ces accidents, dits *urémiques* ou *urinémiques*, indiquent un empoisonnement rapide de l'organisme auquel les sujets en expérience ne résistent jamais plus de *trois jours.*

Les analyses du sang des animaux morts dans ces conditions démontrent dans ce liquide une augmentation des proportions de l'urée, des matières extractives et des sels.

La mort vient plus vite lorsqu'on injecte une certaine quantité d'urine, normale d'ailleurs, dans le sang d'animaux chez lesquels on a préalablement tari la sécrétion rénale, d'où la présomption que les urines *in toto* sont toxiques ou qu'elles renferment une ou plusieurs substances nocives.

On arrive à la certitude en voyant les urines humaines fraîches, de 1,018 de densité, filtrées et chauffées à la température de 33° à 35°, injectées dans la veine sur des chiens d'une manière continue à l'aide de la pompe de Moncoq, en quantités équivalentes au volume de la sécrétion rénale de trois jours environ, provoquer chez ces animaux des accidents identiques à ceux qui caractérisent l'urémie amenée par la ligature des vaisseaux rénaux. Il n'y a de différence que pour le temps que les phénomènes morbides mettent à se développer dans l'un et l'autre cas.

On ne saurait attribuer les accidents mortels ni à l'augmentation de la tension intravasculaire ni à l'action des acides de l'urine, car l'eau distillée, pure ou acidifiée au degré de l'acidité des urines, ne détermine pas de phénomènes graves lorsqu'on l'introduit dans le sang dans les conditions susindiquées. On peut, du reste, supprimer en grande partie le facteur *eau* en concentrant l'urine par des congélations successives, opération qui ne modifie ni la constitution chimique de ce liquide, ni son action sur l'organisme. Ces expériences ramènent à la proposition de Vauquelin et de Ségalas.

Il s'agissait de savoir, après cette démonstration, quels étaient les principes toxiques de l'urine. Appartenaient-ils aux matières organiques ou aux matières inorganiques? A cet effet, MM. Feltz et Ritter ont séparé les principes organiques des principes inorganiques.

Ils ont pu se convaincre, d'abord, qu'en injectant dans le sang l'ensemble des matières organiques urinaires en quantités au moins égales à celles renfermées dans les volumes d'urine qui eussent certainement tué les chiens, on ne produisait pas les accidents urinémiques. Il en est encore de même si, au lieu de procéder avec les matières organiques réunies, on agit successivement avec chacune des substances organiques urinaires chimi-

(1) In-8°, prix 7 fr. 50. Paris, Berger-Levrault et Cie.

quement connues et avec les matières extractives proprement dites, c'est-à-dire celles dont la constitution élémentaire n'est pas déterminée. C'est ainsi que MM. Feltz et Ritter sont arrivés à conclure contre les théories de Wilson et de Schottin.

D'autre part, la théorie de Frerichs, basée sur la rétention possible des sels ammoniacaux ou la transformation de l'urée du sang en carbonate d'ammonium, est infirmée par les recherches des auteurs du travail que nous présentons à nos lecteurs. Elles démontrent, en effet, qu'elle n'est applicable qu'à un petit nombre de cas. L'analyse établit que, dans l'immense majorité des faits, il y a très-peu de sels ammoniacaux dans le sang des animaux morts urémiques.

L'expérimentation montre que la transformation de l'urée en carbonate d'ammonium, si facile dans l'intestin, est très-difficile dans le sang. MM. Feltz et Ritter ont d'ailleurs démontré que l'injection dans le sang des sels ammoniacaux en quantités équivalentes à celles que renferment les urines de trois jours, ne détermine pas d'accidents fâcheux, et qu'elle n'avance même pas de beaucoup la survenance des phénomènes nerveux chez les chiens dont on a préalablement lié les uretères.

Les matières organiques de l'urine, ne pouvant être mises en cause ni directement ni indirectement pour expliquer la pathogénie de l'urémie, MM. Feltz et Ritter ont dû s'adresser aux matières inorganiques. Il leur fut facile de constater que, en introduisant dans le sang l'ensemble des sels minéraux contenus dans les urines de trois jours, ils reproduisaient exactement les mêmes phénomènes qu'en agissant avec des urines fraîches normales ou fortement concentrées par des congélations répétées. Ils étaient dès lors sur la voie de la solution du problème.

L'essai successif des divers sels entrant dans la composition des matières inorganiques urinaires leur apprit bientôt que les sels toxiques sont les sels potassiques ; ce qui le prouve jusqu'à l'évidence, c'est que les sels potassiques, dissous dans l'eau distillée en mêmes proportions qu'ils le sont dans les urines normales, déterminent les mêmes accidents que les injections de celles-ci.

Leur dose, dans ces conditions, oscille autour de 0 gr. 20 par kilogramme du poids des animaux. Cette dose varie quelque peu suivant les sels potassiques qui servent aux dissolutions ; le phosphate et le sulfate de potassium sont, en effet, à poids égaux, un peu moins toxiques que le chlorure de potassium.

La preuve analytique que MM. Feltz et Ritter peuvent fournir à l'appui de leur manière de voir, c'est que les sels alcalins du sang, obéissant à la même loi que l'urée et les matières extractives, augmentent dans le sang en cas de suppression de la fonction rénale ou encore de résorption du produit de cette fonction.

Ils se croient donc en droit, les accidents de l'urémie expérimentale n'étant pas en rapport avec la rétention et l'accumulation dans le sang ou de l'eau ou des matières organiques de l'urine, et répondant au contraire aux symptômes produits par les injections toxiques d'urines fraîches normales ou de solutions équivalentes de sels potassiques dans de l'eau distillée, d'admettre que les vrais agents de l'intoxication sont presque toujours les sels potassiques qui s'accumulent dans le sang ou qui se fixent en excès sur les éléments anatomiques.

Puisse la clinique donner raison à MM. Feltz et Ritter !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Asile d'aliénés de la Seine. — Un concours public pour la nomination à trois places d'interne titulaire en médecine des asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Évrard) sera ouvert, le lundi 5 décembre 1881, à midi précis, à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 3 novembre 1881 jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement.

La durée des fonctions sera de trois ans. Les candidats nommés recevront, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, un traitement annuel de 800 francs.

Il sera nommé, à la suite dudit concours, dans l'ordre de mérite, trois internes provisoires qui seront chargés de remplacer les titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. La durée de leurs fonctions est d'une année à partir du 1er janvier 1882.

Un concours public pour la nomination à quatre places d'interne titulaire en pharmacie s'ouvrira, le lundi 28 novembre 1881, à une heure précise, à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les candidats devront se faire inscrire de onze heures à trois heures, au secrétariat général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel). Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 27 octobre au samedi 12 novembre inclusivement.

Il sera nommé, à la suite dudit concours, par ordre de mérite, un interne provisoire chargé de remplacer les titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. La durée de ses fonctions sera d'un an, à partir du 1er janvier 1882. Celle des fonctions des internes titulaires est de trois années.

Le traitement et les avantages matériels des internes titulaires en pharmacie sont les mêmes que pour les internes titulaires en médecine.

— M. le docteur L. Blanc est nommé médecin en chef des prisons d'Avignon en remplacement de M. le docteur Lauriol, démissionnaire.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature qu'elle soit.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11756.

N° 114. — MARDI 4 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 4 OCTOBRE 1881. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

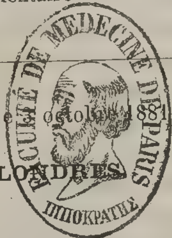
AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Mélanhémie. — Études cliniques sur l'érosion des dents considérée comme signe rétrospectif de l'éclampsie infantile (syphilis dentaire de MM. Huchinson et Parrot). — Nouvelles.



Paris, le 3 octobre 1881.

ÉCHOS DU CONGRÈS DE LONDRES.

Histoire de la physiologie en Angleterre. — Dans les discours que nous avons résumés dans notre numéro de mardi dernier, on a pu voir en quels termes convaincus l'alliance des sciences biologiques avec la médecine et l'application de l'expérimentation en pathologie ont été présentées comme les conditions, sinon les causes principales, des progrès effectués dans notre science. Dans un discours sur l'histoire de la physiologie en Angleterre, M. Michaël Foster est venu appuyer encore cette double thèse en revendiquant pour son pays l'honneur, sinon d'avoir ouvert la voie des recherches physiologiques et anatomiques, d'avoir donné du moins, dans l'édification de la physiologie, les plus éclatants témoignages de son activité intelligente et de ses hardies initiatives. Après Harvey, la plus haute et la plus glorieuse expression du génie anglais appliqué à cet ordre de recherches, il suffisait, en effet, de rappeler les noms de Glisson, de Wharton, de Willis, de Robert Boyle, de Robert Hook, de Richard Lower, de John Mayow, et plus près de nous ceux de Thomas Young, Charles Bell et Marshall Hall, pour rappeler autant de découvertes et de progrès en physiologie qui honorent l'Angleterre. Mais pourquoi a-t-il fallu qu'après cette brillante énumération de tout ce dont la science physiologique est redevable à ces hommes illustres, aidés par le concours du Collège des médecins de Londres, pendant le dix-septième siècle, le dix-huitième et le premier tiers du dix-neuvième, M. Foster ait eu à exprimer le regret de voir, de son temps, cette activité s'affaiblir dans son pays, qui lui semble ainsi tendre à déchoir du haut rang qu'il avait su conquérir dans cette partie de la science !

Laissons parler M. Michaël Foster, qui va nous expliquer lui-même les causes de l'affaiblissement qu'il déplore :

« Tandis que, de l'autre côté de la Manche, » dit-il, « l'enseignement est dans les mains d'un professeur spécial dont la fonction académique est de s'occuper de recherches, en Angleterre nous n'avons que deux universités, qui ont cessé de produire dès la fin du dix-septième siècle... Tant que le champ de la science fut limité et que les liens qui l'unissaient à la Société royale restèrent resserrés, le Collège des médecins joua plus ou moins le rôle d'une académie. Mais, lorsque la science, étendant ses bornes, se spécialisa, et que les appels faits aux praticiens devinrent plus fréquents, le Collège laissa de côté la physiologie pour s'occuper exclusivement des maladies... » Ainsi la tendance de plus en plus pratique des études médicales en Angleterre aurait presque réduit au silence la physiologie. Mais ce n'est pas là l'unique cause de cette infériorité relative de nos voisins, suivant M. Foster. Il en est une autre plus restrictive encore de tout progrès physiologique en Angleterre : c'est celle que M. Virchow a déjà énergiquement dénoncée dans le discours que nous avons résumé, et contre laquelle M. Foster s'est élevé à son tour avec toute l'énergie d'une conviction scientifique profondément et personnellement blessée.

« Aujourd'hui, » ajoute-t-il, « les carrières sont ouvertes, une somme de travail utile s'accomplirait si la physiologie de ce pays ne traversait pas des jours d'épreuves que ne connaissaient pas les dix-huitième et dix-septième siècles. Un esprit de zèle étroit a donné naissance à une action législative qui a beaucoup contribué à arrêter les recherches physiologiques de ce pays. Dans nos recherches, nous sommes menacés d'être arrêtés par des prohibitions légales, et nous sommes entravés par la nécessité d'obtenir des autorisations et des certificats. Lorsque nous entreprenons une recherche, nous ne savons pas jusqu'où nous pourrons la conduire. Il faut que nous demandions la permission de l'entreprendre, que nous exposions nos idées encore en germe, devant des gens qui sont incapables de les juger, et souvent nous éprouvons un refus. »

Ce Congrès aura, il faut l'espérer, un résultat. Les médecins de tous pays, voyant la situation qui est faite à leurs confrères de Londres, rentreront chez eux déterminés à résister à toute tentative qui serait faite pour enchaîner l'expérimentation physiologique ; car ils sont tous d'accord pour reconnaître que l'expérience est l'arme la meilleure pour combattre les mystères de la vie. « C'est, » disait Willis, « par l'un de ces moyens, par mort et blessure, par dissection, que la vérité peut être amenée en pleine lumière, comme par une opération césarienne, sans laquelle elle risque de ne pas voir le jour. »

Les virus-vaccins. — Après l'histoire, le présent. Après les préceptes et les encouragements, l'application et l'exemple. C'est à notre illustre compatriote, M. Pasteur, qu'a été dévolu le rôle glorieux de donner, par ses propres travaux, un exemple frappant de ce que peut réaliser la méthode expérimentale. Sur l'invitation du président du Congrès,

M. Pasteur a exposé devant l'assemblée l'état de la question de la vaccination du charbon, le résultat le plus important qu'il ait obtenu jusqu'à présent, de son propre aveu, l'un des plus grands faits scientifiques de notre temps, sans contredit, si l'avenir en confirme toutes les déductions.

Parlant des résultats de ses recherches sur le choléra des poules, qui lui ont permis d'introduire dans la science des principes nouveaux sur les virus et les propriétés contagieuses des maladies transmissibles, et en particulier le principe de la vaccination généralisée, M. Pasteur a fait voir comment il était arrivé, par l'étude des conditions dans lesquelles s'effectue entre deux cultures l'atténuation du virus du choléra des poules, à démontrer que l'agent qui intervient dans cet intervalle, c'est l'oxygène de l'air. C'est lui qui. en modifiant l'agent de la virulence de l'organisme microscopique de cette maladie, modifie la facilité de son développement dans le corps des animaux. Se demandant, après cette découverte, s'il ne se trouvait pas là en présence d'une loi générale applicable à tous les virus, c'est dans l'espoir de vérifier cette présomption qu'il a fait ses recherches sur la vaccine du charbon.

Une grande difficulté se présentait lorsqu'il cherchait à expliquer son système d'atténuation par l'oxygène de l'air aux organismes microscopiques du charbon. La virulence s'établissant elle-même très-rapidement, souvent après vingt-quatre heures, dans un germe de charbon qui échappe à l'action de l'air, il lui était impossible de penser à découvrir la vaccine du charbon dans les mêmes conditions que celles qui l'avaient amené à la découverte de la vaccine du choléra des poules. Mais M. Pasteur ne s'est pas laissé décourager pour si peu. Ayant constaté qu'il n'y a pas une grande différence entre le mode de génération des germes par scission et celui du choléra des poules, il avait des raisons de supposer qu'il pourrait triompher de la difficulté qui l'arrêtait en cherchant à empêcher l'organisme du charbon de produire des corpuscules germes et à le conserver dans cet état au contact de l'oxygène pendant des jours, des semaines et des mois.

L'expérience a réussi. Il a replacé ainsi l'organisme microscopique du charbon dans les mêmes conditions que celles où se trouve le micro-organisme du choléra des poules. C'est-à-dire qu'en examinant la virulence de la culture ainsi faite au bout de deux, six, huit jours, il a trouvé que, longtemps avant la mort de la culture, les organismes ont perdu toute leur virulence, bien qu'ils fussent encore cultivables. Avant cette période, il avait constaté que la culture présente une série de virulences atténuées ; de plus, chacune de ces conditions de virulence atténuée peut être reproduite par la culture ; et, comme le charbon ne récidive pas, chaque micro-organisme du charbon atténué constitue pour le micro-organisme supérieur un vaccin, c'est-à-dire un virus capable de déterminer une maladie moins grave. Il se trouvait donc en présence d'une méthode pour préparer un vaccin pour le charbon ; et, de plus, en possession d'une méthode générale de préparer du virus-vaccin fondée sur l'action de l'oxygène et de l'air, c'est-à-dire d'une force cosmique existant partout à la surface du globe.

Telle est en substance l'exposition faite par M. Pasteur devant le congrès. Ici nous ne sommes plus dans les spéculations pures. On connait l'application pratique que cette méthode a déjà reçue pour le charbon. Des communications faites récemment à l'Académie des sciences nous apprennent que des expériences analogues viennent d'être faites sur la tuberculose. Enfin, — et ici ce n'est plus le savant seulement qui est digne d'éloges, c'est l'homme de courage et de dévouement, — on sait que M. Pasteur est allé à Pauillac, où, dit-on, la fièvre jaune a été importée du Sénégal, dans le but d'appliquer ses procédés de recherches à l'étude de cette affection. C'est là, ou nous ne nous y connaissons pas, de la science en action.

Du scepticisme en médecine. — Introduire une étude sur le scepticisme dans une réunion où tout, hommes et choses, questions posées et disposition des esprits, semblait impliquer une idée commune de confiance dans l'exactitude des moyens et des procédés de recherche mis en œuvre, d'affirmation dans le progrès et de certitude dans les résultats énoncés, pouvait faire l'effet d'une note discordante au milieu d'un concert harmonique. Mais, avec l'érudition et la tournure philosophique qui caractérisaient l'esprit de Maurice Raynaud, il n'y avait pas à craindre que son discours fît tache sur l'ordonnance générale du programme. Le scepticisme a joué d'ailleurs, en bien comme en mal, un trop grand rôle dans la longue évolution historique de la médecine, pour qu'il n'y eût pas quelque intérêt à rechercher dans cette circonstance quelle est la part qu'il convient de lui faire aujourd'hui dans l'histoire et dans la marche du progrès scientifique.

Si par scepticisme on devait entendre le doute philosophique, l'esprit d'examen et de critique, cette condition essentielle de toute bonne préparation à l'étude ou à la constitution même d'une science, il n'y aurait eu qu'à le signaler par ses bienfaits et par la part qui lui revient dans tout progrès, ne fût-ce qu'en opposant une barrière à tout ce qui est faux ou purement imaginaire.

Mais ce n'est pas de ce scepticisme scientifique, voire même systématique, que M. Raynaud entendait entretenir le Congrès. Prenant le mot dans son acception la plus vulgaire, dans le sens qui a prévalu généralement, celui de l'esprit railleur qui ne croit à rien, par opposition à l'esprit faible ou superstitieux qui croit à tout, il a voulu montrer que cet esprit, allié plus souvent qu'on ne pense à l'ignorance et à la superstition elle-même, qui s'est exercé de tout temps contre la médecine, a eu trop souvent pour complices les médecins eux-mêmes.

Ce scepticisme a été de tous les temps et de tous les pays, parce qu'il a sa source dans deux sentiments humains, l'un peu avouable, l'alliance de la paresse et de la vanité, l'autre plus honorable, le découragement inévitable qu'amène le choc des opinions contradictoires, la difficulté de se faire une conviction propre, et, pour ce qui est de la médecine en particulier, l'incertitude des résultats pratiques...

Comment s'étonner dès lors de rencontrer tant de médecins sceptiques ? N'est-ce pas en médecine surtout que les phénomènes sont les plus complexes, les plus difficiles à étudier, et se présentent sous les aspects les plus différents, encore bien qu'ils soient les mêmes au fond ? N'est-ce pas en médecine qu'il est le plus difficile de poser des règles fixes, invariables, qui ne soient pas infirmées par de nombreuses exceptions, etc. ?

Mais c'est surtout dans la médecine professionnelle qu'est la véritable cause, la plus puissante, du scepticisme médical. N'y a-t-il pas, pour tout praticien ayant conscience de la dignité de son art, un sentiment douloureux qui naît de son impuissance en présence de tant de maux ?

Mais est-ce à dire qu'il faille par découragement s'en

tenir à un système qui aboutit en définitive à l'inaction? C'était loin de la pensée de M. Raynaud, et, si telle eût été sa conclusion, elle eût eu peu de chance d'être accueillie par le Congrès. Son but a été tout contraire.

« Cherchons donc ensemble, a-t-il dit, les moyens de résister à cette tendance funeste et de nous affermir encore dans nos croyances.

« Le remède au scepticisme est, avant tout, » dit M. Raynaud, » dans la science elle-même, dans la science chaque jour mieux faite, mieux comprise, et dont le progrès incessant apporte à ses propres égarements le correctif désiré, à ses *postulata* la réponse attendue. »

« Il ne suffit point de proclamer les mérites de la science exacte; en toute science, il y a du certain et de l'incertain; il ne suffit même pas de bâtir son édifice sur le fondement réputé solide de l'anatomie pathologique. »

« Ce qu'il faut d'abord, c'est faire passer dans sa pratique et l'habitude journalière de son esprit la vérité qui découle des deux axiomes suivants : 1° l'absolue constance des lois qui régissent la vie; 2° la subordination rigoureuse des phénomènes à certaines conditions qu'il s'agit de déterminer (le déterminisme de Cl. Bernard). »

Pendant que la science est en voie de se constituer sur ces éléments de certitude, là où la certitude scientifique nous manque encore, la pratique ne reste pas entièrement désarmée; elle a le droit de recourir à l'empirisme et à la tradition, qui, faute de mieux, ont aussi leur genre de certitude qui participe, à beaucoup d'égards, de la certitude morale, celles que Cabanis désignait sous le nom de « certitudes pratiques de la médecine », et qui constituent le patrimoine que chaque génération médicale lègue à celle qui la suit.

Nous venons de donner, par l'analyse de ces différents discours, une idée de ce qui s'est dit dans la partie oratoire du Congrès de Londres, de l'esprit et des tendances scientifiques générales qui s'y sont manifestés. Il nous resterait maintenant à indiquer, parmi les travaux qui y ont été produits, ceux qui répondent le mieux à l'esprit de ce programme. C'est ce que nous tâcherons de faire, à l'occasion, par des reproductions partielles ou des analyses de quelques-uns d'entre eux et des discussions auxquelles ils ont donné lieu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Mélanhémie.

Je vous présente aujourd'hui un malade des plus intéressants par l'affection rare et singulière dont il est atteint.

C'est un homme de quarante-trois ans, ouvrier serrurier, maigre et un peu chétif. Pris comme soldat par la conscription, en 1860, il fut aussitôt incorporé et envoyé en Italie, tenir garnison à Rome. Puis, au bout de quelques mois, il fut détaché dans la campagne romaine, entre Civita-Vecchia et Corneto, dans une localité marécageuse, contrée malsaine où la fièvre règne endémiquement.

Il y fut atteint, peu de temps après son arrivée, d'une fièvre intermittente tierce dont les accès durèrent pendant plusieurs mois, malgré l'emploi du sulfate de quinine. C'est sur ces entrefaites qu'il fut renvoyé en France. Depuis cette époque, il éprouve tous les ans de nouveaux accès de fièvre intermittente qui nécessitent, toujours aussi, l'emploi du sulfate de quinine. Son dernier accès a eu lieu au mois de novembre 1880.

Pendant son séjour dans les marais Pontins, alors qu'il était, depuis quelque temps déjà, en proie aux accidents paludéens, il remarqua que sa peau prenait peu à peu une coloration de plus en plus brune, laquelle est actuellement aussi accentuée que celle d'un mulâtre. Plusieurs de ses camarades du régiment présentèrent les mêmes phénomènes. Si les habitants de ces localités ont pour la plupart cette coloration brune des téguments, il est rare que celle-ci soit aussi marquée sur les Européens qu'elle l'est chez notre malade.

Cette teinte de la peau n'a pas diminué depuis son retour en France, loin de là, et depuis cinq ou six ans surtout elle a notablement augmenté au point que ses camarades d'atelier l'ont surnommé le *Moricaud*. En même temps il a senti ses forces diminuer, et c'est devant cette faiblesse progressive, à laquelle est venu s'ajouter un peu d'œdème des extrémités inférieures, qu'il s'est décidé à entrer ces jours derniers dans notre service.

A son arrivée, il se plaignait donc d'une grande faiblesse musculaire; il se plaignait aussi de démangeaisons récentes dans le dos, assez vives pour lui ôter tout sommeil. En l'examinant, nous trouvons un être chétif, maigre, d'une musculature fort peu développée et nullement en proportion avec ses travaux d'ouvrier serrurier. Tout le corps est d'une teinte brune et généralisée; marquée surtout à la face dorsale des mains, elle est un peu moins accentuée à la face palmaire, ainsi qu'aux parties génitales.

Quant aux démangeaisons, elles sont le résultat, pour le dire tout de suite, d'un prurigo pédiculaire datant seulement de trois semaines environ, de telle sorte que nous devons rejeter absolument l'idée que l'altération pigmentaire de la peau, qui remonte à dix-huit ou dix-neuf ans environ, soit due à l'existence de pediculi, bien que ceux-ci, lorsqu'ils existent depuis longtemps, amènent presque toujours la coloration brune de la peau.

Si ce n'est son état de faiblesse musculaire progressive, cet homme jouit ordinairement d'une bonne santé dans l'intervalle des accès annuels de fièvre intermittente. Son pouls est à peu près naturel, le cœur est normal, les poumons sont sains. La rate est légèrement plus grosse que d'habitude, ce qui est parfaitement en rapport avec ses accès de fièvre intermittente. J'ajouterai seulement un amaigrissement assez considérable, et une légère enflure des pieds, de très-courte durée.

Le sang, examiné au microscope, contient moins de globules rouges, c'est-à-dire 4,500,000 au lieu de 6 millions par centimètre carré; au contraire, les globules blancs sont plus considérables, et leur proportion chez notre malade est de 1 sur 123 rouges, au lieu de 1 sur 300, chiffre normal. Nous n'avons pas trouvé de granulations pigmentaires dans le sang. Les urines sont très-intéressantes aussi à consulter; elles indiquent un état réellement cachectique; elles donnent, d'après l'étude qui en a été faite par M. Robin, les chiffres suivants :

La quantité rendue dans les vingt-quatre heures est de 1,400 grammes au lieu de 1,250, chiffre normal; leur densité est aussi un peu plus élevée, 1,025,5 au lieu de 1,018; les matériaux solides qu'elles renferment sont beaucoup plus considérables, 83,535 au lieu de 50; l'urée s'y trouve aussi un peu augmentée, 21,80 au lieu de 16 à 18; les matières extractives y sont très-abondantes, 14,759; l'acide urique,

0,580; l'albumine, 0,750; les chlorures y sont plus que doublés, 19,456 au lieu de 8; l'acide phosphorique également, 4,320 au lieu de 1,5 à 2; l'acide sulfurique 3,976; enfin la potasse atteint le chiffre de 8,635 au lieu de 2,5 à 3.

Les résultats de cette analyse démontrent une dénutrition considérable du plasma sanguin, une dénutrition du système nerveux, etc., en un mot une dénutrition générale.

La mélanodermie, cette altération de la peau par une coloration brune telle que les Européens qui en sont atteints ressemblent à de véritables mulâtres, est un phénomène commun à plusieurs affections. Ce sont : 1° le prurigo pédiculaire sur lequel nous ne reviendrons pas; 2° la maladie d'Addison, qui est caractérisée par l'altération des capsules surrénales. Mais notre malade n'éprouve aucune douleur de reins, ses parties génitales sont peu colorées, ses muqueuses ne sont pas pigmentées, tandis que c'est le contraire dans la maladie d'Addison; enfin, dans cette dernière, la cachexie est assez rapide; par contre, chez notre malade, qui est atteint depuis dix-huit ou dix-neuf ans, l'état cachectique s'est établi lentement.

Pour moi, l'affection de cet homme n'est donc pas la maladie bronzée, comme un certain nombre de médecins seraient tentés de le supposer. Mais nous sommes ici en présence d'un cas de pigmentation tenant à l'altération du sang, c'est-à-dire d'une mélanhémie, affection décrite par Frerichs et Virchow, qui l'ont observée surtout en Silésie où la fièvre intermittente est à peu près endémique, étudiée aussi par M. Charcot il y a quelques années.

Dans les observations qu'ils ont relevées, comme chez notre malade, l'aspect mulâtre des tissus cutanés est le phénomène prédominant avec l'affaiblissement musculaire; les muqueuses sont peu ou point colorées, et l'altération du sang consécutive, comme ici également, à l'intoxication paludéenne, est caractérisée par la diminution des globules rouges, l'augmentation des globules blancs et souvent aussi la présence de granulations pigmentaires. De même encore, dans les faits constatés par ces observateurs, l'altération des urines indique une dénutrition considérable de l'économie.

Nous devons donc chercher la cause de la maladie du n° 3 de la salle Saint-Charles dans l'altération du sang, dans une mélanhémie produisant comme symptôme principal une mélanodermie plus ou moins accentuée, généralisée, sauf quelques points spéciaux, comme la paume de la main et les parties génitales. Cette coloration brune est le résultat d'une intoxication paludéenne persistante, donnant encore lieu chaque année à des accès de fièvre intermittente qui ne cèdent qu'à l'emploi du sulfate de quinine.

Le pronostic d'une affection aussi invétérée est grave, non pas qu'elle menace immédiatement notre malade d'une terminaison fatale, mais parce que celui-ci ne peut pas guérir; en tous cas il ne saurait, en raison de la longue durée de la maladie, se rétablir complètement. Au contraire, et selon toutes probabilités, cet homme ira de jour en jour en s'affaiblissant davantage; mangeant mal, ne réparant pas les pertes subies par l'économie, la dénutrition continuera, et la mort me paraît devoir survenir d'ici à quelques années.

Il n'existe aucun traitement spécifique pour combattre la mélanhémie; mais, comme cette affection est d'origine paludéenne, de temps en temps nous ordonnerons du sulfate de quinine, tandis que nous soumettrons d'une façon permanente notre malade à l'emploi du quinquina; la médication sera ainsi antipériodique et tonique. De plus, il sera bon de lui prescrire des douches froides en jet sur la région splénique; elles sont aussi toniques et reconstituantes. A ce traitement on devra joindre quelques préparations ferrugineuses et surtout une bonne hygiène, une bonne alimentation, de la viande principalement et des légumes verts. Si sa position le lui permettait, cet homme devrait aussi passer ses étés à la campagne, peu travailler, éviter toutes fatigues. Par ces différents moyens, nous aurions chance d'obtenir une amélioration notable et de prolonger sérieusement sa vie, sans pouvoir cependant faire disparaître complètement la faiblesse générale qui le laisserait susceptible de contracter quelque maladie accidentelle, toujours plus grave par suite du peu de résistance offert par sa constitution.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'ÉROSION DES DENTS

CONSIDÉRÉE COMME SIGNE RÉTROSPECTIF DE L'ÉCLAMPSIE INFANTILE (1)

(Syphilis dentaire de MM. Hutchinson et Parrot)

Par M. le docteur E. MAGITOT.

II

Il est maintenant un autre point qu'il importe de déterminer ici : c'est l'*identité de nature* des différentes érosions, quels que soient d'ailleurs leur forme, leur siège et leur étendue.

L'érosion est *une*, et les diversités d'aspect résultent uniquement des variations dans l'époque d'apparition de la cause, dans la durée d'intervention de celle-ci, et dans l'état correspondant du chapeau de dentine au moment de l'invasion des accidents.

C'est ainsi que la variété en *sillon* simple ou multiple s'explique par une ou plusieurs apparitions de la cause productrice. La variété en *nappe* est due à la persistance prolongée de son action, et, quant à la forme spéciale en *coup d'ongle* ou *échancrure* (Hutchinsonnienne de M. Parrot), elle est due à un mécanisme particulier qui est le suivant :

Un trouble de formation du sommet du chapeau de dentine d'une incisive a pour résultat d'amener au dehors, au moment de l'éruption, une couronne dont le bord libre est à la fois aminci, friable et bordé par un bourrelet demi-circulaire qui représente la limite de la lésion. Or, ce bord libre se fracturant dans les premiers temps qui suivent l'éruption, la dent prend par suite l'aspect spécial décrit par M. Hutchinson.

Ces faits étant une fois fixés dans leurs rapports réciproques, et reliés ainsi d'une façon systématique, arrivons de suite au but spécial de cette étude, la recherche étiologique de l'érosion.

Les opinions émises par les auteurs anciens et modernes peuvent se grouper sous trois chefs :

1° L'opinion qui attribue la production de l'érosion aux *affections quelconques de l'enfance*;

2° Celle qui considère l'érosion comme signe constant de *syphilis héréditaire*;

3° La théorie qui rattache l'érosion à l'*éclampsie infantile*.

Nous allons les passer rapidement en revue.

L'explication qui attribue l'érosion aux affections quelconques de la première enfance est celle des auteurs anciens, et l'on peut dire celle de tous les temps. Ambroise Paré la mentionne; de même, après lui, Bunon, Fauchard, etc.; plus récemment, Duval, Oudet.

Aujourd'hui encore, mais dans une certaine mesure, elle est soutenue par Tomes en Angleterre et par Broca en France.

Nous pensons qu'une affirmation aussi générale, qui s'adresse à toutes les maladies de l'enfance, ne saurait se soutenir. Si nous envisageons par exemple une grande classe des affections de la première enfance, les fièvres éruptives, il est aisé de se convaincre, par un nombre illimité de faits, qu'elles n'apparaissent guère dans la première ou la deuxième année, et qu'elles sont

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 septembre 1881.

d'ailleurs impuissantes à produire l'érosion caractéristique, à moins qu'elles ne se compliquent de troubles graves du système nerveux dont nous parlerons plus loin. Il en doit être de même des affections catarrhales ou intestinales qui ne présentent que bien rarement ces deux caractères d'invasion brusque et de perturbation profonde de la nutrition, qui sont les circonstances essentielles du mécanisme de l'érosion. M. Parrot a d'ailleurs développé lui-même ce point de vue, et nous sommes ici tout à fait d'accord avec lui.

Quant aux diathèses héréditaires ou acquises, rachitisme et scrofule par exemple, nous leur avons reconnu depuis longtemps une influence considérable sur l'organisation des dents (1). Mais cette influence, qui par sa permanence même doit porter sur la totalité de l'organe, se traduit par des altérations de forme générale et de structure intime qui n'ont aucun rapport avec l'érosion. Nous savons, il est vrai, que M. Parrot considère la scrofule et le rachitisme comme des manifestations syphilitiques ; mais c'est là une opinion très-personnelle, contre laquelle s'élèvent à la fois le sentiment général des pathologistes et des faits nombreux.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les dents des rachitiques, par exemple, sont petites, atrophiées, difformes même, et frappées de défectuosités générales de structure et de constitution chimique. Nous possédons certaines pièces qu'on serait en droit de classer dans cette catégorie, si nous n'avions retrouvé dans les antécédents des troubles nerveux graves, dont la trace est marquée par l'érosion. De la sorte on reconnaît chez le même sujet le vestige du rachitisme et le témoin de l'éclampsie, c'est-à-dire la preuve de la coexistence des deux affections.

La seconde opinion, celle qui attribue l'érosion dentaire à la syphilis héréditaire, est née en Angleterre d'un travail de M. Hutchinson, publié en 1863 (2), et elle est défendue en France avec une grande autorité par le professeur Parrot (3).

Cette doctrine n'a point encore fait beaucoup de partisans, en France du moins, à l'exception toutefois de M. R. Blache et plus récemment de M. Lannelongue, qui semblent disposés à s'y rallier.

En ce qui concerne M. Hutchinson, son travail est, comme on sait, consacré à l'étude de la kératite interstitielle dans ses rapports avec la syphilis héréditaire, et ce n'est qu'un peu incidemment qu'il mentionne chez les mêmes sujets une forme particulière d'érosion, dont il attribue en réalité la cause à la stomatite qui accompagne le traitement mercuriel.

M. Hutchinson publie ainsi une série de 102 faits de kératite syphilitique, parmi lesquels nous relevons les points suivants :

Dans 63 cas, l'auteur mentionne la coexistence de l'échancrure du bord libre des incisives, mais, chose surprenante, sans signaler l'altération des molaires qui est, comme on sait, constante. Dans 39 cas, les conditions des dents n'ont pas été notées ou ont été trouvées normales.

Sur la question des affections concomitantes on reconnaît dans les observations du mémoire des troubles divers se rattachant à la syphilis, mais aucune mention de la coexistence ou de l'absence de l'éclampsie. Deux sujets seulement sont dits *épileptiques*.

Tels sont les points principaux que nous avons relevés dans le mémoire de M. Hutchinson ; mais il nous semble que les idées de l'auteur se sont notablement modifiées depuis lors, et qu'il est disposé à regarder certaines formes d'érosion comme absolument caractéristiques de syphilis héréditaire.

Pendant notre séjour à Londres, M. Hutchinson a bien voulu nous engager à l'accompagner au *London hospital* où il désirait nous montrer quelques malades affectés des lésions dont il s'agit, concurremment avec la kératite interstitielle et la syphilis héréditaire.

(1) Voir *Traité de la carie dentaire*, 1872, p. 66. — *Traité des anomalies du système dentaire chez les mammifères*, 1877, p. 256.

(2) *A clinical Memoir on certain diseases of the eye and ear, consequent on inherited syphilis.*

(3) *De la Syphilis dentaire*, communication faite au congrès de l'Association française de Reims, 1880. Clinique de l'hospice des Enfants-Assistés. *Gaz. des Hôpit.*, 1881.

Cette visite a été pour nous d'un grand intérêt : elle nous a permis en effet d'observer plusieurs sujets offrant une certaine forme d'altération dentaire, et particulièrement celle que nous avons indiquée comme se rapprochant beaucoup plus des lésions d'ensemble dues aux affections générales et aux diathèses que de l'érosion proprement dite. C'étaient des dents mal conformées, des incisives ayant en quelque sorte l'aspect de moignons difformes, de cônes tronqués, de véritables monstruosités morphologiques.

Or ces sujets portaient d'autre part des traces manifestes de rachitisme ancien ou actuel, de scrofule, de syphilis même, mais ils ne pouvaient fournir sur leur première enfance aucun témoignage au sujet de l'éclampsie. C'étaient des malades de la consultation externe sans parents, sans famille, incapables de donner des renseignements.

Nous n'insisterons pas sur cette discussion, et nous avons hâte d'arriver à M. Parrot, qui formule très-nettement son opinion en donnant à l'érosion des dents le nom de *syphilis dentaire*.

Les arguments de M. Parrot reposent sur la coexistence avec l'érosion dentaire de certaines lésions osseuses du crâne, des mâchoires ou d'un autre point du squelette ; sur des macules cutanées, traces d'ulcérations éteintes ; sur des ostéophytes, et enfin sur le rapport entre le siège de l'érosion et l'âge d'élection des accidents syphilitiques qui évoluent, suivant lui, depuis le sixième mois de la vie fœtale, jusqu'à la quatrième année.

Or voici nos objections à cette théorie :

1° M. Parrot ne nous a fourni jusqu'à présent aucune observation d'érosion caractéristique avec altérations osseuses spécifiques, accidents cutanés indéniables et *en l'absence de toute autre intervention morbide* ; en un mot un diagnostic absolu de syphilis héréditaire. Tout au contraire, M. Parrot, entraîné par l'ardeur de sa conviction, arrive à affirmer *à priori* la syphilis héréditaire sur la seule existence de l'érosion. Une mâchoire d'adolescent, trouvée dans un cimetière gallo-romain, porte deux sillons dentaires superposés ; M. Parrot conclut à la syphilis préhistorique. Un sujet vivant présente la même lésion. Il le déclare syphilitique, bien qu'on ne puisse saisir dans les antécédents aucune manifestation de cette diathèse. Ce sont là des affirmations dont la gravité n'échappera à personne.

2° Nous pourrions apporter un nombre considérable de faits, dans lesquels des sujets notoirement syphilitiques héréditaires ne présentent aucune trace d'érosion. Nous invoquerons à cet égard le témoignage de M. Alfred Fournier, qui, dans une longue pratique,

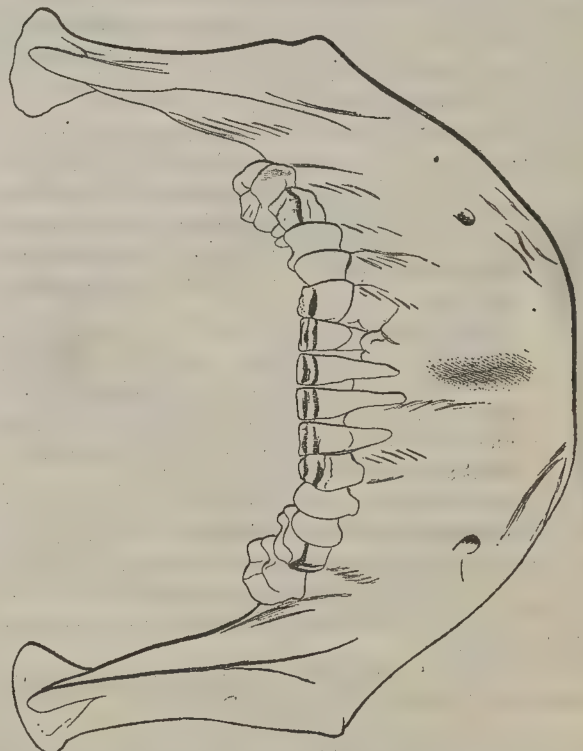


Fig. 1. Mâchoire d'un jeune Franc de l'époque mérovingienne, trouvée dans le cimetière de Brény (Aisne) par M. Moreau (musée de la Société d'anthropologie de Paris). L'érosion a le caractère d'un sillon aux incisives, simple aux canines et aux premières molaires.

n'a jamais saisi cette relation. Mentionnons en outre une observation personnelle que nous avons faite récemment dans les populations kabyles d'Algérie, chez lesquelles la syphilis serait endémique et héréditaire depuis un temps indéfini, tandis que l'érosion des dents est extrêmement rare (1). Enfin des sujets affectés d'érosion très-manifeste ont été trouvés porteurs de chancres indurés, alors que la majorité des syphiliographes se refusent à admettre qu'un sujet affecté héréditairement de syphilis puisse la contracter à nouveau.

3° Un grand nombre de sujets, chez lesquels l'observation la plus minutieuse n'a pu retrouver aucune trace de syphilis infantile, présentent l'érosion à ses divers degrés.

4° M. Parrot affirme l'existence de la syphilis aux temps préhistoriques. Assurément ce n'est pas nous qui nous refuserons à admettre l'ancienneté de la syphilis; mais sur quels faits raisonne M. Parrot? Est-ce sur cette mâchoire gallo-romaine déjà signalée tout à l'heure et dont nous donnons plus haut le dessin? Est-ce sur l'érosion des dents trouvées dans les cavernes de l'époque de la pierre polie ou des dolmens? Elles ont, en effet, les sillons caractéristiques. En voici quelques exemples (fig. 2):

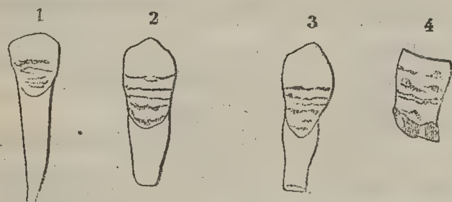


Fig. 2. Quatre dents frappées d'érosions en sillons multiples superposés et trouvées dans les dolmens à crânes trépanés de la Lozère (collection de M. le dr Prunières, de Marvejols).

Mais ces pièces sont muettes sur le fait de la syphilis, et nous serions tout aussi bien fondé à affirmer ici l'existence de l'éclampsie préhistorique. C'était d'ailleurs, comme on sait, l'opinion de Broca, quand il émit cette hypothèse que la trépanation crânienne, qui s'adressait aux enfants de l'âge de la pierre polie, avait pour objectif la guérison des affections convulsives. Or la présence des dents frappées d'érosion trouvées dans les mêmes gisements ne vient-elle pas singulièrement confirmer cette hypothèse?

5° Enfin le dernier argument que nous voulons opposer à M. Parrot, argument péremptoire, c'est l'existence de la lésion qu'il qualifie de syphilitique ailleurs que chez l'homme. Nous possédons, en effet, une mâchoire de bœuf, dont les deux pinces centrales sont frappées d'érosion symétrique.

Nous représentons (fig. 3) l'une de ces incisives qui présente, de la manière la plus manifeste, une érosion en nappe occupant le quart environ de la hauteur de la couronne et formant une dépression annulaire limitée du côté sain par un bourrelet d'émail. Cette érosion est en outre absolument symétrique aux deux dents homologues.



Fig. 3. L'une des pinces centrales d'un bœuf durham âgé de quatre ans.

Nous n'avons point, il est vrai, sur le premier âge de cet animal, aucun renseignement pouvant établir qu'il a été atteint de maladie convulsive ou autre. Nous nous bornons à conclure que cette lésion, qui appartient incontestablement à l'érosion, n'est pas syphilitique, et en ajoutant cependant que des états convulsifs ont été signalés pendant le premier âge chez quelques herbivores, le mouton par exemple. Le cheval ne présente-t-il pas assez souvent aussi des accidents convulsifs? L'enquête serait intéressante.

Tel est l'ensemble d'arguments sous lesquels tombe, suivant nous, la théorie de la *syphilis dentaire*.

(1) Voy. Arnould, *La lèpre kabyle*, Paris, 1862; Leclerc, *Mission médicale en Kabylie;* Rollet, *Maladie de la peau* qu'il convient de rattacher à la syphilis. *Arch. de méd.*, 1861, p. 5.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — Les examens pour les trois licences ès sciences commenceront à la Sorbonne le jeudi 3 novembre 1881. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté des sciences tous les jours, de dix heures du matin à midi, du lundi 10 au jeudi 20 octobre inclusivement.

— M. le docteur Baudouin, médecin principal de première classe, est en tournée dans la régence de Tunis, où il a été chargé de la mission de visiter nos ambulances et nos hôpitaux.

— *Le choléra.* — Nous puisons les renseignements qui suivent dans une intéressante correspondance du journal *le Temps :*

« Le fléau paraît rester stationnaire à Aden. On a ici de bonnes raisons pour craindre que le résident anglais d'Aden ne soit entraîné à des appréciations trop optimistes, par son désir de ne pas arrêter le mouvement commercial d'Aden. On croit même pouvoir affirmer que le conseil international de santé s'est adressé à lord Dufferin pour qu'il use de son influence afin d'obtenir de ce résident des informations détaillées et précises. Un cordon militaire a été installé dans le sud de la province d'Yémen pour arrêter toute communication par terre avec Aden. On a aussi dirigé des troupes sur Djeddah et sur Hodeida pour assurer, au besoin par la force, l'accomplissement des quarantaines et repousser tout pèlerin qui ne tiendrait pas compte de l'interdiction d'entrée. Le conseil de santé ne s'est pas contenté de soumettre à la quarantaine les provenances d'Aden dans tous les ports de l'empire. Il a étendu cette mesure aux provenances de la côte africaine de la mer Rouge, du cap Gardafui jusqu'à Massova. Cette décision est d'autant plus utile que les communications sont constantes entre les ports de Barbera, de Zaïla et de Massova, et ceux d'Aden et de la côte d'Arabie. Le conseil international de santé d'Égypte a d'ailleurs pris une décision identique en frappant de quarantaine les provenances de la côte d'Arabie, et cela par le motif légitime que, le choléra existant à Aden depuis le mois d'août, les centres de l'Arabie ont pu être contaminés.

Mais ces mesures, on ne doit pas se le dissimuler, ne sauraient conjurer le danger qui menace le bassin de la Méditerranée. Dans ces territoires immenses, la surveillance, principalement par la voie de terre, est très-difficile, et on se trouve chaque jour en présence de l'éventualité redoutable de l'invasion du fléau dans les lieux de pèlerinage de l'islamisme. Dans ce cas, c'est l'Égypte qui serait directement en danger par suite de son défaut d'organisation du service des quarantaines.

On a pu constater, lorsque la peste sévissait en Mésopotamie, toutes les imperfections du service sanitaire en Égypte. Il n'y existe pas un seul lazaret sur la côte de la Méditerranée. Quant aux provenances de la mer Rouge, elles sont soumises, en cas d'épidémie, à la quarantaine à El-Thor et aux Sources de Moïse. Mais il n'y a même pas sur ces deux points de lazarets organisés. Les passagers sont débarqués sur une plage sablonneuse; les vivres leur sont fournis par les navires qui les ont apportés, ou, à des prix très-élevés, par des industriels venus d'Égypte. Le service médical est fait assez imparfaitement par des médecins égyptiens. Cette situation fâcheuse provient de ce que le gouvernement égyptien refuse de grever son budget des crédits nécessaires. Pour obvier à ces inconvénients, on a demandé aux puissances européennes une surélévation des tarifs sanitaires que les bâtiments ont à acquitter. Cette demande a été accueillie, mais la perception nouvelle ne commence que cette année, et pour le moment il n'y a pas de fonds disponibles. C'est d'autant plus fâcheux que c'est par l'Égypte que le bassin de la Méditerranée serait probablement contaminé.

Le choléra a éclaté dans le royaume de Siam presque en même temps qu'à Aden. Il n'y avait pas reparu depuis 1873; mais, dès qu'au commencement de l'année 1881 les bambous se couvrirent démesurément de fleurs, il n'y eut pas un indigène qui ne s'attendît à la réapparition du fléau. Cette croyance est répan-

due dans toute l'Inde, même chez les étrangers; mais ceux-ci ayant aussi remarqué que, lorsque les bambous se couvraient entièrement de fleurs, les fruits étaient plus abondants que de coutume, c'est à l'abus de ces fruits qu'ils attribuent les diarrhées et le choléra.

La capitale du royaume, Bankok, est une ville bâtie sur l'eau comme Venise; aussi l'appelle-t-on la Venise de l'Orient. Cela suffit pour qu'il n'y soit pris aucune mesure de propreté. On croit, comme nous avons cru, nous aussi, que le flux et le reflux de la mer suffisent au nettoyage de nos ports et des canaux qui y débouchent. Trop de fleurs de bambous, trop de fruits exquis peuvent peut-être contribuer à l'éclosion des germes cholériques; mais les charognes sans nombre, les effroyables immondices jetées dans le lit de la rivière sur laquelle Bankok repose, n'y sont pas non plus étrangères.

Un steamer anglais, *la Consolation*, a quitté Bankok le 3 juillet, c'est-à-dire en pleine épidémie, avec 400 passagers à destination de Haïnan et Shanghaï. *La Consolation* avait à bord des cholériques dont deux ont été ensevelis à Ko-si-Chon, et d'autres jetés à la mer. Avis de ce départ clandestin a été donné aussitôt à Shanghaï, où une quarantaine sévère attend sans doute à son arrivée l'imprudent bateau.

A la date du 9 juillet, le chiffre des décès à Bankok est évalué à 100 par jour, mais ce chiffre n'a rien de bien authentique dans une ville où il n'est pas fait de constatation officielle des décès ni des naissances. La mort y a déjà frappé 5 Européens, et, dans ce nombre, figure malheureusement M. Ernest Blancheton, consul de France à Siam. Il est mort, le 18 juillet, après dix jours de maladie; l'attaque commença par un accès de fièvre, fut suivie d'une diarrhée qui, du 16 au 18, dégénéra en choléra. M. Blancheton est le troisième consul qui meurt dans ce poste empesté.

On sait que le choléra a fait son apparition à la Mecque; les plus grandes précautions sont prises pour empêcher l'invasion du fléau en Égypte. La commission sanitaire a résolu de suspendre complètement les communications entre les côtes d'Arabie et d'Égypte pour les navires portant les pèlerins. Une stricte quarantaine est établie pour les bâtiments non infectés; les bâtiments atteints sont absolument exclus.

Du 2 au 18 septembre, il y a eu 133 cas de choléra à la Mecque; 102 des personnes atteintes du fléau sont mortes.

La nouvelle de l'apparition du choléra à Reggio, en Calabre, est absolument dénuée de fondement.

En outre, la correspondance télégraphique apporte les nouvelles suivantes :

Alexandrie, le 27 septembre. — La commission sanitaire a reçu une dépêche officielle de Djedda annonçant que le choléra a fait son apparition parmi les pèlerins de la Mecque.

La correspondance télégraphique accuse aussi la présence du choléra à Shanghaï, à Hongkong et autres localités chinoises.

Suez, le 28 septembre. — Le choléra venant de se déclarer à la Mecque, les pèlerinages pour cette ville seront probablement interdits, comme cela s'est déjà fait en 1874 et en 1875.

Par suite de l'apparition du choléra, il a été décidé, à Constantinople, que les provenances d'Égypte seraient soumises à une inspection médicale. Les provenances de la mer Rouge seront soumises à la quarantaine. Les derniers avis d'Aden constatent que, du 2 août au 29 septembre, il y a eu 175 cas de choléra et 141 décès. »

— Une dépêche de Constantinople, en date du 30 septembre, annonce que notre ambassadeur, M. Tissot, a fait, auprès de la Sublime-Porte, des démarches pressantes au sujet de mesures préventives à prendre contre le choléra.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Constant Saison, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui vient de succomber à l'âge de quarante ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Garin, ancien médecin des hôpitaux de Lyon; de M. le docteur Firmin Guy (de Cluse).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11764.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.......... 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux.. .... } 0.44
Chlorure de sodium............
Matières organiques............

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Peptone Defresne

Admise première après concours dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone ; 4 p. 100 Azote. } GARANTIS.
24 p. 100 d'Aliments hydrocarbonés. }

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — DOSE : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux. — Le flac. : 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. DOSE : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr. 50.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

Vichy, eau minérale naturelle

SOURCES : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac ; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :
(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage ; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval,* lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule.

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à l'**Huile de Foie de Morue,**

Formules des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée,* contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contrres, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CREOSOTES. La Blle 5 fr.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouley est monté à la tribune pour répondre aux objections et aux doutes exprimés dans la dernière séance par M. Leblanc relativement à l'efficacité préservative de l'inoculation de la péripneumonie.

Aux faits négatifs ou incertains invoqués par M. Leblanc, M. Bouley a répondu par le maintien de ses propositions fondées sur des faits positifs, nombreux, et qui se répètent annuellement depuis longtemps dans diverses contrées, faits positifs contre lesquels des faits négatifs ne peuvent point prévaloir.

M. Bouley a fait suivre sa réponse à M. Leblanc de la relation succincte d'une nouvelle série d'expériences qui viennent d'être faites récemment et dont les résultats sont confirmatifs de ceux qu'il a déjà présentés dans son précédent exposé.

Cette argumentation, écoutée avec une grande faveur par l'Académie, et un rapport officiel de M. Constantin Paul au nom de la commission des eaux minérales, ont suffi pour remplir cette séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Enchondrome de la première phalange de l'index de la main gauche.

Au n° 15 de notre salle des femmes nous avons un cas d'enchondrome ou chondrome comme on voudra l'appeler, fort intéressant surtout par les dimensions exceptionnelles qu'il affecte. C'est une tumeur assez rare qui n'a pas encore été décrite avec tous ses véritables caractères. Cependant nous avons sur ce sujet un certain nombre de très-bons travaux, notamment ceux de Müller qui lui a donné le nom d'enchondrome, de Lebert, de Dolbeau, de Heurtaux, etc.

Il s'agit ici d'une femme de soixante-deux ans, cuisinière, entrée hier matin dans le service pour un gonflement considérable du doigt indicateur de la main gauche, et dont le point de départ a été la première phalange. Le métacarpien correspondant ne paraît pas atteint, non plus que la seconde phalange du même doigt.

Cette tumeur considérable, — j'insiste sur son volume, — est l'une des plus grosses que l'on ait vues jusqu'à ce jour, du moins d'après les observations rapportées dans les mémoires qui se sont occupés de cette question. Elle mesure en effet 25 centimètres de circonférence dans sa partie la plus volumineuse, et 10 centimètres de hauteur. Elle s'étend en arrière depuis la racine de l'ongle jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne ; en avant la tuméfaction remonte jusqu'à 1 centimètre environ de l'extrémité du doigt et se termine à la paume de la main. Elle n'est pas douloureuse.

Elle a débuté il y a dix ans environ ; très-peu volumineuse au commencement, elle s'est développée lentement jusqu'à il y a trois ou quatre ans ; mais à partir de cette époque elle a augmenté beaucoup plus rapidement.

Après avoir consulté d'abord des chirurgiens sérieux, qui lui avaient conseillé de se faire opérer, ce à quoi elle s'était toujours refusée jusqu'à ce jour, cette malade s'est mise entre les mains de charlatans, qui ont essayé toutes sortes de traitements plus ou moins empiriques pour finir par des cautérisations absolument inutiles.

Les caractères physiques de cette tumeur sont d'être volumineuse, arrondie ou mieux oblongue, un peu bosselée, sans changement de couleur de la peau ; celle-ci est amincie, ulcérée près de la paume de la main, mais non adhérente. La tumeur est dure et élastique dans sa plus grande étendue, un peu moins en quelques points, et présente même dans quelques autres une mollesse presque fluctuante.

Cependant je n'irai pas jusqu'à dire que cette fluctuation tient à l'existence d'un liquide dans son intérieur, tant qu'une ponction exploratrice ne me l'aura pas complètement démontré. En un mot elle est d'une consistance variable selon les points que l'on explore.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils sont presque nuls, et nous ne constatons guère qu'une impotence absolue du doigt indicateur, et une certaine gêne dans les mouvements de la main par suite du volume de la tumeur. Enfin pas de douleur et évolution lente.

Ce ne saurait être une ostéite simple ou fongueuse, ni une ostéo-myélite, un spina ventosa, selon la vieille expression d'autrefois, d'abord parce que celles-ci sont des maladies de l'enfance, ensuite parce qu'elles ne produisent jamais une tuméfaction aussi considérable, sans entraîner une suppuration plus ou moins grande. Je sais bien, comme

je vous l'ai fait remarquer, que la tumeur est ulcérée à la partie inférieure ; mais cette ulcération n'est pas la conséquence d'un abcès, elle est le résultat d'applications caustiques, très-probablement d'une pâte au chlorure de zinc.

Aurions-nous affaire à une collection liquide enkystée, dont les parois épaissies nous expliqueraient la consistance dure en certains points? Non, je ne connais pas de kyste des phalanges qui puisse atteindre des proportions aussi grandes que celles que nous observons ici ; de plus, les kystes séreux des os ne se rencontrent généralement pas sur les phalanges, sur les petits os. Les kystes que l'on a trouvés sur les phalanges sont des kystes hydatiques dont le volume n'est jamais aussi considérable.

Ces différentes affections des os éliminées, il nous reste à nous prononcer entre un ostéo-sarcome et un enchondrome, affections à peu près confondues autrefois, avant le travail de Müller.

Serait-ce alors un cancer de la première phalange, analogue au cancer des autres os, c'est-à-dire une affection, dont la tendance est d'augmenter constamment, de s'ulcérer à un moment donné, et de récidiver après l'ablation?

Entre l'ostéosarcome et l'enchondrome, s'il existe des différences marquées, il y a aussi certaines analogies, telles qu'un accroissement continu de la tumeur, telles que l'une ou l'autre ne disparaissent jamais sous un traitement médical par l'iodure de potassium ou autre, telles aussi qu'elles n'aboutissent jamais à une nécrose des os. Quant à leurs différences, l'ostéosarcome affecte une marche rapide, tandis que l'enchondrome a une évolution lente durant un certain nombre d'années; l'ostéosarcome, ou cancer des os, se reproduit fréquemment dans les viscères, tandis que la généralisation viscérale de l'enchondrome, quand elle a lieu, est beaucoup plus rare. En résumé, l'on peut dire que l'ostéosarcome est une affection beaucoup plus maligne et récidivante que l'enchondrome.

Du reste, si je cherche à me rappeler les différents cas d'enchondrome des phalanges que je connaisse par moi-même ou par les auteurs, je n'en trouve aucun qui ait été suivi de généralisation viscérale. Les seuls que je sache qui aient été suivis de semblables accidents sont des enchondromes des gros os, l'un du tibia, l'autre de l'humérus. L'ostéosarcome des phalanges, au contraire, est une affection autrement grave qui récidive non-seulement sur place, mais encore au loin.

La distinction entre ces deux affections est d'autant plus importante que l'enchondrome est plus fréquent sur les phalanges et les métacarpiens que sur les autres os et que sa généralisation est beaucoup plus rare ici que lorsqu'il se développe sur les autres pièces du squelette. Pour moi, je le répète, je n'en connais pas d'exemple.

Je crois donc pouvoir diagnostiquer chez notre malade un enchondrome de la première phalange du doigt indicateur de la main gauche, d'abord par l'évolution extrêmement lente de la tumeur, qui a mis dix ans à acquérir le volume qu'elle présente aujourd'hui; secondement par son indolence absolue ; troisièmement par cela aussi que l'enchondrome est plus fréquent sur les petits os, comme les phalanges ou les métacarpiens, que l'ostéosarcome véritable.

Le seul fait qui aurait pu me faire hésiter dans le diagnostic serait la mollesse quasi fluctuante que j'ai constatée en quelques points, les enchondromes étant des tumeurs cartilagineuses, c'est-à-dire dures et élastiques. Mais, si cette consistance est vraie pour le cartilage normal, il n'en est pas tout à fait de même pour les productions cartilagineuses morbides, dans lesquelles la substance fondamentale n'est plus celle du cartilage ordinaire, mais peut être plus ou moins molle, quelquefois même presque liquide et formant alors de petites collections.

Quant au traitement, nous n'en avons pas d'autre que de pratiquer l'amputation du doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne si le métacarpien est sain, ou dans la continuité de cet os s'il est atteint par l'enchondrome.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Goutte et rhumatisme.

Le malade couché au n° 2 de la salle Saint-Luc est entré vendredi pour une nouvelle atteinte de douleurs articulaires généralisées. C'est un homme de quarante-six ans, tailleur d'habits, dont le père était goutteux, ainsi que deux de ses tantes.

Soldat en 1862, il commit l'imprudence, ayant très-chaud, à la suite d'une marche militaire, de tremper ses pieds dans l'eau froide d'un abreuvoir, imprudence d'autant plus grande qu'il transpirait en tout temps beaucoup des pieds. Peu de jours après, il eut sa première crise rhumatismale; celle-ci débuta par le gros orteil du pied gauche, qui devint très-douloureux, rouge et tuméfié. La douleur resta ainsi localisée et ne s'accompagna que d'une fièvre des plus légères. Puis, quelque temps après, le gros orteil du pied droit fut pris à son tour, puis les genoux devinrent également douloureux, mais sans tuméfaction ; non-seulement la marche fut impossible, mais cet homme dut garder le lit ou la chambre pendant trois mois.

La seconde crise survint au bout de deux ans, sans cause appréciable, au printemps comme la première fois, débutant aussi par le gros orteil gauche, pour envahir successivement la même articulation du côté droit, et les genoux. Elle dura aussi plusieurs mois, s'accompagnant d'une fièvre légère. L'année d'après, troisième atteinte, dans les mêmes conditions de début et d'évolution, avec cette différence que les douleurs envahirent aussi les hanches et le pouce des deux mains qui devinrent rouges et gonflés. Six autres accès ont eu lieu depuis cette époque, se présentant chaque fois avec les mêmes caractères d'apparition et de développement.

Enfin, il y a trois jours, la maladie a débuté comme d'habitude, pour se localiser principalement dans le genou gauche qui s'est tuméfié. Du reste, point de fièvre, poumons et cœur sains. Nous avons donc là une arthrite polyarticulaire, à répétitions, ressemblant assez à la goutte et au rhumatisme.

En effet, de la goutte il présente ce caractère que chaque crise a débuté par l'articulation métacarpo-phalangienne de l'un des deux gros orteils, les autres articulations du squelette n'étant prises que consécutivement. De plus, nous devons nous rappeler que plusieurs membres de sa famille sont goutteux, notamment son père. Notre homme serait-il donc atteint de la goutte? Cependant les gros orteils ne présentent aucune déformation notable, nulle apparence de tophus comme dans cette affection. Le pouce de chaque main, par contre, est déformé par des saillies qui sont le résultat de la tuméfaction de la tête de la phalange et non par des incrustations ou un épaisissement des ligaments.

Si donc d'une part nous trouvons ici certains caractères

de la goutte, d'autre part nous observons aussi ceux du rhumatisme noueux. La question est délicate à décider, et les relations entre la goutte et le rhumatisme ne sont pas encore suffisamment établies, bien que nous ne soyons plus, heureusement, à l'époque où sous le nom de podagres on englobait encore des malades atteints d'autres affections articulaires.

Depuis les beaux travaux de M. Bouillaud, on sait que le rhumatisme est parfaitement distinct de la goutte par un certain nombre de caractères qui lui sont propres, ainsi que par les complications viscérales qui peuvent l'accompagner. Néanmoins quelques auteurs récents ont englobé les deux maladies sous une seule et même dénomination : l'arthritisme.

Pour établir leurs analogies et leurs différences, il faut prendre des cas réellement types, c'est-à-dire, pour l'affection rhumatismale, le rhumatisme articulaire aigu, et, pour la maladie goutteuse, la goutte aiguë et franche.

Les caractères communs aux deux maladies sont une fluxion rapide, de la chaleur, de la rougeur, une douleur intense, un épanchement liquide, une déformation, des métastases viscérales, ainsi qu'une grande tendance à des récidives plus ou moins fréquentes.

Les caractères différentiels sont : 1° pour la goutte : maladie de l'âge mûr, rare dans la jeunesse, plus rare encore dans l'enfance, maladie des gens qui se nourrissent bien, d'une alimentation plantureuse, de boissons fermentées, et dont la vie est entachée d'insuffisance notable de l'activité musculaire ; début par le gros orteil, tuméfaction, rougeur, douleur intense sans rapports avec une fièvre très-modérée. Durée de la première attaque, 8 à 10 jours, urate de soude en quantité exagérée dans le sang, œdème persistant pendant quelques jours autour de l'articulation malade, remplacé ensuite par du prurit et une sorte de desquamation périarticulaire, rétablissement des mouvements, nulle trace *apparente* de la maladie, incrustation d'urate des cartilages articulaires.

2° Rhumatisme articulaire aigu : commence rarement par les petites articulations, débute le plus souvent par les articulations tibio-tarsiennes, gagne les genoux, puis les membres supérieurs, pour se terminer par les épaules. Affection des travailleurs, des sujets lymphatiques, épuisés, privés souvent d'une alimentation suffisante, exposés au froid, à l'humidité ; pouvant débuter sous l'influence d'un coup de froid ou d'un traumatisme. Tuméfaction au niveau de l'articulation, rougeur et chaleur médiocres, douleur peu intense surtout au repos, fièvre très-vive, durée des accidents trois semaines au moins, après quoi tout rentre dans l'ordre normal sans prurit ni desquamation périarticulaire.

De plus, tandis que la goutte récidive périodiquement à des époques déterminées, soit une ou deux fois par an, soit tous les deux ans, etc., le rhumatisme, au contraire, n'affecte aucune périodicité, et revient sous une influence occasionnelle quelconque, refroidissement ou traumatisme.

Tout ce que nous venons de dire s'applique au rhumatisme articulaire aigu et à la goutte aiguë. Mais à côté de l'état aigu nous avons l'état chronique. C'est ainsi que dans la goutte chronique les déformations articulaires par tophus augmentent, surtout à la main, beaucoup plus qu'au pied, comme si, en vieillissant, la maladie se déplaçait et montait. Le rhumatisme chronique présente aussi, lorsqu'il s'est fixé sur les petites articulations, certaines déformations persistantes, auxquelles on a donné le nom de rhumatisme noueux et qui sont le résultat d'une augmentation de volume de ces extrémités osseuses.

Quant à la question d'hérédité, les opinions sont assez différentes. Il est certain que, si on la cherche dans les familles dont on peut connaître plusieurs générations, on trouvera la goutte commune dans la partie masculine, tandis qu'elle est rare dans la partie féminine. Les femmes cependant n'y échappent pas, et chez elles il semble que la maladie se manifeste d'une autre façon : soit sous la forme du rhumatisme noueux sans dépôt d'urates, soit sous celle de troubles nerveux particuliers, de migraine, de dyspepsie, d'hémorrhoïdes. Ceci nous conduit à nous demander quel rôle joue ainsi l'acide urique dans la pathogénie de la goutte. Lorsque l'on vient à examiner le sang d'un goutteux, on y trouve des urates de même que dans la sérosité à laquelle donnerait lieu, chez lui, l'application d'un vésicatoire. Dans le rhumatisme, au contraire, on ne trouve rien de semblable. On a donc conclu que la goutte était caractérisée par la présence d'urates dans le sang. Mais, si les urates sont la caractéristique de cette affection, en sont-ils la cause efficiente, et suffira-t-il d'accumuler de l'acide urique dans le sang d'un individu pour déterminer la goutte? Le fait serait difficile à prouver. Cette accumulation pathologique dans le sang est-elle le résultat d'un excès de production ou d'élimination? Le fait, que la goutte se montre chez des individus qui se nourrissent bien et dépensent peu, permettrait de supposer une combustion insuffisante des matériaux charriés par le sang, laissant ainsi un excès d'urée. S'il y a là quelque chose de vrai, cela ne suffit point à expliquer tous les cas, d'abord parce qu'on ne trouve pas toujours une production exagérée d'urée ; cette augmentation n'est le plus souvent que relative, la quantité d'urine rendue dans les 24 heures étant diminuée.

Cette disposition au dépôt des urates se trouve dans l'économie elle-même, car vous rencontrez beaucoup d'individus qui se nourrissent très-bien, plantureusement même, et qui n'ont jamais eu la goutte. Il faut donc quelque chose de particulier, une disposition spéciale acquise par hérédité. Celle-ci en effet a une grosse part dans la maladie, car il est des sujets tellement prédisposés à devenir goutteux que, malgré tous les soins apportés dans le choix de leur alimentation, malgré les fatigues et les dépenses d'une vie active, ils n'échappent pas à la maladie, ou, s'ils échappent à la goutte proprement dite, ce n'est que pour être atteints à un moment donné par l'une des formes diverses, hémorrhoïdes ou autre, sous lesquelles elle peut se manifester.

La présence des urates dans le sang ne suffit donc pas à expliquer le développement de la goutte, mais il faut encore une certaine prédisposition que nous apportons en naissant.

Pour le rhumatisme il n'en est pas ainsi ; pour lui il faut quelque cause occasionnelle. Cependant, de même que, pour la goutte, toutes les précautions peuvent rester parfaitement inutiles, de même certaines formes du rhumatisme, notamment le rhumatisme noueux, peuvent survenir chez des individus vivant dans les meilleures conditions d'hygiène, et principalement chez la femme. Il y a donc de part et d'autre une question d'hérédité. M. Gueneau de Mussy pense que l'on hérite de la diathèse arthritique, laquelle favorise le développement du rhumatisme sous la moindre influence, tandis que la goutte se déclarera seule en dehors de toute influence. Je crois devoir faire une exception pour le rhumatisme chronique, qui peut apparaître sans que l'on n'ait rien fait pour cela.

Ceci dit, si nous revenons au malade qui fait le sujet de cette leçon, nous dirons qu'il est rhumatisant, héréditaire de goutteux, avec des lésions rhumatismales, et qu'il présente ce fait remarquable que la maladie revêt une forme exceptionnelle comme évolution, qu'elle débute, en effet, constamment par les gros orteils, suivant constamment aussi la même marche ascendante dans chacune des crises, et tendant enfin à se localiser aux extrémités inférieures comme la goutte.

Cependant je ne donnerai pas à cette forme du rhumatisme le nom de rhumatisme goutteux, ni celui de rhumatisme noueux; je dirai seulement que notre malade est atteint d'un rhumatisme articulaire récidivant, né sous l'influence de prédispositions goutteuses.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Synovite tendineuse.

La thérapeutique chirurgicale est aujourd'hui dans une période de transformation complète, et nous fait assister à une révolution véritable telle que l'on ne saurait comparer les résultats opératoires d'autrefois à ceux que l'on obtient maintenant, grâce aux nouvelles méthodes qui ont été introduites. Des opérations jadis réputées comme dangereuses se font aujourd'hui couramment et donnent lieu aux suites les plus simples.

Si en France nous marchons peut-être un peu plus lentement que l'Allemagne, par exemple, dans cette voie du progrès, nous marchons néanmoins du même pas que l'Angleterre. J'ai visité naguère les hôpitaux de Londres, et je n'ai pas été peu surpris de voir que, dans quelques-uns d'entre eux, la méthode de Lister n'était pas encore appliquée, méthode dont je suis un des grands partisans.

Aujourd'hui, non-seulement on s'occupe des blessures, mais on ne néglige plus le blessé, comme autrefois certains chirurgiens qui se contentaient d'opérer, laissant à d'autres les soins du pansement. C'est à M. Verneuil que nous devons surtout de songer davantage à l'état général de nos blessés et de nos opérés, que nous devons de ne plus nous borner aux manœuvres de la médecine opératoire, mais de nous appliquer encore à soigner nos malades par une thérapeutique judicieuse appropriée aux modifications subies par l'économie à leur état diathésique, etc.

Au mois de mars dernier, un homme de cinquante-sept ans, exerçant le métier de postillon, entrait dans le service pour une synovite tendineuse occupant les faces dorsale et palmaire de l'avant-bras, affection qui entraînait autrefois la mort dans la majorité des cas, à la suite de l'intervention chirurgicale qui lui était appliquée, et dont l'opération est aujourd'hui des plus simples grâce à la méthode antiseptique.

Cet homme, fort, robuste, était malade depuis six ans, et la lésion avait débuté par la face antérieure du pouce de la main gauche. Après avoir augmenté peu à peu de volume, la tumeur avait disparu il y a dix-huit mois environ, pour gagner la paume de la main et l'avant-bras et former en cet endroit deux tuméfactions, l'une dorsale, l'autre antérieure, tuméfaction bilobée en avant et en arrière. La peau était mobile, sans aucune altération ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané.

La palpation dénotait une fluctuation très-nette en avant et en arrière. La pression donnait lieu à un bruit de crépitation parfaitement net aussi, constant et continu pendant toute la durée de cette pression. Nous étions donc en présence d'une synovite tendineuse chronique à grains riziformes, à évolution lente, surtout pendant les quatre premières années, et ne s'accompagnant guère que d'une gêne dans les mouvements des doigts et du poignet, sans douleurs bien vives.

Un point intéressant à noter, comme nous démontrant parfaitement l'altération particulière des tendons dans cette maladie, et sur lequel on n'a pas encore insisté, c'était la perte des mouvements du pouce, par suite de la destruction du tendon fléchisseur. C'est dans le pouce que la maladie a débuté il y a six ans.

Quant à la nature de cette affection, elle ne pouvait être confondue avec un lipôme, qui ne présente jamais ce phénomène de crépitation absolument caractéristique de la synovite tendineuse à grains riziformes.

Avant la méthode antiseptique, si dans ce genre d'affections l'on n'intervenait pas chirurgicalement, le mal faisait des progrès, les mouvements devenaient de plus en plus gênés, les tendons s'atrophiaient dans leur gaine jusqu'à destruction complète, entraînant par suite la perte absolue des mouvements. Intervenait-on, au contraire? alors plusieurs terminaisons pouvaient avoir lieu : ou bien l'opération réussissait, et le mal était sujet à récidive; ou bien la suppuration, suite de l'opération, tarissait, et la synovite guérissait avec adhérence des tendons à leur gaine, rétraction plus ou moins prononcée des doigts et impotence; ou bien encore la suppuration s'étendait à toutes les gaines des tendons, à la paume de la main, à l'avant-bras, au bras, développant des phlegmons diffus qui nécessitaient l'amputation du bras. Enfin cette suppuration pouvait s'étendre davantage encore, donner lieu à l'infection purulente et se terminer par la mort. Cette fin survenait dans plus de la moitié des cas, à tel point qu'un certain nombre de chirurgiens finissaient par renoncer à intervenir en pareils cas, considérant ces synovites comme des *noli me tangere*.

Aussi, en prévision d'un semblable dénouement, en était-on arrivé à un traitement plus palliatif que curatif, à chercher à obtenir la résorption du liquide et de ses grains épanchés par des vésicatoires, des badigeonnages à la teinture d'iode.

On a essayé aussi les ponctions simples, mais elles ne donnaient qu'un très-maigre résultat, le contenu du sac étant presque exclusivement composé d'une grande quantité de petits grains qui ne pouvaient sortir par la canule du trocart.

Quant au traitement curatif, il se composait de ponctions et d'injections iodées, auxquelles je ferai la même objection que tout à l'heure, d'inutilité ou de danger. On a aussi proposé le drainage après l'incision à chacune des extrémités de la tumeur pour oblitérer la poche par suppuration. L'incision simple elle-même était tout aussi dangereuse. On recommanda alors l'extirpation, sinon entière, au moins partielle, de la tumeur. Mêmes résultats.

Cependant, ayant fait avec succès, grâce au pansement de Lister, plusieurs arthrotomies pour différentes affections, j'ai décidé d'agir de même dans le cas présent, et je suis intervenu en ouvrant largement la tumeur de la région dorsale de l'avant-bras. C'est le 26 mars dernier que, après avoir fait l'anesthésie locale par les pulvérisations éthérées, j'ai incisé la peau, le tissu cellulaire légèrement infiltré, puis la gaine des tendons, dure et épaisse de 2 millimètres, et

j'ai donné issue à un flot de grains riziformes plus ou moins agglutinés par un liquide rare, visqueux, jaunâtre et transparent. Après avoir complètement vidé la poche, j'ai aperçu sur sa face interne, lisse, régulière et très-vasculaire, quelques petits kystes appendus par un petit pédicule; en un point même il existait une petite houppe de végétations. J'ai enlevé le tout avec la pince et les ciseaux. L'un des tendons avait ses faisceaux dissociés et séparés entre eux par des grains riziformes. J'ai lavé ensuite à trois reprises successives l'intérieur de la tumeur avec une solution phéniquée au 20e. Ceci fait, j'ai pratiqué la même opération sur la face palmaire; mêmes résultats, mêmes houppes et végétations pédiculées, mêmes grains riziformes.

Cette double opération a été rapidement faite sous la pulvérisation phéniquée, et s'est terminée par un drain très-court et large placé dans chacune des cavités ouvertes, et par le pansement de Lister recouvert d'une couche de ouate appliquée de façon à produire une bonne compression élastique et à maintenir une température égale. Le premier jour, l'un des drains, un peu étroit, s'est trouvé obturé par un caillot; aussi dès le lendemain matin constations-nous une fièvre assez intense, 39°,2, des douleurs très-vives dans tout le membre supérieur gauche, de l'agitation, etc. Le pansement a été immédiatement enlevé et le drain de la face antérieure changé, puis, après avoir lavé de nouveau les plaies avec la solution phéniquée au 20e, j'ai refait le pansement de Lister et ordonné 50 centigrammes de sulfate de quinine et 25 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain, 28 mars, tous les accidents avaient disparu; température 38°, la plaie avait un très-bon aspect; je continuai le sulfate de quinine. — 29 mars, 37°,6, enlèvement du drain dorsal, 25 grammes d'huile de ricin. — 31 mars, pansement et enlèvement du drain palmaire, compression maintenue; le malade se promène. Enfin, le 12 avril, cicatrisation complète, mouvements des doigts déjà plus libres. La compression ouatée est continuée. Guérison.

Ici une question se présente : la maladie récidivera-t-elle? J'espère que non, bien qu'il ne me soit pas possible de l'affirmer.

Les synovites tendineuses sont des inflammations de la gaine synoviale des tendons, et non pas, comme quelques-uns l'ont prétendu à tort, des tumeurs kystiques. Trois choses sont à considérer dans l'anatomie pathologique de cette affection : la gaine, son contenu et le tendon. La gaine est toujours épaissie, plus ou moins régulière, présentant soit des tractus épais qui limiteraient des alvéoles superficielles, soit de petites végétations comme des polypes, soit une surface lisse et régulière, soit enfin une surface grenue recouverte d'exsudats fibrineux sans végétations.

Les tendons ont été peu étudiés; dans les deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer, ils m'ont paru atrophiés ou détruits; tel est celui du pouce chez le malade que nous avons récemment opéré.

Quant au contenu de la synovite tendineuse, ce sont de petits grains qui, pour les uns, comme Dupuytren, étaient des corps hydatiques; cette opinion n'a pas tenu longtemps. Pour Velpeau, le point de départ de ces grains était un exsudat fibrineux à la face interne de la synoviale des tendons, se développant comme les corps étrangers articulaires. Enfin Virchow a dit qu'ils n'étaient que de petites végétations de la gaine synoviale.

Dans le premier des deux faits que j'ai pu étudier, la cavité était tapissée par un exsudat fibrineux, concret, adhérent, s'enlevant par feuillets stratifiés; elle contenait des grains de formes variées, *sans aucune végétation* ou excroissance. J'ai pu suivre le mode de formation de ces grains, depuis le simple feuillet exsudé jusqu'au feuillet détaché et tombé dans la cavité ou détaché et roulé sur lui-même par les mouvements mêmes des tendons, tandis que d'autres avaient la forme du grain de riz plus ou moins volumineux. Ce fait confirmerait donc l'opinion de Velpeau.

D'autre part, chez notre malade actuel, nous avons trouvé non plus un exsudat fibrineux, mais des végétations, des excroissances accompagnant les grains riziformes et qui semblent donner raison à la théorie de Virchow.

Nous aurions donc dans ces deux observations deux faits différents. Mais l'examen histologique nous a montré l'absence de tout tissu conjonctif; il nous a fait voir une substance homogène, amorphe, se fragmentant par places, s'écrasant par la pression. L'analyse chimique a démontré également qu'il ne s'agissait pas là de tissu conjonctif.

Virchow lui-même, dans la description qu'il en donne, parle de dépôt fibrineux au niveau des franges synoviales et semble mettre en doute l'existence dans ce cas de tissu conjonctif.

Quoi qu'il en soit, ces deux faits sont intéressants; le dernier l'est doublement, car c'est la première fois que l'on opère, en France, une synovite tendineuse à grains riziformes, comme je l'ai fait, en ouvrant largement les tumeurs et en employant la méthode de Lister. Cela nous a permis de rendre des plus simples dans ses suites une opération considérée jusqu'à ce jour comme extrêmement dangereuse par les accidents qu'elle entraînait le plus souvent après elle.

PHYSIOLOGIE

Sur le pouvoir rotatoire des substances albuminoïdes du sérum sanguin et leur dosage par circumpolarisation (1).

Par M. L. Fredericq.

Les chiffres obtenus jusqu'ici par les différents expérimentateurs dans la détermination du pouvoir rotatoire spécifique de l'albumine du sérum sanguin offrent assez peu de concordance (— 49° à — 50° Heynsius, — 56° Hoppe-Seyler, — 56° et — 62° Haas, — 60° Béchamp). De là sans doute le succès médiocre de la méthode imaginée par Hoppe-Seyler, et qui consiste à doser cette substance par circumpolarisation.

Ces différences, comprises entre — 49° et — 62°, s'expliquent en partie par les erreurs d'observation, qui étaient considérables avec les anciens instruments, et surtout par ce fait que les deux substances albuminoïdes qui existent en quantité notable dans le sérum sanguin, *l'albumine* proprement dite (*sérine* de Denis) et la *paraglobuline* (*fibrine dissoute* de Denis), possèdent des pouvoirs rotatoires assez différents, et qu'en outre l'*albumine proprement dite* n'est pas identique chez les différentes espèces animales.

En opérant avec les instruments les plus perfectionnés (*polaristrobomètre* de Wild et surtout le *polarimètre Laurent*), j'ai pu déterminer avec une assez grande exactitude les pouvoirs rotatoires de ces substances chez le chien, le lapin, le bœuf et le cheval.

La *paraglobuline* extraite du sérum sanguin par saturation à l'aide de $MgSo^4$ (méthode de Denis et d'Hammarsten), et purifiée par plusieurs dissolutions et reprécipitations successives, présente un pouvoir rotatoire de — 47°,8 pour le sang du chien, du lapin, du bœuf et du cheval.

Le pouvoir rotatoire de l'*albumine* ou *sérine* est de — 57°,3 chez

(1) Académie des sciences, séance du 12 septembre 1881.

le bœuf, le lapin et le cheval. Fait des plus remarquables, l'albumine du sang de chien est optiquement différente : son pouvoir rotatoire est seulement de — 44° environ.

Voici comment je propose de modifier pour le sérum sanguin le procédé de Hoppe-Seyler à l'aide de ces données :

On commencera par mesurer à l'aide du polarimètre Laurent le degré de rotation que le sérum (examiné dans le tube de $0^m,10$, ou de $0^m,05$ s'il est trop coloré) imprime au plan de la lumière polarisée. Le nombre obtenu ainsi exprime la somme de rotation produite par la *paraglobuline* et de celle produite par l'*albumine*. Une seconde opération a pour but de déterminer la part qui revient à la *paraglobuline* dans cette rotation. A cet effet, on précipite la *paraglobuline* par $MgSO^4$ dans un volume déterminé de sérum ; on la redissout dans un égal volume d'eau et on examine le liquide obtenu dans le tube de $0^m,10$. On obtient ainsi la rotation due à la *paraglobuline*. Il suffit de soustraire ce nombre du premier pour avoir la part qui revient à l'*albumine*. Chacun de ces nombres, divisé par celui qui représente le pouvoir spécifique de la substance à laquelle il se rapporte (— 47°,8 pour la *paraglobuline* ; 57°, 3 pour l'*albumine* chez le cheval, le bœuf et le lapin ; — 44° pour l'albumine chez le chien), indique la quantité de substance contenue dans 1 gramme. On obtient ainsi le poids de la *paraglobuline* et celui de l'*albumine* ; leur somme représente le poids des matières albuminoïdes contenues dans 100cc de sérum.

Les exemples suivants montrent la concordance que présentent les nombres obtenus par cette méthode avec les résultats du dosage beaucoup plus long par l'alcool et la pesée du coagulum.

Dosages comparatifs des substances albuminoïdes du sérum par circumpolarisation et par pesée (coagulum alcoolique).

Sérum de	Rotation		Paraglobuline. — Différence due à l'albumine.	D'où paraglobuline.	D'où albumine.	Somme des albuminoïdes	
	tube de $0^m,10$	due à la paraglobuline.				par circumpolarisation.	par l'alcool.
	o	o	o	gr.	gr.	gr.	gr.
Bœuf..	3,87	1,83	2,04	3,579	3,828	7,407	7,427
Lapin .	3,02	0,60	2,42	1,255	4,223	5,478	5,35
Chien .	2,60	1,00	1,60	2,09	3,63	5,71	5,833

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Fiessinger (de Thaon) qui adresse pour le concours du prix Godard un mémoire sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (Commiss. du prix Godard) ;

2° Un travail de M. le docteur Demons (de Bordeaux) sur une modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne dans certains cas de fractures compliquées du cou-de-pied (Comm. M. Polaillon) ;

3° Une note de M. Monthus, pharmacien à Paris, relative à un traitement préservatif de la fièvre jaune (Comm. des remèdes secrets et nouveaux) ;

4° Un mémoire de M. Duquesnel, pharmacien, sur l'hyoscyamine cristallisée ;

5° Une lettre informant l'Académie que M. le docteur Mattei décédé en février dernier, a manifesté à ses derniers moments le désir que l'on fît don à l'Académie de médecine de tous les ouvrages de sa bibliothèque qui traitent de questions médicales. Mme veuve Mattei tient dès maintenant ces ouvrages à la disposition de l'Académie, si elle croit devoir accepter ce don.

RAPPORT

M. CONSTANTIN PAUL, au nom de la commission des eaux minérales, fait un rapport officiel sur une demande de concession dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

DISCUSSION SUR L'INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE.

M. BOULEY répond aux objections que M. Leblanc a faites dans la dernière séance à l'inoculation de la péripneumonie des bêtes à cornes.

M. Leblanc, dit-il, s'est inscrit contre mes conclusions sur l'efficacité de l'inoculation. Les causes de ses doutes sont des faits négatifs. C'est l'éternelle question ; un fait négatif ne saurait prouver contre un fait positif qui est l'expression d'une vérité démontrée. Si, à côté de ce fait, un autre se produit qui n'est pas en rapport avec lui, cela prouve que les conditions dans lesquelles il a été produit ne sont pas identiques à celles où le premier a été déterminé. Les faits ne peuvent pas être contradictoires.

Sans méconnaître l'importance, au point de vue pratique, des faits négatifs invoqués par M. Leblanc, M. Bouley dit que scientifiquement la question de l'immunité donnée par l'inoculation caudale de la péripneumonie est jugée. Il rappelle les expériences qui l'établissent ; il invoque, à l'appui de cette vérité, l'énergie de virus de la péripneumonie, les résultats mortels de l'inoculation ailleurs qu'à la queue ; les expériences nombreuses de M. Willems, celles de M. Sanderson, médecin anglais, qui a obtenu l'immunité par l'injection du virus péripneumonique dans les veines, etc., etc. Scientifiquement la preuve est donc faite.

Il n'en est pas moins vrai que dans la pratique l'inoculation se montre parfois infidèle. Que faut-il en inférer ? C'est que les animaux qu'on a inoculés n'ont pas été inoculés en réalité, soit que le liquide inoculé ne fût pas virulent, comme M. Pasteur l'a démontré dans ses expériences sur les terres charbonneuses, soit que la densité des tissus, l'hémorrhagie consécutive aient mis obstacle à l'absorption, soit enfin autre chose à déterminer.

Du moment que la preuve scientifique est faite, si dans la pratique les résultats sont différents, cela dépend de la différence des conditions dans lesquelles les expériences sont faites.

S'il y a des faits négatifs, il y en a de positifs en bien plus grand nombre. Des témoignages en faveur de l'efficacité de l'inoculation viennent de toutes les parties du monde. M. Bouley invoque ici la pratique nouvelle en Australie, en Hollande, en Angleterre, en France même où on l'a proposé, comme en Hollande, de la rendre obligatoire par une loi.

M. Leblanc regrette que le parlement ait donné une sanction légale à cette pratique ; il craint les pertes qu'elle doit entraîner pour le trésor. M. Bouley démontre par des faits que cette crainte n'est pas fondée, et qu'au contraire l'application de cette mesure a été très-avantageuse. M. Bouley pourrait accumuler les faits en faveur de l'inoculation ; il se contente de communiquer quelques documents importants qui lui ont été fournis par des vétérinaires ou des cultivateurs.

L'un des arguments invoqués par M. Leblanc est que l'inoculation ne donne pas lieu à la péripneumonie. Il y a là une question générale que l'orateur ne veut pas traiter à fond ; ce qui constitue la maladie contagieuse, ce n'est pas la lésion anatomique, c'est son élément essentiel, le virus, le ferment, le microbe de la contagion. L'inoculation donne la maladie sans la lésion anatomique. Peut-être, dans la péripneumonie, la lésion est-elle le signe de la voie parcourue par l'agent de la contagion pour infecter l'organisme.

M. Leblanc prétend que la maladie n'est pas infectieuse ; M. Bouley soutient l'opinion contraire, et cherche à le démontrer par des expériences de M. Chauveau, qui a produit l'infection en faisant respirer à un animal sain les produits de la respiration d'un animal malade.

M. Bouley ne croit plus, comme autrefois, à la spontanéité des maladies contagieuses, puisque la preuve de la génération spontanée des proto-organismes qui donnent lieu à la contagion est encore à faire.

En effet, en dehors de la contagion elle-même, rien de sûr, rien de déterminé, rien de rigoureux. En terminant, M. Bouley dit que la loi nouvelle qui a été l'objet des critiques de M. Leblanc lui paraît appelée à rendre à l'agriculture française les plus grands services et par l'abatage des animaux malades et par l'inoculation

obligatoire de ceux qui ont été contaminés. Il serait nécessaire, selon M. Bouley, d'accord en cela avec M. Leblanc, de refaire des études sur l'inoculation intraveineuse de la péripneumonie.

M. Bouley rend compte ensuite des expériences publiques qui ont été faites tout récemment à Chaumont, par MM. Arloin, Thomas et Cornevin. Sur 25 animaux de l'espèce bovine soumis à l'inoculation intraveineuse, 13 avaient été vaccinés au mois de février, 12 n'avaient point été vaccinés. Parmi les 13 vaccinés, 12 sont restés indifférents à l'inoculation; un seul a eu un peu de fièvre. Parmi les non vaccinés, 9 sont morts avant le troisième jour, 2 autres ont été fort malades, le 12e s'est montré réfractaire. Enquête faite sur ce dernier, il a été constaté qu'il venait d'une étable où le charbon avait régné l'année précédente.

Il semble, dit M. Bouley, que par le séjour dans un milieu charbonneux il se fasse naturellement une sorte d'imprégnation qui assure l'immunité. L'expérience a montré, en effet, que le charbon ne fait guère de victimes que parmi les sujets jeunes, de cinq à dix-huit mois. Passé cet âge, ils deviennent plus ou moins réfractaires.

Ces faits sont, aux yeux de M. Bouley, la confirmation de la doctrine qui tend à admettre que les virus mortels sont susceptibles d'être atténués et transformés par divers procédés en virus vaccin.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Inscriptions. — Le registre des inscriptions sera ouvert, savoir : 1° le lundi 17 octobre 1881 pour les élèves nouveaux et pour les étudiants de première et de deuxième année qui ne sont pas astreints au stage hospitalier; 2° du jeudi 3 au jeudi 17 novembre 1881 pour les élèves de troisième et de quatrième année. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une heure à quatre heures du soir.

Consignations. — Les étudiants qui n'ont pas subi le premier examen (nouveau mode) à la session de juillet, ou ceux qui ont échoué à cet examen, devront consigner du lundi 17 octobre 1881 au samedi 29 du même mois. Passé ce délai, nulle consignation ne sera reçue sans une autorisation spéciale.

Les examens commenceront le lundi 24 octobre 1881.

— M. le docteur Laborde, médecin-inspecteur des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin-inspecteur des maisons de santé, en remplacement de M. le docteur Georges Bergeron, démissionnaire.

M. le docteur Ritti, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé inspecteur titulaire, en remplacement de M. le docteur Laborde.

M. le docteur Berthelot est nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine en remplacement de M. le docteur Ritti.

M. le docteur Legras, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé inspecteur titulaire en remplacement de M. le docteur Faure, décédé.

M. le docteur Paul Garnier est nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine en remplacement de M. le docteur Legras.

M. le docteur Marchant, ancien prosecteur d'anatomie, a été nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine en remplacement de M. le docteur Berthelot, autorisé à passer dans le service des enfants en bas âge.

— Le gouverneur général de l'Algérie vient d'interdire aux Algériens le pèlerinage de la Mecque.

— Une dépêche officielle d'Aden, en date du 30 septembre, signale un nouveau cas de choléra. Il y a eu deux morts le 27 septembre. Aucun cas de mort ne s'est produit depuis lors.

— Le don fait par le docteur Mattei à l'Académie de médecine (voir plus haut) est d'autant plus précieux qu'il renferme un grand nombre de documents concernant l'obstétrique, qui constituent une collection à peu près unique en Europe.

— Le gouvernement du canton de Genève vient de créer une école scientifique et professionnelle d'art dentaire.

Cette école, par son organisation, par le vaste champ d'études qu'elle embrasse et par les épreuves sérieuses qu'elle impose pour l'obtention du diplôme, constitue une véritable Faculté dentaire. La direction en est confiée à une commission de cinq membres, présidée par M. le docteur Laskoswski, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

L'ouverture des cours aura lieu le vendredi 21 octobre.

— Un concours pour un nombre indéterminé d'élèves internes suppléants en médecine et en chirurgie à l'hospice général de Tours, aura lieu les vendredi 14 et samedi 15 octobre 1881, dans la salle d'administration dudit hospice.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances, mercredi 12 octobre, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Constitution médicale des mois d'août et de septembre; 2° Le nouveau règlement de l'assistance à domicile à Bordeaux.

Médecine vieille et médecine nouvelle, introduction au cours de thérapeutique avec une préface pour l'édition française, par le docteur Mariano Semmole, professeur de thérapeutique à Naples. Traduction de M. le docteur Girerd. In-8°, 109 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par le docteur Sauge. In-8° — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11770.

N° 116. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 8 OCTOBRE 1881. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Recherches cliniques sur la convalescence.

Les asiles de convalescence sont une source d'études dont on n'a peut-être pas tiré encore tout le parti qu'ils comportent. De loin en loin cependant il en sort de bonnes thèses. Nous pourrions citer entre autres celles de M. Dionis du Séjour sur la convalescence étudiée principalement dans la variole; celle de M. L. Molé, sur les signes précis du début de la convalescence des maladies aiguës; de M. Charvot sur la température, le pouls, les urines dans la crise de la convalescence de quelques pyrexies, etc.; plus récemment celle de M. E. Braive, sur la convalescence confirmée, lequel avait déjà fourni, sur ses indications, à l'auteur de l'article *Convalescence* du *Dictionnaire encyclopédique*, des résultats très-précieux de recherches sur le pouls, la température, le poids, la force musculaire et les variations des urines dans la pneumonie, la pleurésie et la fièvre typhoïde.

Les recherches de M. Braive avaient surtout pour objet, après la détermination du début de la convalescence par l'appréciation de la température et du pouls, une fois la convalescence bien établie, de mesurer la marche progressive de la réparation et d'apprécier les perturbations, les arrêts ou les reculs que des accidents intercurrents peuvent lui faire subir, par l'évaluation du rapport des déchets de l'économie avec l'alimentation, de l'accroissement de la force musculaire et surtout de l'augmentation graduelle du poids du corps.

Des tableaux et des tracés dressés par M. Braive, il ressortait deux séries de cas. Dans l'une, la plus nombreuse, on voyait les colonnes et les tracés du pouls et de la température rester presque invariables, oscillant à peine de quelques pulsations et de quelques fractions de degrés autour de la moyenne physiologique, les colonnes et les tracés représentant la somme de puissance de traction ou de soulèvement de poids et le poids du corps s'élever parallèlement d'une manière graduelle et presque régulière de jour en jour, depuis la première jusqu'à la dernière heure, dans la seconde série, ne contenant qu'une proportion beaucoup moindre d'observations, on voyait, à un moment donné de la convalescence, sous l'influence bien constatée d'un accident, du retour inopiné d'un phénomène morbide ou d'une rechute, cette marche régulière s'arrêter tout à coup, les lignes du pouls et de la température manifester une ascension brusque, et les lignes de force et de poids interrompre leur marche ascensionnelle et affecter une marche descendante, jusqu'à ce que, l'accident intervenu ayant cessé ou la récidive ayant terminé son évolution, les choses reprissent leur cours naturel jusqu'au rétablissement complet.

Dans sa thèse, qui est le résumé en même temps que le complément de ces recherches, M. Braive en a exposé les résultats principaux dans les conclusions suivantes :

Le pouls et la température restent voisins de la normale; dans la fièvre continue, cependant, parfois le pouls reste élevé même pendant longtemps;

Le poids du corps suit une marche constamment ascensionnelle; si l'on voit le poids diminuer ou rester stationnaire, on devra craindre un accident, et, par conséquent, en rechercher la nature et la cause;

La force musculaire s'accroît chaque jour d'une façon constante et régulière;

L'urée est excrétée en grande quantité pendant la convalescence confirmée de la fièvre continue. Cette quantité peut être telle que l'on trouve quelquefois un poids d'urée double du poids excrété à l'état normal. Lorsque la convalescence touche à sa fin, la quantité d'urée diminue et se rapproche de plus en plus des conditions physiologiques.

Enfin, tout récemment, M. le docteur Albéric Roussel a pris pour sujet de sa thèse la convalescence du rhumatisme articulaire aigu. Ce sont les faits constatés dans ces nouvelles recherches qui vont faire le sujet de l'article suivant.

Convalescence du rhumatisme articulaire aigu.

M. le docteur Albéric Roussel, ancien interne à l'asile national de Vincennes, a mis à profit son séjour dans cet établissement, pour étudier les faits principaux de la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, qui occupe le premier rang, pour la fréquence, dans la série des affections internes après la phthisie et les phlegmasies des bronches.

Voici d'abord comment il a procédé dans ses recherches.

Les observations ont toutes été prises à l'arrivée des convalescents dans l'asile. A l'aide d'un sphygmographe de Marey, il recueille un premier tracé. La température axillaire est prise tous les jours deux fois, le matin à six heures

et le soir à quatre heures. Pendant l'application du thermomètre, on compte le pouls. Le matin, avant le premier déjeuner, le poids du corps des malades est déterminé à l'aide d'une bascule d'une grande sensibilité. Puis les variations de la force, au moyen du dynamomètre spécial imaginé par M. Braive, sont enregistrées.

L'urine des vingt-quatre heures, recueillie chaque matin et conservée par les malades dans des vases gradués, est examinée dans sa quantité, dans sa densité, dans sa coloration, ses réactions et enfin le dosage de l'urée.

Les sujets de cet ensemble d'observations sont au nombre de 10 : 1 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu chez un homme de vingt-six ans, sans antécédent morbide ; 1 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu avec insuffisance mitrale ; deuxième récidive, chez un homme de trente-deux ans ; 1 cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé chez un jeune garçon de quinze ans ; 1 cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite rhumatismale, chez un homme de trente-quatre ans ayant des antécédents héréditaires ; 1 cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, troisième récidive, chez un homme de trente-neuf ans, ayant eu, indépendamment des deux atteintes antérieures, d'autres antécédents morbides (pneumonie, fièvre typhoïde) ; 1 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, troisième récidive, endocardite rhumatismale, chez un homme de trente-sept ans ; 2 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, l'un chez un jeune homme de seize ans, l'autre chez un homme de trente-quatre ans, tous deux sans antécédents morbides ; enfin 2 cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, chez un homme de quarante-quatre ans, ayant eu déjà précédemment quelques douleurs rhumatismales, et chez un jeune homme de seize ans, sans antécédents morbides.

Voici le résumé des constatations relevées chez ces 10 convalescents aux points de vue de la température, du pouls, du poids du corps, de la force musculaire et de l'urine.

Température. — Dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, il n'y a pas de crise véritable, mais un abaissement progressif de la température.

Le thermomètre ne tombe jamais d'emblée au voisinage de la normale. Les tracés donnent une série d'oscillations diurnes à marche descendante et qui finissent par aboutir en moyenne à 36°,5 ou 37°.

Pouls. — Le pouls ne présente pas cette uniformité d'ensemble des tracés thermométriques. Ses caractères ne sont ni assez précis ni assez constants pour permettre d'en tirer des données concluantes. Il est lent chez les uns, rapide chez les autres. Les pulsations sont souvent aussi nombreuses à la fin qu'au début de la convalescence ; quelquefois même elles suivent jusqu'à la guérison une marche ascendante, et le chiffre du pouls s'élève pendant que la température s'abaisse ; ailleurs on la voit se rapprocher de la normale pendant qu'il se produit une élévation brusque du thermomètre.

Cette sorte d'opposition qui existe entre la fréquence du pouls et la courbe de la température n'est explicable qu'en faisant intervenir des éléments complexes, tels que l'état du cœur, l'anémie globulaire, l'affaiblissement de la tension vasculaire, etc.

La comparaison entre eux des tracés sphygmographiques, pris à l'entrée et à la sortie des convalescents, met en saillie un fait intéressant.

On sait que P. Lorain, dans ses recherches sur le pouls, a assigné au pouls de la convalescence définitive trois caractères : le polycrotisme, la lenteur et l'irrégularité. M. Roussel a observé le polycrotisme sur six des convalescents à leur entrée à l'asile. L'un de ces six convalescents en présentait encore des traces à sa sortie. La disparition du polycrotisme peut-elle être considérée comme un signe absolu de la fin de la convalescence du rhumatisme articulaire aigu ? M. Roussel incline à le penser. Des recherches ultérieures permettront sans doute de se prononcer sur ce point.

Pour l'irrégularité, que Lorain dit avoir rencontrée surtout chez les sujets peu avancés en âge, elle a justement été constatée chez les deux jeunes convalescents de seize ans.

Poids du corps. — Tous les sujets en observation ont augmenté en poids. L'étude de cette augmentation corrobore les données fournies par la température et permet de mesurer la marche progressive de la réparation et d'apprécier les perturbations, les arrêts ou les reculs que des accidents intercurrents peuvent entraîner à leur suite.

Des données fournies par les pesées, on peut tirer les déductions suivantes :

La perte du poids dans le rhumatisme articulaire aigu n'est pas proportionnelle à la durée de l'affection ; elle est subordonnée, en partie, au nombre des articulations prises.

Après un rhumatisme de deux à trois septénaires, la durée de la convalescence est à peu près doublée et toujours plus longue que la période aiguë.

Pour un rhumatisme de quatre ou cinq septénaires, la convalescence dure un temps sensiblement égal à celui de la période aiguë.

Pour un rhumatisme de neuf à quinze septénaires, la convalescence parcourt toutes les phases en un temps moitié moindre et toujours inférieur à celui de la période aiguë.

D'où cette conclusion, en apparence paradoxale : la durée relative de la convalescence est inversement proportionnelle au temps de la maladie.

Dans la convalescence régulière, le tracé des pesées a suivi une marche ascendante ininterrompue. Mais, toutes les fois qu'il est survenu un accident, une apparition inopinée d'un phénomène morbide quelconque, une diarrhée, par exemple, il s'est produit un abaissement de la ligne du poids.

Force musculaire. — La courbe du poids soulevé décrit des sinuosités semblables à celles de la ligne de jetée, mais les progressions numériques des deux tracés ne présentent entre elles aucun rapport constant.

L'apparition de douleurs articulaires vers les membres supérieurs entraîne une chute virtuelle de la force qui remonte à son point de départ et le dépasse même fréquemment, dès que les manifestations rhumatismales n'entravent plus la traction du dynamomètre. En dehors de cet accident, le parallélisme des deux courbes peut être momentanément détruit, lorsque, par exemple, le poids du corps s'abaisse sous l'influence de troubles digestifs légers. Dans ces cas, en effet, la force n'est pas toujours influencée ; elle ne subit une action véritablement dépressive que lorsque la régularité des fonctions nutritives a été sérieusement compromise.

Urine. — Chez les convalescents de rhumatisme articulaire aigu, les quantités d'urine par jour sont soumises à

des oscillations dont les détails des observations donnent quelquefois la raison. Nonobstant ces oscillations et la confusion apparente qu'elles peuvent produire, on peut entrevoir comment se comporte l'excrétion urinaire jusqu'à son retour à la moyenne physiologique. Les tracés présentent deux espèces de courbes : dans l'une on voit la quantité d'urine partir du chiffre minimum de 650^{cc} et s'élever par une série d'oscillations ascendantes à 1,500^{cc}; dans une deuxième courbe on rencontre une suite d'oscillations stationnaires dont la moyenne, sensiblement la même au commencement et à la fin de l'observation, peut se rapprocher de la ligne de 2,000^{cc} ou de celle de 1,500^{cc} données par plusieurs observations.

Enfin, dans un dernier groupe, on remarque une ligne à oscillations irrégulières descendantes, et l'urine, en excès pendant les premiers jours, se rapproche insensiblement du chiffre normal qu'elle atteint au moment de la guérison définitive.

Au point de vue des variations de l'urée, M. Roussel a divisé ses observations en deux séries.

Dans la première, la ligne d'excrétion part d'un chiffre relativement bas pour s'élever plus ou moins par des oscillations irrégulières autour de la courbe du poids, jusqu'à la guérison.

Dans une seconde série, le tracé moyen de l'urée suit une marche inverse et descend pendant que la ligne du poids s'élève.

Cherchant par l'analyse de ses observations à reconnaître quelques-unes des causes de l'extrême variabilité des courbes de l'urée, M. Roussel a remarqué la correspondance de nombreuses chutes avec un abaissement du chiffre de l'urine et leur coïncidence avec la transpiration.

Accidents de la convalescence. — L'accident le plus fréquent que M. Roussel a constaté est le catarrhe intestinal. Il s'est manifesté chez huit sujets sur dix avec une fréquence variable et sans concordance de date, de telle sorte que le régime alimentaire ne saurait être incriminé.

En résumé, il ressortirait des faits constatés par notre confrère : que les courbes de la température présentent une série d'oscillations irrégulièrement descendantes, pour aboutir en moyenne à 37° ; que la disparition du polycrotisme du pouls paraît être un bon signe de la guérison, et que le tracé des pesées suit une marche ascensionnelle jusqu'à la récupération du poids antérieur, sauf les cas d'intercurrences morbides ; que, en dehors de toute manifestation articulaire, la force musculaire décrit une courbe parallèle à celle du poids ; que la quantité d'urine des vingt-quatre heures, supérieure, égale ou inférieure à la moyenne physiologique, au début de la convalescence, se rapproche constamment de 1,500^{cc} dans les derniers jours ; enfin, qu'il y a de grands écarts d'un sujet à l'autre et du jour au lendemain dans le chiffre de l'urée, lequel, au moment de la guérison définitive, se rapproche de 0,45 par kilogr. de poids du corps dans la majorité des cas.

Héméralopie symptomatique des affections du foie.

Ce singulier trouble visuel, consistant dans la perte complète de la vision pendant la nuit, généralement désigné sous le nom d'héméralopie, s'observe, comme tous les médecins le savent, à l'état endémique dans certaines conditions de climat, d'habitat, d'encombrement, encore assez mal déterminées, se présente quelquefois aussi sporadiquement, sans que l'examen ophthalmoscopique révèle aucune altération appréciable de la rétine, comme complication ou épiphénomène de divers états morbides. C'est plus particulièrement dans les affections du foie qu'on a constaté l'existence, plus ou moins persistante, le plus souvent passagère, de ce trouble de la vision.

Il y a quelques jours, un malade entrait à l'Hôtel-Dieu, présentant un exemple remarquable de cette coïncidence de l'héméralopie avec une maladie du foie. Cet homme frappe au premier aspect par la teinte ictérique extrêmement foncée, presque acajou, qui est répandue sur tout son corps, et par le contraste que forme le développement de son ventre, distendu à la fois par l'hypertrophie de l'organe hépatique qui déborde sensiblement le rebord des côtes, et par un certain degré d'ascite, avec l'état de maigreur générale de tout le reste du corps et particulièrement des membres. En même temps que la cirrhose hypertrophique dont il paraît atteint, ce malade déclare que depuis quelque temps il perd complètement la vue pendant la nuit.

Cette héméralopie concomitante ou symptomatique des ictères et des affections du foie, à peine signalée dans les auteurs qui se sont occupés spécialement de ces affections, ne paraît avoir que très-peu fixé jusque dans ces derniers temps l'attention des observateurs. On n'en trouve, en effet, que de rares exemples rapportés çà et là dans les recueils périodiques, mais nulle part une étude quelque peu approfondie. M. le docteur Parinaud, ancien interne des hôpitaux, qui a eu l'occasion d'en observer récemment quelques cas, en a fait le sujet d'un travail publié dans les *Archives générales de médecine* de cette année (numéro d'avril). Nous emprunterons à cette étude quelques-uns des renseignements intéressants qu'elle renferme sur ce sujet encore peu connu.

Les faits observés par M. Parinaud sont au nombre de quatre. Le premier a été recueilli sur un homme de cinquante-cinq ans atteint d'hypertrophie du foie avec ascite et qui se plaignait de ne pas voir dès que le soleil était couché, alors que sa vue était bonne pendant le jour ; le deuxième, chez un sujet de vingt-huit ans atteint de cirrhose paludéenne, avec ictère bronzé ; le troisième, chez un homme de quarante-deux ans ayant comme le premier une hypertrophie du foie avec ictère chronique, mais sans ascite ; le quatrième, chez un malade affecté de cyrrhose hypertrophique.

Chez ces quatre malades le développement de l'héméralopie n'a présenté rien de régulier dans sa marche. Ainsi, dans le premier cas, le malade ne pouvait pas en préciser le début ; c'était lentement que la vision était devenue mauvaise le soir, et, une fois établie, la cécité nocturne n'avait jamais disparu, elle avait présenté seulement des améliorations passagères.

Ordinairement, la marche est tout autre, suivant M. Parinaud ; le trouble visuel apparaît par crises d'une durée variable ; il débute parfois d'une manière rapide, sans cause appréciable, et disparaît de même.

M. Parinaud n'a pas trouvé, même pendant les crises, d'altérations du fond de l'œil assez positives pour être notées. Dans tous les cas qu'il a observés, il s'agissait d'affections chroniques du foie, plus particulièrement de cirrhoses.

La cécité nocturne ne paraît pas avoir de rapport avec le développement ni avec l'intensité de l'ictère. Elle s'est montrée quand l'affection hépatique durait déjà depuis un cer-

tain temps, et vraisemblablement lorsque la fonction de l'organe était profondément intéressée.

Parmi les causes qui ont été invoquées pour expliquer l'héméralopie dite essentielle ou qui n'est pas liée à une altération primitive de l'œil, les deux principales sont l'impression d'une lumière trop vive et l'anémie s'appliquant à toutes les influences qui dépriment l'organisme.

En ce qui concerne l'héméralopie symptomatique d'une affection du foie, elle se rapprocherait de celle que l'on observe également chez des sujets profondément débilités par une longue maladie, par les privations ou par une mauvaise hygiène, chez les scorbutiques, par exemple, ou chez les rénaux, en un mot sur des sujets non pas seulement anémiés, mais cachexisés.

La cause immédiate du phénomène héméralopie n'est pas beaucoup mieux connue que les causes générales ou conditions qui le préparent. Dire qu'il résulte d'une torpeur rétinienne, c'est exprimer le fait sous une autre forme sans l'expliquer davantage. M. Parinaud verrait plutôt une hypothèse plausible de la production de ce phénomène dans ce fait physiologique, que la perception lumineuse ne semble pas être le résultat d'une impression purement physique et directe de l'agent lumineux sur les éléments sensibles de la rétine, mais que, d'après la découverte de Boll et les recherches auxquelles elle a donné lieu, il y aurait comme intermédiaire une réaction photo-chimique se traduisant d'une manière sensible par les transformations du rouge rétinien sous l'influence de la lumière. Le trouble visuel, dans l'héméralopie, d'après cette hypothèse, aurait sa cause dans une modification de cette substance, qui ne serait plus sécrétée en assez grande abondance ou qui serait altérée dans ses qualités. Cette manière d'envisager la torpeur rétinienne cadrerait avec l'idée d'une altération du sang comme cause de l'héméralopie. Le pourpre visuel étant sécrété par la couche pigmentaire de la choroïde, la cécité nocturne résulterait d'un trouble fonctionnel vulgaire, celui d'une sécrétion modifiée par les altérations du liquide qui fournit les éléments de toute sécrétion, le sang. Le mécanisme de l'héméralopie symptomatique, des affections chroniques, c'est-à-dire sans lésion appréciable des éléments anatomiques de l'œil, de même que celui des héméralopies endémiques, dites essentielles, des marins et des soldats, se rapprocherait ainsi du mécanisme des héméralopies que les oculistes attribuent à des infiltrations séreuses de la rétine ou à des altérations pigmentaires congénitales ou acquises de la rétine.

Quoi qu'il en soit de ces diverses théories, voici les conclusions provisoires que M. Parinaud a cru pouvoir tirer de ces observations.

L'héméralopie dans les affections du foie se montre ordinairement par crises d'une durée variable, subissant l'influence de causes déterminantes accessoires. Elle est spéciale aux affections chroniques, à la cirrhose particulièrement. Elle se développe lorsque l'organe est déjà malade depuis un certain temps. Elle ne semble pas être produite par l'ictère, mais par une altération spéciale du sang résultant du trouble de la fonction hépatique. Elle a une signification grave. Il est probable que, dans l'héméralopie dite essentielle, le trouble oculaire relève, comme dans les affections du foie, d'une altération du sang qui n'est pas celle d'une anémie vulgaire, et que cette altération retentit sur l'organe de la vue en modifiant la sécrétion du pourpre visuel.

HOPITAL LAENNEC. — M. Damaschino.

Paralysie syphilitique.

Au n° 19 de la salle Nonat, nous avons depuis cinq mois une femme âgée de quarante-six ans, qui nous est arrivée avec une impotence absolue des membres inférieurs.

Cette impuissance motrice s'accompagnait de contractures venues secondairement, excessives, et telles que les jambes étaient pliées à angle aigu sur les cuisses. Aujourd'hui, — et je le dis tout de suite avant d'entrer plus avant dans l'histoire de sa maladie, — cette femme va infiniment mieux, la jambe gauche est presque droite et la jambe droite n'est plus qu'à angle obtus (150° à 160°) avec la cuisse.

A son entrée, nous n'avons constaté aucun trouble bien évident de la sensibilité; la contractilité électrique était bien conservée; donc pas d'atrophie ou de dégénération secondaire. Mais il existait des troubles fonctionnels des réservoirs, tels que de l'incontinence d'urine; il existait aussi des douleurs lombaires ainsi que des tiraillements à la face antérieure des cuisses, et des douleurs véritables au niveau de la face antérieure du tibia droit, au cubitus droit et à la clavicule gauche.

En un mot, et pour le dire immédiatement, nous étions en présence d'une paraplégie syphilitique avec des symptômes secondaires.

L'histoire de ses antécédents est un peu complexe. La maladie débuta, dit-elle, il y a vingt-trois ans, par un eczéma pour lequel elle fut soignée à Saint-Louis, en même temps qu'elle commençait à éprouver des douleurs lombaires, quelques élancements dans les membres inférieurs notamment du côté droit, douleurs qui n'avaient rien de fulgurant et ne pourraient être comparées à celles que l'on rencontre dans l'ataxie locomotrice. La marche était devenue par suite un peu difficile.

Les phénomènes douloureux sont survenus, il y a quatorze ans, du côté du système osseux, tibia droit, cubitus, etc., sans localisation bien absolue. Huit ans plus tard, l'œil droit devint douloureux également, rouge, avec photophobie prononcée. Depuis lors, la vision de cet œil est restée faible. En 1877, époque de sa ménopause, les douleurs des jambes augmentèrent; néanmoins elle put encore marcher, bien qu'avec assez de peine.

Enfin, il y a cinq mois, ces douleurs furent telles, s'accompagnant de l'engourdissement des membres inférieurs, qu'elle devint complètement impotente; il y avait alors une paraplégie flasque d'abord, puis quelque temps après de la contracture secondaire des muscles fléchisseurs.

D'après ce que nous venons de rapporter, il paraît évident que la moelle seule est en cause. Or nous savons que celle-ci peut être malade de plusieurs façons différentes. Ce n'est certainement pas ici une ataxie locomotrice. Serait-ce une myélite primitive? Non, si nous nous reportons à l'évolution de la maladie et surtout à son début par les douleurs lombaires et celles de la région antérieure des cuisses.

La paraplégie serait-elle donc alors le résultat d'une compression de la moelle? Mais quel en serait le point de départ, si ce n'est un mal de Pott dont le symptôme habituel, sous l'influence de la destruction des corps ou des disques vertébraux, est un affaissement de la partie antérieure de la colonne vertébrale avec saillie plus ou moins prononcée et plus ou moins régulière des apophyses épineuses? Toute idée d'un mal de Pott doit être encore rejetée

chez notre malade, dont le rachis est parfaitement normal. Ce ne peut être non plus un cancer du rachis; nous ne trouvons aucun état cachectique; la santé générale, assez bonne à l'arrivée de cette femme, est devenue depuis lors très-satisfaisante; celle-ci a même engraissé.

Je repousserai également toute pensée d'un ostéo-sarcome, ou d'une affection primitive des méninges, d'un épithélioma de ces membranes avec paraplégie; du reste, la marche de la maladie s'y oppose complètement.

J'en arrive donc, après avoir éliminé successivement un certain nombre de maladies, à une affection syphilitique, à une paraplégie.

Cette femme est peu intelligente, et, comme la plupart de ses pareilles, elle est portée à nier tous les antécédents syphilitiques quelconques. Mais l'existence de cet iritis, dont j'ai parlé en commençant, certaines cicatrices que l'on aperçoit à la face antérieure des bras et des avant-bras, ainsi que les altérations osseuses que nous avons constatées, prouvent une origine bien certainement syphilitique. Le tibia droit est en effet notablement augmenté de volume ainsi que le cubitus droit et la clavicule gauche.

Les altérations anatomiques qui produisent les affections des os sont généralement tardives, et les douleurs ostéocopes précoces appartiennent à de petites périostoses et non à de grandes lésions.

Les lésions anatomiques qui les caractérisent sont la production de tissus morbides, une accumulation de médullocelles, la prolification de cellules jeunes, soit sous le périoste, soit dans la couche superficielle de l'os, produisant une saillie constituée par ces éléments en même temps que les cloisons osseuses disparaissent partiellement. De là des irrégularités des os et des pertes de substance.

Lorsque la guérison se fait, les tissus de nouvelle formation, loin de disparaître, s'ossifient, deviennent des ostéoblastes et des ostéoplastes et produisent une augmentation partielle ou totale du volume de l'os.

D'autres fois l'affection est plus aiguë et passe à la suppuration; il se fait une ostéite suppurante, une ostéo-myélite. Je ne parle pas ici des jeunes enfants, où les altérations différentes ont été si bien décrites par M. Parrot.

Lorsque les altérations osseuses se produisent sur le crâne ou le rachis, elles peuvent donner lieu à des phénomènes de compression nerveuse, et c'est là, pour en revenir à notre malade, ce que nous trouvons chez elle, c'est-à-dire une compression de la moelle due à une lésion syphilitique du rachis.

La nature de la maladie nous a été aussi prouvée par les résultats du traitement que nous avons employé, c'est-à-dire les frictions mercurielles et, à l'intérieur, l'iodure de potassium à la dose de 5 à 8 grammes par jour. En effet, au bout de quinze jours, les mouvements étaient recouvrés en partie, la jambe arrivait à pouvoir être progressivement étendue.

Par suite de ces résultats, nous avons pu émettre un pronostic favorable. Cependant la guérison est incomplète parce que la lésion est tardive, et la malade est encore forcée de se servir de béquilles; tandis que, dans les lésions précoces où la maladie peut être traitée dès le début des troubles moteurs, la guérison est possible et durable. Cependant, même dans les lésions tardives, la guérison peut encore être obtenue.

C'est ainsi que j'ai vu un homme, vingt ans après avoir contracté la syphilis, souffrir de migraines très-pénibles, avec un léger prolapsus de la lèvre supérieure, la parole lente et difficile, la face un peu déviée, enfin des fourmillements dans les mains et une diminution de la force musculaire de ces mêmes mains, j'ai vu, dis-je, pareil malade guérir complètement par les frictions mercurielles et l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium à haute dose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Atrophie testiculaire. — M. NICAISE communique, au nom de M. Resseguet (de Toulouse), un nouveau cas d'atrophie testiculaire consécutive à une orchite blennorrhagique.

Hypertrophie mammaire. — M. MONOD fait connaître l'état actuel de la malade qu'il a présentée dans la séance du 10 août 1881 (voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 13 août 1881), et qui était atteinte d'une énorme hypertrophie mammaire. Quelques tentatives de succion, faites selon le conseil de M. Desprès, sont restées sans résultat. Cependant le volume du sein gauche avait un peu diminué. Cette malade a quitté l'hôpital, il y a un mois, dans un état très-satisfaisant. La grossesse suit son cours régulier. Il n'y avait donc pas lieu de provoquer l'avortement, comme l'avait d'abord pensé M. Monod.

M. GUÉNIOT. Cette hypertrophie peut être assimilée à la galactorrhée de certaines nourrices. Il s'agit là surtout d'une hypersécrétion lactée. Dans ces cas de galactorrhée, l'iodure de potassium, à la dose de 55 à 60 centigrammes par jour, a donné d'excellents résultats. Peut-être en serait-il de même chez l'intéressante malade présentée par M. Monod. La compression est aussi un moyen qui peut rendre service dans ces cas.

M. MONOD. La compression, à laquelle j'avais déjà songé, était difficilement applicable ici. En outre, il s'agit plus tôt, dans ce cas, d'une hypertrophie portant sur tous les éléments de la glande, d'une sorte d'éléphantiasis, que d'une simple galactorrhée.

M. DESPRÈS. M. Labarraque cite des cas dans lesquels l'iodure de potassium est resté sans succès.

Corps étranger du genou. — M. MONOD. M. Pozzi a pratiqué une ablation de corps étranger du genou, qui présentait quelques particularités intéressantes. M. Monod a observé un cas semblable, dans lequel un pédicule fixait le corps étranger à la synoviale. Il a pratiqué l'opération suivant la méthode de Lister. L'extraction est plus facile dans ces cas par le fait même que le corps étranger est fixé à la synoviale et ne peut fuir sous la pince qui le recherche. Mais la section du pédicule entraîne toujours une petite hémorrhagie. M. Monod a fait une ligature avec le catgut. Il a eu recours au pansement de Lister et au tube à drainage. Quinze jours après, le malade était sur pieds, complètement guéri.

M. NICAISE. Quand il n'y a pas d'arthrite, il n'est pas nécessaire de recourir au drainage, et l'on peut fermer totalement la plaie. Lorsqu'il y a eu arthrite ou hydarthrose, où lorsqu'on a fait une injection dans l'articulation, il est indispensable de passer un tube à drainage. Il y a donc une distinction à établir, suivant que le corps étranger est compliqué ou non d'arthrite ou d'hydarthrose.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. M. Bœckel, dans un mémoire sur l'extraction des corps étrangers du genou, insiste sur la nécessité du drain dans les cas, en effet, où l'articulation est enflammée ou distendue par du liquide. Mais il en est où le drain est tout à fait inutile. La plupart du temps, dans les cas où on le met, on peut le retirer beaucoup plus tôt qu'on ne le fait habituellement.

M. MONOD a pratiqué deux fois l'arthrotomie du genou pour l'extraction de corps étrangers; les deux fois, il a eu recours au drain et s'en est très-bien trouvé. Cependant, dans l'un de ces cas,

il y avait très-peu de liquide dans l'articulation au moment de l'opération.

M. VERNEUIL a pratiqué deux fois cette opération. Il a eu recours à la méthode autiseptique de Lister combinée avec le pansement ouaté. Dans le premier cas, il n'a retiré l'appareil ouaté que le trentième jour ; dans le second cas, beaucoup plus tôt. Il en a obtenu de très-bons résultats. Il n'est pas nécessaire, selon lui, de pratiquer la réunion de ces petites plaies, celles-ci se réunissant très-vite sous le pansement ouaté.

Polype de l'urèthre chez une petite fille. — M. DESPRÈS communique l'observation d'une petite fille de huit ans, qui lui fut amenée à la Charité pour une métrorrhagie. En l'examinant, on trouva à la vulve une tumeur du volume d'une noisette, qui occupait l'ouverture de la membrane hymen et qui oblitérait presque complètement le méat urinaire. A l'aide d'une canule de trocart et d'un fil d'argent, M. Desprès fit une sorte de serre-nœud avec lequel il détacha cette tumeur par la ligature. L'examen montra qu'il s'agissait d'une tumeur kystique contenant du sang noirâtre. C'était évidemment un de ces polypes vésiculaires, vasculaires, très-rarement observés jusqu'ici, en France, chez de petites filles.

M. GUÉNIOT. Le pédicule de cette tumeur étant accessible, il eût mieux valu placer directement un fil à ciel ouvert.

Coxalgie. — M. VERNEUIL veut attirer l'attention de la Société sur un accident, sur un épisode de la coxalgie dont il n'est pas fait suffisamment mention dans les auteurs ; il veut parler d'un mode particulier de récidive de la coxalgie après la guérison apparente. Il donne comme type l'observation suivante : Il y a cinq ans, dit-il, je vis avec M. Leudet, à Rouen, une jeune fille de neuf ans, qui était atteinte d'une coxalgie au début, à forme assez bénigne, qu'en raison des antécédents je jugeai de nature rhumatismale, et sur laquelle je portai un pronostic favorable. L'enfant fut placée dans un appareil de Bonnet, qui, peu de temps après, put être remplacé par une gouttière de Bouvier. La cure fut cependant assez longue. Il y eut un petit abcès, en dehors de l'articulation, qui fut guéri en l'espace de quinze jours. Il y a quinze mois, c'est-à-dire trois ans et demi après le début de la maladie, je déclarai l'enfant guérie. Les deux membres étaient exactement de la même longueur, il n'y avait plus la moindre ensellure ; il ne restait qu'un peu de raideur de l'articulation. Pendant ce temps, l'enfant s'était bien développée; les règles avaient paru. J'annonçais donc la guérison. Peu de temps après, le père de l'enfant me dit que sa fille boitait. Six mois après, je revis la petite malade ; il y avait de nouveau une difformité considérable, une ensellure très-marquée, un raccourcissement apparent déterminé par le relèvement du bassin ; mais il n'y avait ni gonflement, ni douleur, aucune trace de travail inflammatoire. L'attitude vicieuse seule se reproduisait sans traces d'inflammation. Plusieurs médecins ayant engagé le père à en rester là et continuant à déclarer l'enfant guérie, bien que la difformité allât en augmentant, l'enfant me fut de nouveau amenée. Je cherchai chez elle quelque chose d'analogue au mécanisme de la flexion consécutive aux inflammations du genou par la paralysie du triceps; je constatai, en effet, que les muscles de la fesse étaient complètement paralysés ; je pensai donc qne la difformité se reproduisait par le fait de la contraction du psoas, des adducteurs et du couturier. J'endormis l'enfant ; je corrigeai facilement, pendant le sommeil chloroformique, l'attitude vicieuse ; le redressement fut parfait, la symétrie complète. Je plaçai alors de nouveau la jeune fille dans une gouttière de Bonnet ; un mois après je fis appliquer l'appareil de Bouvier, en recommandant de le laisser longtemps, et je prescrivis la faradisation des muscles fessiers. Les bons résultats de ce traitement ne se firent pas longtemps attendre.

Ce fait m'a fourni l'explication de plusieurs autres. Il s'agit là d'une récidive de la difformité sans récidive de l'inflammation articulaire, de muscles frappés consécutivement d'impuissance, tandis que les muscles antagonistes conservent leur contractilité.

Ces faits m'ont amené à trouver dans le système musculaire une explication physiologique des deux périodes de la coxalgie. On sait que dans la première période il y a abduction, rotation en dehors, allongement apparent par abaissement du bassin ; et, de plus, flexion permanente ; tout, en un mot, ce que donnerait la contraction des muscles fessiers et du psoas. Dans la seconde période, au contraire, il y a adduction, rotation en dedans et raccourcissement par élévation du bassin. Voici la théorie où m'ont conduit ces observations : L'inflammation articulaire se propage aux muscles qui sont immédiatement en rapport avec la capsule, c'est-à-dire au psoas et aux moyen et petit fessiers ; or la contraction inflammatoire du psoas donne lieu à la flexion permanente en arrière ; celle des moyen et petit fessiers à l'allongement du membre avec abduction. Après un certain temps, ces muscles s'atrophient et perdent de leur puissance : alors l'inflammation se propage aux muscles plus éloignés, c'est-à-dire aux abducteurs, au couturier; alors se produisent la rotation en dedans, le raccourcissement par élévation du bassin, c'est-à-dire la métamorphose de l'attitude dans la première période, de la coxalgie en celle de la seconde période, la contraction lente des muscles sains en même temps que l'impuissance des muscles primitivement atteints.

Une indication thérapeutique importante découle de ce fait, celle de la galvanisation des muscles affaiblis.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882).

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique. — Des phénomènes physiques de la vision. — Le lundi, à cinq heures (petit amphithéâtre). —M. Gariel, agrégé, suppléant. — Physique générale. — Propriétés générales des corps, chaleur, électricité. — Les lundis, mercredis et vendredis (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies du foie et des reins. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — 1° Les éléments figurés du sang et de la lymphe ; 2° le système vasculaire lymphatique étudié dans son ensemble, chez l'homme et les vertébrés ; 3° le système vasculaire sanguin ; 4° les organes des sens ; 5° l'appareil de l'innervation. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures.

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Les maladies par réactions nerveuses. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Chimie médicale : M. Wurtz, M. Hanriot, agrégé suppléant. — Chimie inorganique (métalloïdes et métaux) dans ses applications à la médecine et à la toxicologie. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. Duplay. — I. Maladies chirurgicales du crâne et de la colonne vertébrale : 1° lésions traumatiques du crâne et de la colonne vertébrale ; lésions traumatiques des parties molles, des os, de l'encéphale et des méninges ; 2° vices de conformation et difformités du crâne et de la colonne vertébrale. — II. Maladies du nez et des fosses nasales. — III. Maladies des oreilles. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures.

Opérations et appareils : M. Léon Le Fort. — Thérapeutique des maladies chirurgicales, des articulations, des artères et des veines, de la tête et du cou. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — Les tissus et les systèmes anatomiques, leurs modifications accidentelles. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies populaires de la France. — Biographie médicale. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Hardy,

à la Charité, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Richet, à l'hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Trélat, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique d'accouchements et de gynécologie, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à quatre heures.

Anatomie : cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf. — Le mardi, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie (École pratique, rue Vauquelin).

Conférences de physique : M. Ch. Gay. — Le mardi, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie (École pratique, rue Vauquelin).

COURS AUXILIAIRES.

Cours auxiliaire de chimie médicale : M. Henninger, agrégé. — Chimie biologique. — Biologie générale, principes immédiats de l'économie animale, phénomènes chimiques de la digestion, sang, lymphe, respiration, phénomènes d'assimilation, composition chimique des principaux tissus, phénomènes de désassimilation, sécrétion. — Le mercredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Legroux, agrégé. — Maladies du tube digestif (rate et foie exceptés). — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de phathologie externe : M. Marchand, agrégé. — Généralités, maladies de la peau. — Tissus cellulaires, etc. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (salle Laënnec).

Cours auxiliaire d'accouchements : M. Budin, agrégé. — Thérapeutique obstétricale et opérations. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie : M. Remy, agrégé. — 1° De la reproduction ; 2° du développement ; 3° des organes des sens. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique : M. Strauss, agrégé. — Inflammations. — Inflammations spécifiques. — Thrombose et embolie. — Atrophies. — Hypertrophies. — Dégénérescence. — Stéatose. — Dégénérescence amyloïde. — Athérose. — Néoplasme. — Classification des tumeurs. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie. — Dissection. — Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. — Tous les jours, étude et dissections, de midi à quatre heures. — Démonstration dans chaque pavillon, de une heure à quatre heures.

Physiologie : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie.

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Le lundi et le jeudi, première série ; le mardi et le samedi, deuxième série ; de neuf heures à onze heures.

Chimie médicale : M. A. Gautier, agrégé, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Le mardi et le jeudi, de une heure à trois heures ; le mercredi et le vendredi, de huit heures à dix heures.

Physique médicale : M. Ch. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de physique. — Conférences de physique. — Le mardi, le jeudi et le samedi, de quatre heures à six heures.

Anatomie pathologique. — M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique.

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle, travaux pratiques obligatoires de chimie, physique et histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, dissections : travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, médecine opératoire, opérations et appareils. Pathologie interne et pathologie externe, clinique médicale et chirurgicale. Travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Stage hospitalier.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe. Pathologie générale, médecine opératoire. Cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. Cliniques spéciales. Travaux pratiques de médecine opératoire. Stage hospitalier.

Les inscriptions seront reçues à partir du lundi 17 octobre 1881 pour les élèves nouveaux et pour les étudiants de première et de seconde année qui ne sont point astreints au stage hospitalier. Pour tous les autres élèves les inscriptions seront reçues du 3 au 17 novembre inclusivement, les lundis, mardis, mercredis et jeudis de une heure à quatre heures.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat : 1° leur acte de naissance dûment légalisé ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° le diplôme de bachelier ès lettres ; 4° le diplôme de bachelier ès sciences *restreint* ou *complet ;* 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres ; mais ils devront justifier du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Talmy, médecin de première classe de la marine, est parti mercredi soir pour le Sénégal, chargé d'une importante mission. Il s'agit de poursuivre au foyer de l'épidémie les recherches de M. Pasteur sur la fièvre jaune. Ces études devaient se faire à Bordeaux sur le *Richelieu,* qui était annoncé ; mais, les malades ayant succombé ou guéri pendant la traversée, le projet allait avorter si M. Talmy, avec un dévouement digne d'éloges, n'avait accepté la mission d'aller continuer les expériences au Sénégal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11776.

Nº 117. — MARDI 11 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 11 OCTOBRE 1881. — Nº 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Cancer du rectum. Côlotomie lombaire.

Le cancer de la partie terminale de l'intestin est une affection désespérante et malheureusement assez fréquente. Elle n'est pas rare en effet, car c'est le troisième cas qui se présente ici depuis le mois de janvier, non compris certaine malade qu'un de mes collègues m'amenait dernièrement. De plus j'ai eu l'occasion d'en observer deux autres en ville, total six cas depuis le commencement de l'année.

Si nous consultons les auteurs, notamment Allingham, et si nous rappelons le souvenir de nos propres observations, nous devons admettre que le cancer du rectum est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. On a dit aussi qu'il était une affection de l'âge mûr ou des adultes. Cela est vrai en général; cependant, l'an dernier, j'en ai rencontré un cas chez un sujet de quatorze ans, et aujourd'hui le jeune garçon que je vais opérer a vingt-deux ans seulement. Allingham parle aussi d'un enfant âgé de treize ans.

Le cancer du rectum est une affection traîtresse que l'on ne découvre pas plus au début que l'on ne soupçonne à cette époque les cancers de l'utérus, car ni l'un ni l'autre ne sont douloureux et ne présentent aucun symptôme dans les premiers temps. Aussi, le plus souvent, n'y regarde-t-on pas à cette époque, et, le malade parlant d'hémorrhoïdes, on ajoute foi à son dire.

Dans Allingham, que je cite surtout parce que du cancer du rectum il s'est fait une sorte de spécialité scientifique, on trouve deux cas types. L'un d'eux est celui d'un homme se disant bien portant et qui veut contracter une assurance sur la vie; il a seulement parfois, dit-il, un peu de diarrhée; ce phénomène, en apparence peu important, éveille l'attention du chirurgien qui découvre que son malade a un énorme cancer du rectum.

Quant à notre malade, c'est un garçon de vingt-deux ans qui, à bout de ressources, est venu de Figeac à Paris. Depuis quinze ou seize mois il éprouve des troubles intestinaux, une irritation de l'intestin s'accompagnant, tantôt d'une constipation invincible ou dont il triomphe quelquefois par de petits moyens, tantôt de diarrhée. A certains moments il est obligé à de violents efforts pour aller à la selle, et les matières sont petites et dures. Il perd par l'anus une sanie sanguinolente. A première vue, l'ouverture de l'anus et sa forme irrégulière m'avaient fait supposer une pédérastie invétérée; le toucher rectal m'a démontré que je me trompais.

Ce garçon est amaigri, son teint est pâle. Il aurait subi, il y a six mois, à Figeac même, une première opération, l'ablation d'une tumeur ano-rectale. Mais je ne crois pas que la réalisation ait été à la hauteur des indications, car aujourd'hui la tumeur a acquis un tel développement, elle remonte si haut, que l'ablation a été certainement incomplète.

Actuellement le ventre est souple, sans ballonnement; l'anus est largement ouvert par suite de l'induration des parois rectales. Le toucher fait reconnaître l'existence d'une tumeur que, si profondément que mon doigt puisse pénétrer, je n'ai pas pu délimiter à la partie supérieure. La tumeur présente de gros mamelons fongueux, et occupe tout le pourtour de l'intestin; elle saigne très-facilement, ses anfractuosités sont ulcérées. Elle est adhérente par sa face profonde à la concavité sacro-coccygienne, et n'est pas mobile.

Dans une pareille situation, je restais les bras ballants, ne sachant que faire. Cependant, en y songeant mûrement, en cherchant des ressources sinon curatives, tout au moins palliatives, il m'a semblé que la chirurgie n'était pas, en pareils cas, complètement désarmée, bien qu'il n'y eût pas lieu de penser à une ablation complète de sa tumeur. Je sais bien qu'à l'étranger, du moins dans certains pays, on en est arrivé à faire des opérations tellement extraordinaires que les chirurgiens ont l'air de ne plus rien craindre. En France il n'en est pas ainsi, et nous déclarons qu'une ablation complète de la tumeur n'est pas réalisable, lorsque celle-ci a contracté des adhérences avec le squelette, tandis qu'elle peut et qu'elle doit être enlevée lorsque cette tumeur est encore mobilisable, serait-elle même d'une grande étendue.

Par contre, les chirurgiens anglais répètent, comme Curling, que l'ablation d'un cancer du rectum est une opération détestable, ou, comme Smith, que faire l'extirpation de semblable tumeur est un acte barbare, ou, comme Allingham lui-même, que les petits épithéliomas de la marge de l'anus seuls doivent être opérés, et dans les autres cas il faut ouvrir une voie nouvelle au cours des matières. Les Allemands

disent l'inverse : cancer, rétrécissement étendu du rectum ! misère ! facile à enlever, tous les jours nous les opérons ! Et leurs chroniques publient des observations dans lesquelles ils ont enlevé des tumeurs du rectum, d'une hauteur de 30 centimètres ; ils ont suturé le côlon à l'anus, et leurs malades ont très-bien guéri !...

Au nº 23 de notre salle des hommes, nous avons opéré, il y a trois mois, un malade atteint de cancer du rectum ; il est sorti depuis un certain temps déjà et est venu nous revoir il y a dix jours environ, et nous montrer, non son cidevant anus, qui est au laboratoire, mais l'ouverture qui le remplace. Il est très-bien guéri, va parfaitement à la selle et n'a encore aucune récidive.

Chez le malade du nº 37, qui est encore dans nos salles, la tumeur s'élevait tellement haut dans le rectum que j'ai pratiqué une ablation incomplète. Néanmoins, vous l'avez vu ce matin, la plaie est en bonne voie de cicatrisation, le malade va bien, il engraisse. Eh bien, là encore, incontestablement, nous avons par notre intervention produit un très-grand soulagement.

Mais combien durera-t-il? Dans les recueils spéciaux les observations publiées indiquent une survie variant entre trois mois et deux ans à la suite de l'ablation. La pratique des chirurgiens anglais ne donne pas en réalité des résultats supérieurs. Quant aux ablations de 30 centimètres du rectum, j'avoue qu'elles me laissent quelque peu pensif ; c'est tout ce que j'en veux dire.

Je note en passant la rectotomie préconisée par mon collègue et ami, M. le professeur Verneuil, et qui est une opération palliative du même genre que l'entérotomie. Un malade souffre d'un rétrécissement intestinal résultant de sa tumeur du rectum, il souffre de la rétention des matières, la péritonite est imminente ; nous ne pouvons pas pratiquer l'ablation, faisons la rectotomie. Ce jugement est assez rationnel. Il est certain qu'une tumeur accessible en hauteur, mais adhérente aux parois, est le cas de faire la rectotomie.

Ici, chez le jeune garçon que nous avons à opérer aujourd'hui, tel n'est pas le fait, car nous n'arriverions pas jusqu'au niveau supérieur de la tumeur. Dans ces conditions, la dernière ressource qui nous reste est de créer une voie qui permette de donner cours et issue aux matières intestinales. Cette ouverture de dérivation doit être faite le plus bas possible, c'est-à-dire sur le côlon descendant.

La côlotomie peut être pratiquée dans deux régions différentes :

1º A la partie antérieure de l'abdomen, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté gauche ;

2º A la partie postérieure et latérale du flanc gauche, dans un point où le côlon n'est pas recouvert par le péritoine.

La première s'appelle la côlotomie inguinale, la seconde la côlotomie lombaire.

Cette dernière est préférable, à plus d'un titre ; d'abord, théoriquement, il est plus rationnel d'établir un anus artificiel dans la région postérieure du tronc, c'est-à-dire là où existe l'anus normal ; ensuite il est beaucoup plus facile de faire porter en arrière un appareil contentif qu'en avant où il gênerait certainement les mouvements de flexion de la cuisse sur le tronc. Enfin la création d'un anus artificiel présente encore l'avantage d'une survie peut-être plus longue. Certains malades ont pu vivre ainsi près de cinq années. J'ajouterai, comme argument décisif, que la côlotomie lombaire, bien que difficile et susceptible d'échouer, présente cet immense avantage sur la côlotomie inguinale que c'est une opération extra-péritonéale et, par suite, beaucoup moins dangereuse.

Allingham cite, dans son ouvrage, 11 cas de côlotomie lombaire pratiquée par lui, dont 3 pour des rétrécissements non cancéreux du rectum, et dans lesquels la survie a été la plus longue ; elle a atteint quatre, cinq et cinq ans et demi. M. Peyrot, dans sa thèse pour l'agrégation, a relevé un chiffre de 126 cas de côlotomie lombaire, sur lesquels 46 ont eu une survie de moins d'un mois, soit que les malades aient succombé pendant le cours de l'opération, soit le lendemain, soit enfin dans les huit premiers jours ; ces cas les plus malheureux donnent donc un chiffre de 36,5 0/0. Pour les 80 malades restant, la survie varie entre deux mois et cinquante-cinq mois. Enfin la moyenne serait de cinq mois et demi.

La côlotomie lombaire est donc une opération bénéficiante, soulageante, qui, si elle ne comble pas tous nos désirs, nous donne certainement des résultats dont nous devons tenir compte.

Néanmoins c'est une opération encore redoutable, mal réglée, d'exécution assez difficile, dont le manuel opératoire n'est pas définitivement établi.

Allingham cependant a indiqué un très-bon point de repère, c'est-à-dire à 2 centimètres en arrière du milieu de la crête iliaque, d'où l'on élève par la pensée une ligne verticale qui correspond à la position normale du côlon descendant. Tel serait le lieu de l'incision à pratiquer.

Bryant préfère, et je partage son avis, une incision oblique partant du même point qu'Allingham, mais se dirigeant en arrière et en haut. C'est ce dernier procédé que j'adopterai dans l'opération que je vais pratiquer maintenant.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'ÉROSION DES DENTS

CONSIDÉRÉE COMME SIGNE RÉTROSPECTIF DE L'ÉCLAMPSIE INFANTILE (1)

(*Syphilis dentaire de MM. Hutchinson et Parrot*)

Par M. le docteur E. MAGITOT.

III

Abordons maintenant la troisième et dernière partie de cette argumentation, c'est-à-dire la démonstration que l'érosion dentaire, dans ses formes d'*échancrure*, de *sillon*, de *nappe*, etc., est le signe rétrospectif constant de l'éclampsie infantile.

Et d'abord voici un tableau dans lequel nous avons réuni *quarante* observations d'érosion dentaire dans leurs rapports étroits et exclusifs avec l'éclampsie. Ce tableau présente en trois colonnes parallèles :

1º La lésion dentaire, son lieu d'élection, le niveau des dents affectées, soit de la dentition temporaire, soit de la permanente ;

2º Dans une autre colonne, l'âge des attaques éclamptiques, leur durée, leur intensité ;

3º Dans la dernière colonne, l'étude des antécédents et des maladies intercurrentes.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 octobre 1881.

Ce travail est le résumé d'une communication faite par l'auteur au Congrès des sciences médicales de Londres (section XII, maladies des enfants), le 5 août 1881.

TABLEAU N° 3.

Résumé analytique de 40 observations d'érosion dentaire due à l'éclampsie infantile.

Nos D'ORDRE.	NOMS DES AUTEURS.	SEXE ET AGE des sujets.	FORME ET NIVEAU DE L'ÉROSION.	DATE ET DURÉE DES ATTAQUES ÉCLAMPTIQUES.	OBSERVATIONS.
1	Broca, cité par Castanié (loc. cit., p. 49).	H 17 ans.	Sillon circulaire aux trois quarts de la couronne des incisives, faible aux canines.	Attaques d'éclampsie répétées à la 2e année et durant environ 2 mois.	
2	Broca (loc. cit., p. 50).	H 20 ans.	Sillon circulaire d'un millimètre au milieu de la couronne des incisives, au tiers des canines.	Crises éclamptiques ayant duré 3 mois à l'âge de un an et demi.	L'éclampsie a laissé après elle une contracture des membres supérieurs ; rougeole à 7 ans ; variole à 10 ans.
3	David, cité par Rattier (loc. cit., p. 41).	H 28 ans.	Sillon courbe à 2 millimètres du bord libre des incisives ; sillon droit aux premières molaires.	A l'âge de six semaines, accès convulsifs durant 8 jours et compliquant une bronchite.	Aucun soupçon de syphilis.
4	Rattier (loc. cit., p. 40).	H 22 ans.	Échancrure du bord libre des incisives ; érosion profonde des premières molaires.	Du 12e au 13e mois, série d'attaques éclamptiques.	A 6 ans, rougeole légère.
5	Broca, cité par Rattier (loc. cit., p. 38).	H adulte.	Érosion en nappe occupant le tiers de la hauteur des incisives centrales, le quart des latérales, le sommet des canines et la moitié des premières molaires.	Crises convulsives fréquentes et violentes pendant les 18 premiers mois de la vie.	Pas trace de rachitisme ; les convulsions ont laissé à leur suite un tic de la face.
6	Quinet (loc. cit., p. 52).	H 30 ans.	Sillon simple des incisives centrales à 4 millimètres du bord libre, à 2 millimètres aux latérales, près du sommet aux canines ; grosses molaires profondément cariées.	Vers l'âge de 3 ans, crises éclamptiques violentes se répétant pendant 3 jours.	Aucune autre affection infantile quelconque.
7	Quinet (loc. cit., p. 54).	H 18 ans.	Érosion en nappe des incisives centrales près du bord libre, moindre aux latérales et aux canines, très-marquée aux premières molaires.	Série d'attaques convulsives du 10e au 15e mois.	Strabisme convergent et surdité consécutifs à l'éclampsie ; aucun soupçon de syphilis.
8	Quinet (loc. cit., p. 57).	H 40 ans.	Sillon pointillé aux incisives centrales, moins marqué aux latérales, altération du sommet des canines ; très-marquée aux premières molaires.	Attaque d'éclampsie grave au 14e mois.	
9	Magitot (inédite).	H 40 ans.	Érosion en coup d'ongle des incisives centrales supérieures, des 4 inférieures ; les 4 premières molaires manquent.	Éclampsie grave dans le 2e mois de la vie.	Aucun soupçon de syphilis ; le sujet étant médecin s'est prêté à l'examen le plus complet.
10	Combe (inédite).	H 24 ans.	Érosion en sillon au voisinage du bord libre des incisives ; rien aux canines ; altération profonde des premières molaires.	Série d'attaques convulsives dans le premier mois de la vie.	Aucun soupçon de syphilis ; le sujet a un frère aîné et une sœur cadette très-bien portants sans érosion.
11	Castanié (loc. cit., p. 50).	F 20 ans.	Érosion en sillon à 2 millimètres du bord libre aux incisives centrales, à 1 millimètre aux latérales et aux canines ; au voisinage du collet aux premières molaires.	Série d'attaques éclamptiques occupant une période de 6 mois, du 18e au 24e mois.	Aucun soupçon de syphilis.
12	Castanié (loc. cit., p. 51).	F 16 ans.	Érosion en échancrure du bord libre des incisives centrales supérieures, des 4 incisives inférieures ; rien aux latérales supérieures ; érosion très-marquée aux premières molaires.	Une seule série d'attaques éclamptiques au 9e mois et mettant pendant plusieurs jours la vie en danger.	Aucune autre affection infantile quelconque jusqu'à l'âge de 9 ans.
13	Rattier (loc. cit., p. 39.	F 17 ans.	Érosion en dentelures du bord libre et sillon de la couronne aux incisives des deux mâchoires ; sillon circulaire aux premières molaires.	Au 6e mois, attaque d'éclampsie grave ; du 12e au 18e mois série d'attaques répétées et moins graves.	
14	Magitot (inédite).	F 15 ans.	Érosion en échancrure du bord libre des incisives supérieures centrales, des 4 inférieures ; rien aux latérales supérieures ; érosion profonde des molaires au voisinage de la face triturante.	Série d'attaques convulsives au 3e mois et ayant duré 24 heures.	Aucune autre affection infantile quelconque jusqu'à l'âge de 7 ans.
15	Magitot (Traité des anomalies, p. 270).	F 9 ans.	Aucune altération des dents temporaires restantes ; érosion en nappe avec amincissement extrême au voisinage du bord libre des incisives ; érosion très-marquée aux molaires.	A un an, série d'attaques éclamptiques graves.	Aucune autre affection infantile quelconque.
16	Magitot, eod. loc., p. 271.	H 14 ans.	Érosion en sillon simple de 1 millimètre de longueur au milieu de la couronne des incisives centrales, plus rapproché du bord libre aux latérales, près du sommet aux canines ; sillon aux molaires.	Au 15e mois, série d'attaques éclamptiques durant de 12 à 15 jours.	Aucune autre affection infantile quelconque.
17	Magitot, eod. loc., p. 270.	H 20 ans.	Sillon très-fin et de niveau identique au milieu de la couronne des 4 canines ; les deuxièmes molaires sont détruites par carie ; les autres dents normales.	A 8 ans, méningite grave avec accès convulsifs pendant 15 jours environ.	Aucune affection infantile quelconque avant cette époque.
18	Magitot (inédite).	H 13 ans.	Sillon simple au milieu des incisives centrales, au tiers des latérales, au quart des canines ; sillon aux premières molaires.	Au 13e mois, série d'attaques éclamptiques durant 1 mois.	Aucun soupçon de syphilis ; aucune autre affection infantile jusqu'à 12 ans, époque d'une rougeole.
19	»	H 18 ans.	Sillon pointillé vers le tiers des incisives centrales, au quart des latérales, près du sommet, aux canines, au milieu des premières molaires.	3 séries d'attaques éclamptiques durant plusieurs jours : la première au 7e mois, et les autres à une semaine d'intervalle.	Aucun soupçon de syphilis ; famille nombreuse très-bien portante ; frères et sœurs plus jeunes, n'ayant jamais été malades et ne portant pas trace d'érosion.
20	»	F 20 ans.	Sillon large avec bourrelet très-saillant au milieu de la couronne des incisives, moins élevé aux latérales et aux canines ; les premières molaires manquent.	Série d'accès convulsifs du 8e au 20e mois.	

Nos D'ORDRE.	NOMS DES AUTEURS.	SEXE ET AGE des sujets.	FORME ET NIVEAU DE L'ÉROSION.	DATE ET DURÉE DES ATTAQUES ÉCLAMPTIQUES.	OBSERVATIONS.
21	Magitot.	H 24 ans.	Érosion portant exclusivement sur la surface triturante des premières molaires qui sont couvertes d'aspérités aiguës. (V. tableau n° 2, fig. 1.)	Accidents graves de la mère pendant les derniers temps de la grossesse; accouchement au 8e mois, suivi de mort, quelques heures après la délivrance (éclampsie?).	L'enquête au sujet de la mère n'a pu être poussée plus loin. Pour le sujet, aucune affection infantile quelconque; aucun soupçon de syphilis héréditaire, ainsi qu'il résulte de l'examen très-approfondi des antécédents; pas de traces de cicatrices cutanées sur aucun point du corps.
22	»	H 9 ans.	L'érosion a le caractère d'un sillon simple siégeant à la partie moyenne des canines supérieures temporaires, persistantes, d'une échancrure sur le bord libre des incisives centrales supérieures et sur les 4 inférieures. Aux molaires, elle occupe la face triturante qui est rugueuse et mamelonnée. (V. tableau n° 2, fig. 2.)	Une première série d'attaques éclamptiques s'est produite au début du 2e mois et a duré trois jours avec dysurie et même rétention complète nécessitant le cathétérisme. Cette première attaque a été suivie de cinq autres se produisant au début de chacun des mois suivants avec le même caractère et la même durée.	Aucune autre affection quelconque jusqu'à 10 ans; parents très-bien portants, sans aucun soupçon de syphilis; pas de fausse couche de la mère; le sujet a un frère cadet âgé de 7 ans qui n'a jamais été malade et n'a aucune érosion sur les premières molaires qui sont en place, ni sur les incisives centrales supérieures qui ont achevé leur sortie.
23	»	F 18 ans.	Érosion en échancrure du bord libre des incisives centrales supérieures et des 4 inférieures; sillon simple des premières molaires, immédiatement au-dessous de la snrface triturante; deux de ces molaires sont détruites par la carie consécutive à l'érosion. (V. tableau n° 2, fig. 3.)	Au 3e mois, séries d'attaques éclamptiques ayant duré 24 heures avec menace d'asphyxie; état grave; imminence de mort.	Aucune autre affection intercurrente jusqu'à l'âge de 7 ans; aucun soupçon de syphilis.
24	»	F 15 ans.	Exagération de l'état précédent; érosion en échancrure profonde du bord libre des incisives centrales supérieures, des 4 inférieures, très-marquée aux centrales, moindre aux latérales; rien aux incisives latérales supérieures ni aux canines des deux mâchoires. (V. tableau n° 2, fig. 4.)	Au 6e mois de la vie, série d'attaques convulsives ayant duré 24 heures.	Aucune autre affection intercurrente de la première enfance, jusqu'à 7 ans, époque d'une rougeole bénigne; aucun soupçon de syphilis.
25	»	F 18 ans.	Érosion en sillon pointillé au tiers supérieur des incisives centrales, au quart inférieur des latérales, au cinquième des canines et à la moitié de la première molaire gauche; même niveau aux dents antéro-inférieures; les 3 autres molaires sont détruites par la carie consécutive à l'érosion. (V. tableau n° 2, fig. 5.)	Attaques d'éclampsie très-graves survenues au 7e mois en trois séries avec intervalle de 2 ou 3 jours, l'ensemble des crises ayant duré conséquemment environ 9 jours.	Aucune autre affection infantile; aucun soupçon de syphilis. La famille, composée de : père, 50 ans; mère, 40 ans et 3 enfants : 1° celui qui fait l'objet de l'observation; 2° 16 ans, ayant eu à 10 ans une rougeole simple; 3° 12 ans, ayant eu à 2 ans une fièvre typhoïde très-grave ayant duré 6 semaines. Chez ces deux derniers, aucune érosion. La famille, habitant la campagne, a été observée de tout temps par le médecin de la localité, qui donne sur la question de la syphilis les assurances les plus formelles.
26	»	F 21 ans.	Érosion en double sillon au tiers inférieur des incisives centrales supérieures, en sillon unique près du bord libre des latérales, en double sillon aux incisives inférieures et au quart supérieur; en nappe profonde, à la partie moyenne des 4 premières molaires; rien aux canines dont l'angle est cependant émoussé. (V. tableau n° 2, fig. 6.)	Deux séries d'attaques éclamptiques : la première survenue au 6e mois et caractérisée par dix attaques se produisant pendant 24 heures suivies de coma et laissant après elles divers désordres de la santé. La seconde apparaissant au 9e mois à peu près de même nature et de même durée totale.	Aucune autre affection infantile quelconque jusqu'à l'éruption. Une enquête très-minutieuse ne permet aucun soupçon de syphilis. Le sujet a deux frères plus jeunes que lui, dont l'un n'a jamais été malade dans son enfance, et l'autre a eu une scarlatine grave à 3 ans. Aucun d'eux n'a d'érosion.
27	»	F 20 ans.	Érosion en nappe des douze dents antérieures et des quatre molaires, sauf les deux incisives inférieures gauches où la lésion a le caractère d'échancrure par suite de la fracture du bord libre. (V. tableau n° 2, fig. 7.)	A 4 mois, série d'attaques convulsives dont l'ensemble a duré 18 heures. État très-grave, menace d'asphyxie; à la suite, contracture permanente des deux membres du côté gauche; réapparition 2 jours après d'une nouvelle série d'attaques durant 15 jours et caractérisées par 2 ou 3 attaques par jour suivies de coma; troubles de l'intelligence jusqu'à l'âge de 18 mois où la santé se rétablit.	Aucun soupçon de syphilis, ainsi qu'il résulte de l'examen approfondi de la famille : père et mère vivant encore; frère cadet très-bien portant, sans érosion.
28	»	F 20 ans.	Érosion en nappe occupant à la mâchoire supérieure à peu près la moitié de la hauteur des incisives centrales, le tiers des latérales et le sommet des canines. A la mâchoire inférieure le tiers de la hauteur des incisives centrales et le quart des latérales, le sommet des canines; les quatre premières molaires sont détruites par la carie. (V. tab. n° 2, fig. 8.)	Nombreuses séries d'attaques éclamptiques comprenant dans leur ensemble la période entre le 8e et le 30e mois et consistant en crises graves suivies de coma durant de 4 à 6 heures.	Le sujet a présenté dans son enfance des signes certains de rachitisme; mais, d'après l'examen approfondi de la famille, composée de père et mère, 2 sœurs aînées et un frère cadet, tous vivants et bien portants, éloigne tout soupçon de syphilis. L'état de ce sujet a été attribué à une variole grave de la mère pendant sa grossesse.
29	»	F 22 ans.	Érosion consistant en un sillon unique siégeant au même niveau vers la partie moyenne des quatre canines. (V. tableau n° 2, fig. 9.)	A l'âge de 2 ans et sans aucune affection antérieure, méningite grave ayant mis en danger pendant 3 semaines les jours de l'enfant.	Aucune autre affection infantile quelconque; aucun soupçon de syphilis.
30	»	F 15 ans.	Érosion consistant en un sillon unique siégeant vers la partie moyenne des 4 premières molaires; rien à aucune autre dent. (V. tableau n° 2, fig. 10.)	A 3 ans et 4 mois, série d'attaques convulsives ayant duré 56 heures et suivie d'un coma pendant 10 jours avec perte de connaissance.	Aucune autre affection infantile; aucun soupçon de syphilis.
31	»	H 17 ans.	Sillon simple vers le tiers des incisives centrales, au quart des latérales, au cinquième des canines; sillon au milieu des molaires.	Au 18e mois, méningite avec 3 jours de gravité et convulsions.	
32	»	F 14 ans.	Érosion en nappe de 1 millimètre 1/2 de hauteur aux incisives, aux canines et aux premières molaires.	Série d'attaques convulsives du 10e au 18e mois.	Aucune autre affection infantile quelconque.
33	»	F 18 ans.	Érosion en sillon pointillé au milieu des incisives centrales supérieures et des 4 inférieures, près du sommet des canines et vers le milieu des premières molaires.	Une seule série d'attaques éclamptiques avec coma profond durant 4 heures.	Aucun soupçon de syphilis; parents, frère aîné et frère cadet bien observés et ne présentant aucune trace morbide.

Nos D'ORDRE.	NOMS DES AUTEURS.	SEXE ET AGE des sujets.	FORME ET NIVEAU DE L'ÉROSION.	DATE ET DURÉE DES ATTAQUES ÉCLAMPTIQUES.	OBSERVATIONS.
34	Magitot.	F 22 ans.	Sillon de 1 millimètre de largeur au milieu des incisives centrales, au tiers des latérales, au quart des canines. Les molaires manquent.	Au 13e mois, série d'attaques éclamptiques occupant une période de 3 semaines.	Observation très-minutieuse de la famille; aucun soupçon de syphilis.
35	»	H 25 ans.	Érosion en sillon pointillé tout à fait au-dessous du bord libre des incisives centrales supérieures et des 4 inférieures; rien aux latérales supérieures ni aux canines; érosion profonde des molaires.	Dans le cours du 4e mois, deux séries d'attaques convulsives le même jour et durant ensemble 24 heures.	Ce jeune homme, qui est fils de médecin et étudiant en médecine, donne sur ses antécédents les renseignements les plus précis qui éloignent toute idée de syphilis.
36	»	F 18 ans.	Érosion en échancrure du bord libre des incisives centrales supérieures, des 4 inférieures; sillon au tiers des premières molaires.	Au 6e mois, une seule série d'attaques convulsives ayant duré 4 heures.	Aucune autre affection infantile quelconque. Aucun soupçon de syphilis.
37	»	F 20 ans.	Érosion en nappe au tiers de la couronne des incisives centrales, au quart des latérales; sillon annulaire au sommet des canines; les molaires manquent.	Au 4e mois, série d'attaques convulsives durant 3 semaines et laissant à sa suite des accidents divers, graves, jusqu'au 18e mois.	L'examen très-attentif de la famille et de deux frères plus jeunes ne permet de retrouver aucune trace de syphilis héréditaire.
38	»	H 11 ans.	Érosion en escalier comprenant 6 ou 8 sillons vagues superposés aux incisives, aux canines et aux premières molaires.	Au 6e mois, début d'une série d'attaques éclamptiques durant plus de 6 mois à 8 à 10 à chaque série; coma consécutif.	Ces deux sujets, qui sont frères, appartiennent à une famille composée de père et mère très-robustes et de six enfants: deux qui font l'objet de ces observations et quatre autres n'ayant jamais été malades et ne présentant aucune érosion; aucun soupçon de syphilis héréditaire.
39	»	H 8 ans, frère du précédent.	Érosion en sillon des 2 incisives centrales supérieures; les latérales manquent; sillon aux 4 incisives inférieures et aux 4 premières molaires.	Série d'attaques éclamptiques au 7e mois de la vie.	
40	»	H 25 ans, étudiant en médecine.	Érosion en échancrure du bord libre des incisives centrales supérieures, des centrales et latérales inférieures, du sommet des canines et d'une certaine étendue des premières molaires.	Au 6e mois, à la suite d'une chute d'un 1er étage sur la tête, série d'attaques convulsives durant 5 jours.	Le sujet, très-préoccupé des opinions qui rattachent l'érosion dentaire à la syphilis héréditaire, se prête au plus minutieux examen des antécédents et de l'état actuel; aucun soupçon de syphilis.

REVUE DE LA PRESSE

Déviation conjuguée des yeux et rotation de la face dans les lésions bulbo-protubérantielles. — M. le docteur Quioc, chef de clinique ophthalmologique, termine une longue étude sur cette question par les conclusions suivantes :

A. *Au point de vue de la déviation conjuguée des yeux.* — 1° Le nerf moteur oculaire externe fournit une anastomose constituée par des fibres périphériques, allant obliquement, à travers la moelle allongée, du noyau de la sixième paire au tronc de la troisième du côté opposé.

2° Toute lésion portant, soit sur le noyau, soit à la fois sur le tronc de la sixième paire et sur l'anastomose qui va vers l'oculo-moteur du côté opposé, amène une déviation conjuguée des yeux.

3° La déviation conjuguée des yeux par paralysie du droit externe et inaction conjuguée du droit interne opposé, et se faisant du côté des muscles paralysés, est due à une lésion atteignant la région bulbo-protubérantielle dans sa partie postérieure, dans un territoire comprenant le noyau de la sixième paire et une zone périphérique.

4° On peut aussi rencontrer une déviation conjuguée des yeux opposée à la lésion, quand celle-ci siège dans le cervelet ou dans la partie des faisceaux de la calotte qui s'étend entre les tubercules quadrijumeaux et le noyau de l'abducens.

5° La déviation conjuguée des yeux se fait du côté de la lésion quand celle-ci siège dans les hémisphères, le pédoncule de Meynert et la protubérance, pourvu que dans ce dernier cas la région bulbo-protubérantielle ne soit pas atteinte.

B. — *Au point de vue de la rotation de la face* : 1° En anatomie, les noyaux rotateurs et spécialement ceux du spinal sont en connexion avec des fibres longitudinales de la calotte qui les relient aux tubercules quadrijumeaux du côté opposé.

2° En physiologie, il en résulte que les tubercules quadrijumeaux ont une influence réflexe sur la rotation de la face.

3° En pathologie, la section des fibres de communication amène une rotation de la face du côté opposé par prédominance tonique du noyau antagoniste.

Mais la volonté exerce son influence sur les deux groupes antagonistes, de telle façon que la rotation de la face disparaît momentanément sous son influence. (*Lyon médic.*)

Traitement des abcès et des phlegmons du sein. — M. le docteur Paquet, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille, a adopté les règles suivantes dans le traitement des abcès et des phlegmons du sein : aussitôt que la fluctuation est reconnue, il fait une ponction de la tumeur avec un bistouri à large lame, sans incision. Le plus souvent il a recours à des ponctions multiples, puis à des pressions évacuatrices et à des lavages immédiats de la poche avec de l'eau phéniquée tiède à 2 pour 100. L'opération se termine par un pansement antiseptique et la compression du sein, en allant de la base vers l'ouverture de l'abcès.

Ce mode de traitement a donné à M. le professeur Paquet les résultats les plus rapides sans complication et sans laisser, par la suite, de traces apparentes. (*Bull. méd. du Nord.*)

Phlegmon de l'orbite. — M. le docteur Teillais (de Nantes) vient de publier deux cas de phlegmon de l'orbite qui se sont présentés avec des symptômes à peu près identiques et dont l'évolution cependant a été différente et la terminaison absolument contraire. L'un d'eux, en effet, observé chez une femme de soixante ans, n'a pu se terminer que par l'énucléation du globe oculaire ; derrière l'orbite on a trouvé une collection purulente qui n'a pu s'écouler librement qu'après que l'œil eût été enlevé. Le second cas est celui d'un homme de quarante-sept ans qui est arrivé à la clinique avec une exophthalmie très-prononcée de l'œil gauche. L'écoulement du pus se faisait par la fosse nasale ; la pression du cul-de-sac conjonctival supérieur était très-douloureuse et donnait la sensation d'une fluctuation très-nette. Le malade, traité par des injections nasales phéniquées, était en voie de guérison lorsqu'il fut perdu de vue par M. le docteur Teillais.

De ces deux faits l'auteur a tiré les conclusions suivantes : 1° au point de vue du pronostic, le danger d'un phlegmon de l'orbite tient surtout à ce que le pus ne trouve pas un libre accès au dehors ; 2° au point de vue du traitement, la première indication qui s'impose, quand le diagnostic est fait, c'est d'ouvrir une large voie au pus accumulé derrière l'œil. De plus, ce que la nature a fait dans le second de ces cas, le chirurgien doit le faire quand il se trouve en présence d'un phlegmon de l'orbite ; et, puisque la bénignité des symptômes, ainsi qu'un résultat heureux, ont été observés avec cette sorte de drainage naturel, tout porte à croire que le drainage chirurgical conduirait au même résultat. Il faut donc ouvrir toujours et, au besoin, établir un drain qui assure un écoulement facile et progressif du liquide. (*Journ. de méd de l'Ouest.*)

Accidents pulmonaires consécutifs au lavage de l'estomac. — M. le docteur G. Raymondaud a communiqué dernièrement à la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne le fait suivant qui s'est produit à l'hôpital de Limoges, dans le service de M. le docteur Mazard, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de cette ville.

On faisait à un malade, entré pour une gastrite simple, les lavages de l'estomac avec de l'eau froide (il est vrai que l'on était alors au mois de mai); le malade ne s'y était prêté qu'avec quelque répugnance. Dans la journée qui suivit le troisième lavage cet homme eut un violent frisson, et, dès le lendemain, on put constater les signes d'une pneumonie gauche. La mort survint le sixième jour, et l'autopsie démontra l'existence d'une inflammation du parenchyme pulmonaire du côté gauche dans toute son étendue, tandis que le poumon droit était fortement congestionné. M. le professeur Mazard, craignant que l'impression produite par l'introduction rapide d'une grande quantité de liquide froid (un litre ou deux) n'ait eu quelque part à la production de l'affection pulmonaire, a cru devoir tirer de ce fait l'enseignement que les lavages de l'estomac ne doivent point être pratiqués avec de l'eau froide, ou que, du moins, il est nécessaire de commencer par habituer l'estomac à cette médication.

Cependant, si l'on rapproche de cette observation, comme l'a fait M. Raymondaud, un cas analogue dont il fut témoin l'année dernière, dans le service de l'hôpital Tenon, où il était interne, la température de l'eau ne serait peut-être pas seule susceptible de déterminer semblables accidents.

Voici du reste cet autre fait.

Un homme de soixante ans à peine, mais d'apparence très-mauvaise, avait été admis pour une gastrite chronique simple. Après différents essais thérapeutiques restés inefficaces, on le décide à accepter la petite opération du lavage de l'estomac. Elle eut lieu de la manière suivante : on faisait passer environ deux litres d'eau tiède, et, quand l'eau ressortait claire, on injectait une bouteille d'eau de Vichy artificielle ; enfin l'opération était terminée par l'introduction d'une petite quantité de lait qui restait dans l'estomac.

Le malade avait bien supporté cette médication, lorsque, quelques heures après un quatrième lavage, il fut pris de frissons et de fièvre. Les lavages furent immédiatement suspendus, mais on n'en assista pas moins à l'évolution d'une pneumonie du côté gauche qui, le cinquième jour, se terminait malheureusement par la mort. (*Journ. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne.*)

En présence des résultats remarquables qui, d'autre part, ont été obtenus par cette nouvelle méthode thérapeutique dans certaines affections de l'estomac, les deux faits que nous venons de rapporter ne nous paraissent pas suffisants pour la faire abandonner, et le seul enseignement que l'on puisse en tirer peut-être serait le rejet absolu de l'eau froide, comme l'a fait remarquer M. le professeur Mazard, et peut-être aussi quelques précautions nouvelles, bien que l'on ne se fût départi en rien du manuel opératoire recommandé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 octobre, M. le docteur Péborde, médecin-major de deuxième classe au 1er régiment de chasseurs d'Afrique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 8 octobre, la chaire de chimie, précédemment occupée par M. Henri Sainte-Claire-Deville, à la Faculté des sciences de Paris, est déclarée vacante.

— En vertu d'une décision ministérielle, en date du 8 octobre, tous les navires provenant de la mer Rouge et d'au delà, à destination de la France, devront faire viser leur patente de santé, non plus à Port-Saïd, mais à Suez, par le consul de France assisté du médecin sanitaire français.

Nouvelles des épidémies. — *Choléra.* — Nous trouvons dans différentes correspondances les renseignements suivants sur la marche des épidémies qui sévissent actuellement et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs à plusieurs reprises, ainsi que sur les mesures qui viennent d'être prises.

Tout d'abord nous devons dire que les dernières nouvelles du choléra sont mauvaises. Elles portent qu'à Aden, sur 22 cas, il y aurait eu 22 décès. A la Mecque, où, comme l'on sait, il s'est manifesté avec une assez grande violence, il paraît probable qu'il existe depuis au moins un mois, car, à cette époque, 7 ou 8,000 pèlerins venant des Indes et ayant touché à Aden y étaient déjà arrivés.

Quoi qu'il en soit, les mesures suivantes ont été adoptées par le Conseil international de santé, d'accord avec le souverain de la Sublime-Porte :

Mesures défensives par mer. — 1° Tout navire provenant des ports d'Égypte sur la Méditerranée sera soumis à une observation médicale d'au moins vingt-quatre heures, et à deux visites, l'une à l'arrivée, l'autre au départ.

2° Tout navire venant des Indes (le choléra sévit avec intensité à Lahore) et de la mer Rouge, qu'il ait subi déjà ou non la quarantaine, sera soumis à une quarantaine de dix jours pleins dans l'un des ports à lazaret de l'empire. Ces ports sont Beyrouth, Smyrne, la Canée et Salonique. Pour plus de sécurité, on ne fera pas aux Dardanelles une quarantaine, qui sera subie exclusivement dans les ports à lazaret. On y soumettra simplement à la visite médicale de vingt-quatre heures les navires appartenant à la catégorie ci-dessus mentionnée.

3° Tout navire dont l'état sanitaire sera mauvais ou suspect, en dehors du choléra, ou dont les conditions hygiéniques seront défectueuses, subira le débarquement du personnel et des marchandises ainsi que la désinfection dans un port à lazaret. Il ne recevra sa libre pratique que dix jours au moins après la constatation formelle de la disparition de la maladie et sur autorisation expresse du Conseil international de santé.

Mesures préventives par terre. — 1° Établissement d'un cordon sanitaire dit syro-égyptien allant du port de Gaza vers l'intérieur.

2° Quarantaine de dix jours pleins imposée, à trois jours au moins de marche au sud de Damas, à toute caravane de pèlerins et à toute provenance de l'Arabie.

3° La même mesure sera appliquée sur les frontières de l'Arabie, ainsi que dans tout centre où l'autorité jugera utile de se prémunir contre les provenances de cette contrée.

4° Bassorah soumettra à la quarantaine toutes les provenances d'Aden, de la mer Rouge, du golfe Persique, et en général de toute localité suspecte.

Le Conseil international a pris en outre quelques mesures utiles, comme celles d'arrêter le mouvement des pèlerins de la Mecque, bien qu'il ne soit plus, à beaucoup près, aussi actif que dans les premiers temps du pèlerinage, d'assurer un service de correspondance rapide entre l'Arabie et Constantinople. Il a aussi délégué à la Mecque le docteur Arif-Bey, vice-président du conseil sanitaire.

L'Égypte, de son côté, vient de prendre des mesures énergiques. Par décision du 27 septembre, le Conseil sanitaire international d'Alexandrie a ordonné que, pendant toute la durée de l'épidémie, toute communication serait interrompue par terre et par mer entre l'Arabie et l'Égypte. Il a également décidé d'engager avec insistance les puissances musulmanes à interdire tout nouveau départ de pèlerins.

Fièvre jaune et variole. — Notre colonie du Sénégal est toujours cruellement éprouvée; les dernières nouvelles de Saint-Louis parvenues au ministère de la marine nous apprennent qu'à la fièvre jaune est venue s'ajouter une épidémie de variole qui sévit surtout sur la population indigène. L'affection éruptive est d'autant plus redoutable que la plupart des noirs du Sénégal ne sont pas vaccinés.

L'administration s'est empressée de prendre les mesures commandées par ces douloureuses circonstances; malheureusement, le vaccin faisant à peu près défaut dans la colonie, les médecins n'ont pu jusqu'alors s'en procurer. Le ministère de la marine, immédiatement informé de ces faits, s'est empressé d'expédier, par le premier courrier, le vaccin nécessaire au service sanitaire.

— Le vapeur français *le Richelieu*, venant de Gorée avec 97 passagers, a été, dès son arrivée en rade du lazaret de Pauillac, mis en quarantaine pour cinq ou huit jours, selon l'amélioration qui se produira dans l'état sanitaire des passagers pendant ces quelques jours. Le navire a eu 6 décès pendant la traversée. A son entrée en rade, il restait encore 4 malades, dont un seul était atteint de la fièvre jaune.

Peste. — Pour terminer ce qui a rapport aux épidémies actuelles, nous dirons que la peste a fait son apparition dans le district de Novgorod et dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg. Mais, jusqu'à présent, l'épidémie paraît être d'une certaine bénignité. C'est ainsi que, dans la commune de Malbedew, sur 50 personnes atteintes, 3 seulement auraient succombé.

— Le ministre de la guerre a fait établir par le Conseil de santé, pour la première quinzaine de septembre, dont les situations lui sont parvenues, l'état sanitaire comparatif des troupes de l'intérieur, de la Tunisie et de l'Algérie.

Il résulte de ce travail que la proportion des malades et des décès était la suivante :

Situation du 5 au 10 septembre :

	Malades.	Décès.
Tunisie.	5.10 0/0	0.017 0/0
Algérie.	4.85 0/0	0.052 0/0
France.	4.70 0/0	0.067 0/0

Situation du 10 au 15 septembre :

	Malades.	Décès.
Tunisie.	4.83 0/0	0.092 0/0
Algérie.	4.82 0/0	0.038 0/0
France.	4.30 0/0	0.056 0/0

On voit, d'une part, que l'écart entre les chiffres de l'intérieur et de l'extérieur n'est pas très-considérable, et d'autre part que la situation est en voie d'amélioration sensible aussi bien en Tunisie et en Algérie qu'en France.

*Le Directeur : D*r *E. Le Sourd.*

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11789.

Nº 118. — JEUDI 13 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 13 OCTOBRE 1881. — Nº 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. J. Guérin a occupé seul la tribune pendant toute la séance pour la discussion et l'examen critique de la communication de M. Bouley, relative à l'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine. L'improvisation de M. Guérin touche à trop de faits et soulève trop de questions de principe pour qu'il nous ait été possible, sur une simple audition, d'en reproduire un résumé ou d'en faire même ici une suffisante appréciation. Nous attendrons que ce discours ait été publié dans le *Bulletin de l'Académie* pour en mettre une analyse sous les yeux de nos lecteurs. Pour le moment, nous complétons dans le compte-rendu la nouvelle communication que M. Bouley a faite dans la dernière séance, à la suite de sa réponse à M. Leblanc, et qui est relative à la vaccination du charbon symptomatique. Nous avons indiqué, dans notre compte-rendu de la précédente séance, les résultats seulement des expériences faites à Chaumont par MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Mais il n'était pas moins important de faire connaître en quoi consiste la découverte de ces habiles expérimentateurs et quel est le fait scientifique qui en ressort, ce qui est précisément un des points sur lesquels porte le débat engagé ; c'est ce que l'on trouvera dans le compte-rendu d'aujourd'hui.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

De quelques conformations vicieuses du bassin.

Parmi les conformations vicieuses du bassin, qui préoccupent fréquemment les accoucheurs, il en est une surtout qui est un sujet d'inquiétude : je veux parler du bassin des femmes atteintes de claudication. Je dis ce mot, claudication, intentionnellement, en raison des causes diverses qui peuvent la produire. L'une de ces causes, la plus fréquente, est la luxation spontanée de l'articulation coxo-fémorale, luxation simple si elle ne comprend qu'une articulation, luxation double si elle les frappe toutes deux.

Une autre cause de claudication est un arrêt de développement des membres tel, par exemple, que l'une des jambes se trouve plus courte que l'autre. La claudication peut encore être la suite d'une tumeur blanche du genou guérie, d'une coxalgie sans luxation, d'un traumatisme du pied, d'une opération chirurgicale comme l'amputation de Chopart, etc.

Mais, je le répète, de toutes ces causes, la plus fréquente, c'est encore la luxation coxo-fémorale simple ou double. J'ai bien eu l'occasion, en ville, d'accoucher une vingtaine de femmes atteintes de claudication par luxation de la hanche ; de plus, j'ai été maintes fois consulté, lorsqu'il s'agissait de mariage, relativement à l'influence de la claudication sur la grossesse et l'accouchement à venir, sur ses suites possibles, ses dangers, etc.

L'an dernier même, j'ai été appelé, avec un de mes confrères des hôpitaux, à me prononcer au sujet d'une jeune fille atteinte d'une double claudication, et qui était sur le point de se marier.

C'était une jeune personne que j'avais mise au monde, vingt ans auparavant, et dont le souvenir m'était resté par suite de certain incident particulier, dont j'ai parlé, il y a un an environ, dans une de mes cliniques. Les parents ne voulaient donner leur consentement définitif au mariage, que si nous émettions l'avis d'une parturition possible sans danger, dans le cas où cette jeune fille, se mariant, deviendrait enceinte. Leur crainte était basée sur ce fait, que leur fille était atteinte d'une double luxation coxo-fémorale, qui ne lui permettait de marcher qu'en se dandinant ; elle n'en était pas moins très-recherchée en mariage. Il est vrai que la fortune se chiffrait par un nombre plus que respectable de millions.

Or, l'incident auquel j'avais dû de me rappeler la naissance de cette jeune fille, c'est que sa mère, femme de très-petite taille, avait un rétrécissement du bassin très-prononcé, que de plus, au moment de l'accouchement, j'avais eu affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne, qui dans ces conditions m'avait vivement préoccupé. J'étais jeune praticien alors, c'était une fille unique ; les parents, comme je viens de vous le dire, étaient à la tête d'une fortune considérable ; enfin, lorsque, après avoir éprouvé mille et une peines à dégager les membres par de fortes tractions, l'enfant venait au monde, elle était dans un état de mort apparente, que j'avais considérée presque comme définitive.

En effet, retenu auprès de la mère par une hémorrhagie sérieuse, survenue aussitôt après la naissance, ce fut seule-

ment après avoir arrêté l'écoulement du sang par l'administration du seigle ergoté et par des frictions sur le ventre et après avoir procédé à la délivrance que je pus m'occuper de l'enfant. J'employai alors tous les moyens propres à la rappeler à la vie, et ce ne fut que grâce à un long temps passé en soins de toute nature, et surtout à l'insufflation des poumons par le tube laryngien, que je parvins enfin à la ranimer.

Cette enfant vivait donc, et au bout de trois semaines je la perdais de vue. J'appris plus tard que, les parents s'inquiétant de ce qu'à l'âge de dix-huit mois, non-seulement elle ne marchait pas, mais encore qu'elle ne pouvait se tenir debout, Nélaton fut prié de la voir. Après un examen attentif, il fut reconnu qu'elle était atteinte d'une double luxation coxo-fémorale congénitale.

Sans vouloir nier en rien l'existence de ces luxations congénitales dont j'ai observé dans le cours de ma pratique, comme je vous le disais tout à l'heure, plusieurs exemples, je me suis demandé si, dans le cas actuel, je n'avais pas plutôt affaire à ce que j'appellerai une luxation *obstétricale*, c'est-à-dire si l'accouchement n'avait pas été pour tout ou partie dans sa production, par les fortes tractions que j'avais été obligé de pratiquer sur les membres inférieurs, afin de provoquer leur sortie de la cavité utérine à travers un bassin trop étroit.

Bref, c'est à cette double luxation coxo-fémorale que je devais d'être appelé de nouveau dans la famille, inquiète de savoir si cette infirmité n'avait pas entraîné quelque déformation du bassin qui rendrait les suites du mariage dangereuses pour la jeune fille.

J'ai donc procédé à un examen complet du squelette; j'ai même pu pratiquer, avec les plus grandes précautions, le toucher vaginal, sans produire aucune déchirure. J'ai constaté l'existence d'une double luxation coxo-fémorale, avec cette particularité, que la tête de l'un des fémurs était située à un niveau supérieur à celle du côté opposé. Je n'ai découvert aucune trace de rachitisme; les fosses iliaques m'ont semblé convenablement étalées, présentant des dimensions à peu près normales.

Enfin, le bassin m'ayant paru avoir une capacité suffisante, j'ai déclaré que cette jeune fille me semblait pouvoir se marier et présenter les conditions nécessaires pour, en cas de grossesse, pouvoir accoucher. J'ai appris depuis lors qu'elle s'était mariée.

Il y a quinze mois environ, j'ai été consulté pour une jeune fille, grande et belle, qui désirait se marier. Elle était atteinte d'une luxation coxo-fémorale, simple, luxation en bas et en dedans du côté du trou obturateur, telle que le genou, tourné presque complètement en dedans, allait heurter le genou opposé, au point de s'y être creusé une sorte d'empreinte. Je constatai, par suite, une première difficulté, c'est-à-dire l'impossibilité des rapports sexuels dans les conditions ordinaires. Du consentement de la famille de la jeune fille, le futur gendre vint à son tour me consulter, et je crus devoir le prévenir que les rapports sexuels ne pourraient avoir lieu dans les conditions ordinaires, mais, permettez-moi l'expression tout au moins en latin, *à posteriori secundum canes*. J'aurais pu ajouter, mais je ne l'ai pas jugé utile, que si la jeune femme devenait enceinte, l'accouchement ne se ferait plus, celle-ci couchée sur le dos, mais bien dans l'attitude adoptée par les Anglaises, c'est-à-dire sur le côté; enfin, que si une application de forceps devenait nécessaire, elle devrait être pratiquée par derrière, la femme conservant le décubitus latéral. Du reste, chez elle, le bassin présentait des dimensions suffisantes pour l'accouchement.

Les déviations antéro-postérieures de la colonne vertébrale, dont je vous ai parlé il y a plusieurs mois (1), peuvent, selon le siège de cette déviation, déterminer une conformation vicieuse du bassin. En effet, la cyphose peut se rencontrer à différentes hauteurs du rachis : à la région cervicale, où elle est la plus commune; à la région dorsale formant ce qu'on appelle la bosse de polichinelle et pouvant comprendre à la fois les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires; enfin, à la région lombaire descendant quelquefois jusqu'à la partie supérieure du sacrum.

Lorsque la cyphose existe en haut de la colonne vertébrale, elle est à peu près sans influence sur le développement du bassin; il en est de même pour la cyphose dorsale supérieure où généralement la conformation du bassin, irrégulière seulement, laisse à celui-ci des dimensions suffisantes, et n'entraîne aucune difficulté pour l'accouchement. Cependant, même dans ces cas-là, il est toujours nécessaire d'examiner avec soin la femme avant la parturition, afin de se rendre un compte exact du squelette des os iliaques.

Par contre, lorsque la courbure du rachis est située dans la région lombaire, elle entraîne des déformations spéciales caractérisées par l'élongation du détroit supérieur, dont le diamètre antéro-postérieur est plus grand que d'habitude ($0^m,132$ au lieu de $0^m,11$, chiffre normal); le sacrum est moins concave en avant et d'une convexité moins régulière en arrière. Le diamètre transverse est plus ou moins rétréci; sur le squelette que je tiens en ce moment, ce diamètre n'est plus que de $0^m,10$.

Dans ces dimensions, la tête peut encore passer. Mais, si la cyphose est plus prononcée, si le diamètre antéro-postérieur atteint 14 ou 15 centimètres, l'arcade pubienne très-rétrécie et les branches ischio-pubiennes fortement rapprochées rendent le bassin d'autant plus dangereux pour l'accouchement que la partie supérieure est plus large. Ces modifications de structure sont heureusement rares.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

Des bains de mer : indications et contre-indications.

L'eau de la mer est d'une température à peu près uniforme, variant entre 15 et 20 degrés l'été. Elle contient de 25 à 26 grammes de sel marin par litre, ainsi qu'une certaine quantité de brome, d'iode, etc. Elle peut être administrée sous la forme de bains froids ou chauds, d'injections et de pulvérisations, ainsi qu'à l'intérieur.

La première action du bain de mer froid est de ralentir la circulation et la respiration, de produire une oppression plus ou moins vive. L'individu qui reste dans l'eau perd de son calorique et se refroidit au point de pouvoir éprouver certains accidents. Mais, à sa sortie du bain, il ressent un certain soulagement; la respiration devient plus large, le pouls s'accélère, la peau s'échauffe; il survient une céphalalgie lente, mais nettement accusée, et le sujet est courba-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 18 janvier 1881.

turé ; de là l'usage des bains de pieds très-chauds en sortant de la mer.

Ainsi donc deux actions bien distinctes : 1° au moment du bain, ralentissement des fonctions et oppression ; 2° à la sortie, accélération, céphalalgie et brisement des forces.

L'usage répété des bains de mer froids entraîne, par les poussées congestives vers la tête, une propension aux migraines et une excitation du système nerveux. Plus tard, si les malades s'y habituent, l'appétit augmente, la digestion est plus rapide, la constipation est fréquente; sinon, bientôt l'appétit fait défaut et les digestions se font plus lentement.

Voici pour l'action des bains de mer froids en général.

Les bains de mer tièdes ont des effets moindres, les poussées congestives sont moins prononcées, la réaction est moins grande.

Tels sont en résumé les effets physiologiques des bains de mer ; effets qui vont nous servir immédiatement à distinguer les cas où leur emploi est indiqué de ceux où il est contre-indiqué.

Parmi ces derniers, nous classerons tout d'abord les sujets qui ont dépassé l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, surtout s'ils ont déjà quelque tendance aux vertiges ou aux congestions. Ces derniers même se trouveront fréquemment mal du séjour au bord de la mer. Il en est de même des enfants au-dessous de deux ans auxquels les bains de mer froids sont également interdits, mais le bord de la mer ne leur est pas défendu non plus que les lavages à l'eau de mer chaude.

A partir de trois ans, le traitement maritime n'est plus contre-indiqué, sauf chez les enfants irritables, doués d'une certaine excitation cérébrale, nerveux, épileptiques, névropathiques, auxquels même l'air salin par son atmosphère excitante ne convient pas. De même pour les individus pléthoriques plus âgés.

Chez les choréiques, lorsque la période aiguë est passée, on peut essayer le traitement maritime, si le sujet n'est pas excitable, et s'il n'est pas né de parents nerveux ou hystériques. Il ne faut, non plus, jamais envoyer les hystériques aux bains de mer, même lorsque les attaques ont cessé.

Hier même, j'étais consulté par les parents d'une jeune fille sujette à des attaques de grande hystérie. Je défendis absolument les bains de mer, conseillant de conduire cette jeune fille à Bigorre, qui est une station unique pour les névropathes.

Tous les auteurs disent que les malades atteints de rhumatisme chronique peuvent être envoyés à la mer. Tel n'est pas mon avis ; c'est à mes yeux une concession fâcheuse, car la plupart d'entre eux s'en trouvent mal, surtout s'ils prennent des bains de mer, car bientôt on verra apparaître de nouvelles manifestations rhumatismales.

Quant à l'arthrite chronique, il faut savoir distinguer celle qui dépend du rhumatisme de celle qui appartient à la scrofule ; je parle ici seulement des rhumatisants, qu'il ne faut jamais envoyer à la mer sous peine d'accidents.

Pour les affections du cœur, je vous citerai le fait suivant. Un de mes clients avait un bruit de souffle léger avec un peu d'asthme cardiaque. Il y a deux ou trois ans, il vint me trouver, me disant qu'il voulait aller rejoindre son fils à Dieppe. Je le lui défendis, par crainte de complications susceptibles de survenir sous l'influence seule d'une station maritime. Néanmoins il partit, voulant en essayer malgré mes observations. Les quatre ou cinq premiers jours se passèrent très-bien, sans aucun accident; mais dès le sixième il se plaignait d'une oppression assez vive ; le lendemain, on constatait une congestion des deux poumons, des battements violents du cœur, une céphalée très-vive, en un mot toute une série de phénomènes tels qu'il repartait aussitôt pour Senlis.

J'ai vu aussi, il y a quelques années, un enfant atteint d'endo-péricardite que ses parents avaient emmené, malgré ma défense, à Villers-sur-Mer, s'en trouver si mal, qu'on dut le ramener en toute hâte à Paris, où il succombait peu de temps après à une hydropisie, suite de son séjour dans une station maritime.

Vous n'enverrez donc jamais aux bains de mer des malades atteints d'hypertrophie du cœur, d'affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, d'irritation cardiaque, d'albuminurie ou de maladie de Bright.

Il en sera de même des affections cutanées aiguës, — cela va de soi, — et même chroniques, à moins qu'elles ne relèvent de la scrofule, et encore ! La mer est défendue à toutes les affections herpétiques et démangeantes. Le lupus s'en trouve mal également. Par contre, l'ozène en retire un certain bénéfice.

Toutes les ophthalmies chroniques sont une contre-indication à la mer et surtout aux plages sablonneuses de la Normandie. Certaines d'entre elles ont un sable si fin qu'il pénètre partout, même dans les montres, dans les pendules, dans les machines à vapeur dont elles entravent la marche.

Les otites suppurées, avec carie du rocher et destruction des organes de l'ouïe, ne devront pas séjourner à la mer, non plus que les affections organiques, viscérales, par crainte de l'excitation à laquelle elles s'y trouveraient soumises.

Par contre, la bronchite chronique et certaine phthisie scrofuleuse en éprouveront de bons effets. C'est ainsi que je connais un individu qui ne se porte jamais mieux qu'au bord de la mer, parce que la scrofule prédomine dans son état morbide. Il y a donc, vous le voyez, phthisie et phthisie.

La question, du reste, est délicate, car il y a des scrofuleux qui tendent à devenir phthisiques ; d'autres, en apparence chlorotiques, qui sont réellement phthisiques, bien qu'ils ne présentent aucun signe de cette affection, et qui, allant dans une station maritime du Nord, sont exposés à cracher du sang. Je l'ai vu, entre autres cas, chez une jeune fille qui n'avait en apparence aucune lésion pulmonaire.

Dans les cas de dysménorrhée, de douleurs ovariennes ou de congestions utérines fréquentes, on n'ira qu'avec prudence à la mer, parce que tantôt elle réussit, tantôt elle donne lieu à des accidents plus ou moins graves.

Enfin, comme contre-indications à la mer, je citerai toutes les affections fébriles, quel qu'en soit le point de départ.

— La mer est surtout indiquée chez les enfants scrofuleux, où elle produit souvent des résultats magnifiques par l'air et par l'eau froide ou chaude.

Quelques médecins ont conseillé l'eau de mer en boisson. Je suis très-réservé à ce sujet parce qu'elle purge, qu'elle peut être mal digérée et affaiblit les malades, surtout si elle est donnée à tort et à travers ; enfin parce qu'elle amène quelquefois des diarrhées colliquatives des plus fâcheuses. Aussi ne permettez de boire l'eau de mer qu'à la dose de une ou deux cuillerées à bouche par jour, en commençant.

La scrofule ganglionnaire non suppurée se trouve généralement bien de la mer, ainsi que l'adénopathie bronchique,

bien que je lui préfère le Mont-Dore en première ligne, la Bourboule en second lieu.

Parmi les affections qui retirent encore de très-bons effets des bains de mer, je citerai les glandes suppurées, les gommes, les ostéites, les ostéo-périostites. Il en est de même des affections articulaires en général, du moins celles qui occupent la partie supérieure du tronc, telles que les arthrites chroniques du coude, du poignet; tandis que celles des membres inférieurs, en raison des appareils de contention inamovible dans lesquels ils sont placés, telles que les tumeurs blanches du genou, du cou-de-pied, la coxalgie, n'admettent guère la mer à cause du danger des mouvements et des précautions nécessaires pour éviter toute mobilité. De même aussi pour le mal de Pott, qui exige une grande surveillance et dont les sujets qui en sont atteints sont difficiles à manier.

Dans le rachitisme, la mer est excellente, car je ne partage pas l'opinion de M. Parrot sur son origine syphilitique. Le rachitisme, neuf cent quatre-vingt dix-neuf fois sur mille, est le résultat d'une mauvaise alimentation, d'une inobservation prolongée de régime. A la mer, l'enfant se redresse, si incurvé soit-il, et se consolide soit par l'action de l'air marin, soit par l'action du bain. Ici le traitement doit être commencé de bonne heure, voire même dès l'âge de deux ans.

L'ozène, je l'ai déjà dit, ainsi que les ulcérations de la muqueuse, des os et des cartilages du nez, s'en trouve bien, à la condition de faire des irrigations d'eau de mer dans les fosses nasales.

Les enfants scrofuleux, aux amygdales volumineuses, qui toussent par bronchite sans fièvre, peuvent aussi être envoyés à la mer, à la condition d'y être rigoureusement surveillés.

La phthisie scrofuleuse, les indurations et même les excavations pulmonaires se trouvent quelquefois très-bien du séjour à la mer, à la condition d'une bonne hygiène, à la condition aussi d'aller à Arcachon, en raison des bois de pins, et soit en avril ou mai, soit dans l'arrière-saison.

Les chlorotiques, les anémiques des grandes villes, les sujets qui ont de l'atonie des voies digestives, qui sont maigres sans lésions organiques, la paralysie infantile, la paralysie des convalescents, sont encore une indication de séjour au bord de la mer.

En un mot, tous les enfants qui ne présentent aucune contre-indication se trouvent généralement bien d'un voyage à la mer et du traitement maritime.

Si maintenant nous étudions l'action des différentes plages, nous vous dirons que les plages du Nord, c'est-à-dire de Dunkerque au Havre, sont stimulantes et toniques par excellence; aussi sont-elles recommandées aux enfants strumeux.

Au-dessous du Havre, vous avez Villerville, Trouville, Deauville, Villers, Houlgate, etc.; plus loin, Lion, Langrune, Courseulles, plages dont quelques-unes sont très-bonnes par la présence des varechs; Cherbourg, Granville, Saint-Malo et Dinan qui constituent la division des plages normandes sablonneuses, moins excitantes que celles du Nord et où les enfants passeront avantageusement leur journée, s'imprégnant d'un air salin humide.

Dans les plages de l'Ouest, c'est Le Croisic, c'est Royan, puis deux stations spéciales, Arcachon et Biarritz. La première n'est pas au bord même de la mer, mais derrière un pli de terrain qui la garantit des brises d'une mer forte, assure une température élevée et une atmosphère particulière due à la présence de forêts de sapins. Arcachon est une station d'arrière-saison et non pas du 15 juillet au 20 août, si ce n'est pour les enfants extrêmement frileux, que le moindre froid indispose, et pour les enfants nés dans les pays chauds. Biarritz est aussi une très-belle station maritime, dont la plage est très-chaude et qui convient aussi à une certaine époque de l'année, au mois de septembre et au mois de mai.

Ceci dit sur nos différentes plages françaises, sur les indications et les contre-indications des bains de mer, quelles recommandations aurez-vous à faire dans les familles dont l'enfant va partir ?

Après avoir choisi la station maritime, vous ferez emporter des vêtements chauds, à cause des variations de température soir et matin. S'il s'agit d'une plage du Nord ou de la Normandie, ne pas s'y rendre en général avant le 10 ou le 15 juillet, et ne pas y rester passé le 15 ou le 20 septembre.

Dès son arrivée, l'enfant devra s'acclimater pendant cinq ou six jours avant de prendre ses bains. Le premier bain sera pris à marée haute, vers quatre heures du soir par une petite immersion d'une minute à peine; le second de deux minutes et ainsi peu à peu sans dépasser jamais cinq minutes, et en restant même, de préférence, à une durée de trois minutes seulement.

De plus, les trois premiers bains seront pris seulement tous les deux jours et non quotidiennement afin de surveiller la réaction. S'il survient de la céphalée et de la constipation, vous purgerez légèrement l'enfant et le promènerez dans le jour un peu loin de la plage.

Enfin, si, après trois ou quatre bains donnés, l'enfant n'est pas à son aise, si son sommeil est moins bon, ne continuez plus les bains de mer froids, mais donnez-les tièdes en les refroidissant de jour en jour jusqu'à ce que vous arriviez peu à peu à la température de la mer. Vous rencontrerez même certains enfants chez lesquels vous devrez renoncer à la mer. Il en est d'autres aussi chez lesquels vous pourrez remplacer la lame par la douche.

Enfin, ce que je recommanderai encore, c'est que l'immersion ait lieu d'un seul coup et non peu à peu; que les voies digestives et le système nerveux soient surveillés avec soin, et, si l'on remarquait que l'enfant devient grognon, acariâtre, s'il survenait quelques attaques ou crises nerveuses, on abandonnerait immédiatement la mer pour l'intérieur des terres pendant quelque temps afin de dessaler l'enfant, pour ainsi dire, et on ne le ramènerait qu'un peu plus tard et surtout par une mer calme et moins forte.

DE L'ALIMENTATION DANS L'ANOREXIE

Par le docteur Choffart.

L'anorexie est un symptôme pour lequel bien souvent on nous consulte, et, avouons-le, nous ne sommes pas toujours heureux dans le traitement préconisé. J'entends parler, bien entendu, de l'inappétence qui n'est pas le résultat d'une gastrite ou gastro-entérite, et qui n'est liée par conséquent à aucun phénomène morbide autre que l'anémie plus ou moins dyspeptique qui l'accompagne fatalement.

Sans doute les amers impriment une activité plus grande au dynamisme des organes digestifs et suractivent les glandes sécrétoires; mais n'est-ce pas en faire un étrange abus que de les prescrire dans le cas qui nous occupe, et croit-on qu'il soit bien rationnel de donner ce coup de fouet au système digestif tempo-

rairement atone? Nous avons tout lieu d'en douter. Sans parler en effet des contre-indications assez nombreuses qui s'adressent aux amers, il est certain que les malades qui y ont recours se voient le plus souvent dans l'obligation d'en continuer l'usage assez longtemps, or cette prolongation même finit par révolter l'estomac après en avoir émoussé la sensibilité; il survient de la sécheresse de la langue, des nausées, parfois du pyrosisme, et finalement, de nouveau, la perte de l'appétit.

Empressons-nous d'ajouter que les amers astringents, dont le quinquina est le type, constituent des toniques diffusibles, dont on ne saurait nier la réelle valeur; l'élément tannique qu'ils renferment les rend particulièrement précieux dans les cas où le relâchement de la muqueuse digestive accompagne l'augmentation des sécrétions, dans la gastrorrhée, la diarrhée atonique, etc...

Pour en revenir au traitement de l'anorexie, la diète nous donnerait sans doute d'excellents résultats si avec elle nous ne nous replongions plus avant dans ce cercle vicieux : anémie, dyspepsie. L'indication vraie paraît donc se résoudre en ces termes : *Nourrir sans fatiguer; donner des aliments nutritifs, peu encombrants et facilement assimilables.* Je me suis généralement bien trouvé de l'administration du jus de viande, de gelées et surtout de viande crue hachée associée à de la pepsine. Malheureusement ces boulettes de viande crue ont le grand inconvénient d'engendrer souvent le ténia, d'être pour un estomac fatigué l'objet d'une répugnance parfois insurmontable, et enfin d'exiger un travail d'assimilation auquel nous voudrions soustraire l'organe déprimé.

Depuis les récents travaux publiés sur la peptone, j'emploie uniquement cette dernière, associée toutefois au *phosphate de chaux.* J'en obtiens les résultats les plus satisfaisants, et tels que je crois devoir en conseiller l'essai à mes confrères dans les cas si multiples où l'on doit recourir à la médication reconstituante. Dans la préparation à laquelle je donne la préférence (*peptone phosphatée Bayard*), l'association du phosphate calcaire me paraît très-heureuse; ce sel contribue à faire non-seulement de la peptone un aliment complet, mais par ses propriétés propres il en fait un stimulant de la muqueuse stomacale et en même temps un excitant puissant de l'assimilation générale. Associée à un vin de Malaga généreux, c'est, je m'en suis assuré, une préparation agréable et acceptée avec plaisir des estomacs les plus délabrés.

Son emploi paraît devoir rendre de nombreux services dans une foule de maladies organiques, dans l'anémie, les cachexies, la phthisie, etc., et d'une manière générale toutes les fois qu'il y a assimilation insuffisante ou désassimilation excessive.

Nous avons d'ailleurs recueilli déjà sur plusieurs de ces cas bon nombre d'observations très-probantes sur lesquelles nous nous promettons de revenir avant peu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

COMMUNICATIONS

M. LARREY présente à l'Académie un nain, âgé de quatorze ans, assez curieux, eu égard à la petitesse extrême de sa taille et à certaines particularités de son individu. Né de parents bien portants, il a deux frères de taille moyenne. A sa naissance, il paraissait bien proportionné. Il pèse 9 kilogrammes et ne mesure que 80 centimètres de taille. Son aspect général rappelle la race éteinte des Aztèques. Le corps est tout à fait grêle et comme atrophié par arrêt de développement. Cette atrophie, surtout manifeste aux membres, ne fera probablement que s'accentuer. Les organes génitaux sont bien conformés.

M. JULES GUÉRIN croit qu'il s'agit ici d'un microcéphale.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE CONTAGIEUSE

M. JULES GUÉRIN examine et discute les faits et les principes qui constituent le fond de la communication de M. Bouley sur ce sujet. Nous présenterons plus tard une analyse de ce discours.

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1881

Vaccination du charbon symptomatique. — M. BOULEY, après sa réponse à M. Leblanc et avant d'exposer les résultats que nous avons reproduits des expériences faites à Chaumont, par MM. Arloing, Cornevin et Thomas, s'est exprimé en ces termes au sujet de fait même de la découverte des professeurs de l'École vétérinaire de Lyon sur laquelle est basée leur méthode de vaccination :

Jusqu'à ces derniers temps on confondait sous le nom de charbon deux maladies qui avaient entre elles d'assez grands caractères de similitudes extérieures, mais entre lesquelles existait cette différence fondamentale que, tandis que l'une, la fièvre charbonneuse, était inoculable par le sang; l'autre, à laquelle Chabert a donné le nom de charbon symptomatique, ne l'était pas. Cette différence de caractère n'impliquait-elle pas entre ces deux maladies une différence de nature? C'est la solution de cette question qu'ont recherchée MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Le charbon symptomatique est une maladie d'une autre nature que la fièvre charbonneuse. Comme celle-ci, elle dépend d'un microbe, mais d'une autre espèce que la bactéridie.

Tandis que l'inoculation de celle-ci ne donne lieu à l'endroit de l'infection qu'à des phénomènes peu accusés de gonflement œdémateux assez circonscrits, l'inoculation du microbe du charbon symptomatique se traduit, presque toujours, sur les animaux susceptibles, par le développement d'une tumeur rapidement grandissante, constituée tout à la fois par une infiltration séreuse et sanguine et par le dégagement de gaz dans les interstices des tissus. Elles sont le signe d'une fermentation qui s'est opérée sur place, sous l'influence du ferment que constitue le microbe propre à cette maladie; mais ce n'est pas une fermentation putride, car elle s'opère dans un temps trop court pour que la putréfaction ait eu le temps de s'effectuer, et, quand l'autopsie est faite à bref délai après la mort, aucune odeur ne se dégage des incisions pratiquées dans la tumeur; enfin l'analyse clinique a fait reconnaître que l'acide carbonique constituait, presque à lui seul, la masse gazeuse dont les tissus étaient infiltrés.

Voici un second caractère qui différencie d'une manière aussi significative le charbon symptomatique du charbon bactéridien. Tandis que le microbe du charbon bactéridien introduit dans le sang donne lieu, par sa pullulation rapide, à une fièvre charbonneuse mortelle à bref délai, le microbe du charbon symptomatique ne détermine dans ces mêmes conditions qu'une fièvre très-modérée, très-éphémère, mais qui, tout éphémère qu'elle est, se caractérise cependant par un effet durable : l'immunité dont se trouvent investis les animaux sur lesquels l'injection intraveineuse de ce microbe a été pratiquée. C'est sur la notion de ce fait, acquise expérimentalement en suivant la méthode instituée par M. Chauveau pour faire l'épreuve des virus sur les organismes, que se trouve basé le nouveau mode de vaccination découvert par MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Il diffère de la méthode de vaccination inventée par M. Pasteur, en ce que, au lieu de se servir d'un virus atténué artificiellement dans les conditions de milieux où on l'a mis avant de l'inoculer, on emploie le virus naturel dans toute son énergie, en ayant le soin de l'introduire directement dans le milieu sanguin, où l'expérience a appris qu'il devait rencontrer sûrement les conditions d'une atténuation telle qu'il s'y transformerait en vaccin.

La méthode de l'atténuation des virus et de leur vaccinification, ajoute M. Bouley, trouve ici son application, mais par un procédé tout autre. C'est le milieu intérieur de l'organisme, le sang, qui est le liquide de culture où l'atténuation du virus s'effectue, sans doute parce que le microbe qui le constitue est anaérobie.

Voici maintenant le procédé opératoire suivi pour pratiquer cette vaccination. Il ne s'agit plus, comme dans l'inoculation bactéridienne, d'une simple piqûre de la peau. L'inoculation bactérienne exige une véritable opération de laboratoire, où des précautions minutieuses doivent être observées pour éviter l'infection

d'un virus dans le tissu cellulaire, milieu si favorable à la germination du microbe qu'une tumeur charbonneuse presque infailliblement mortelle s'ensuit nécessairement. C'est sur la jugulaire que l'injection est pratiquée. La peau incisée, la veine est dépouillée par une dissection attentive de sa tunique celluleuse; puis, avec la canule aiguisée de la seringue Pravaz, dans laquelle on a aspiré, au préalable, le liquide que contenait cette canule, en soulevant le piston de la seringue, on traverse d'outre en outre les parois de la veine. Cela fait, on abaisse le piston, et, une fois le liquide injecté, on a soin de relever le piston de la seringue afin d'aspirer du sang de la veine et d'opérer ainsi le lavage intérieur de la canule. Grâce à ces précautions, les expérimentateurs de Lyon ont pu pratiquer la vaccination intraveineuse du charbon symptomatique sur 300 animaux avec le plus grand succès et sans qu'aucun accident soit venu compliquer l'opération, dont les suites ont toujours été des plus simples.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1881.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	21	16	5	42
2e	13	22	1	36
3e	36	31	3	70
4e	34	51	4	89
5e	24	29	9	62
6e	20	25	3	48
7e	20	14	1	35
8e	11	8	2	21
9e	21	24	3	48
10e	32	47	4	83
11e	64	97	19	180
12e	46	54	12	112
13e	43	58	9	110
14e	48	45	22	115
15e	45	51	11	107
16e	10	11	4	25
17e	54	54	6	114
18e	48	80	25	153
19e	27	34	12	73
20e	59	86	19	164
	676	837	174	1687

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites. . 86
Croup 61
Coqueluche 2
Ophthalmie purulente. . . . 1

B. — Asthme. 27
Affections du cœur 65
Bronchites aiguës et chroniques 54
Pleuro-pneumonie 39
Congestion pulmonaire. . . 16

C. — Affections et troubles gastro-intestinaux. 207
Choléra. 5
Cholérine 58
Dysentérie. 6
Athrepsie. 19
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . 74
Hernie étranglée 13
Rétention d'urine. 14
Orchite. 3
Prolapsus du rectum 1

D. — Métrite. Métro-péritonite 40
Métrorrhagie 24
Fausse couche 50
Accouchement. Délivrance. 117

E. — Affections cérébrales. Paralysies 88
Insolations. 3
Convulsions. Éclampsie. . . 44
Névralgie 58

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

Névroses 77
Épilepsie 23
Aliénation mentale 10
Alcoolisme, delirium tremens 25
Tétanos. 1

F. — Rhumatisme 24
Affections éruptives. 49
Érysipèle de la face. 6
Fièvre intermittente. 5
Fièvre typhoïde. 25
Hémorrhagies de causes internes et externes. 89

G. — Plaies, contusions . 84
Fractures, luxations, entorses. 27
Brûlures. 4
Empoisonnements. 13
Asphyxie par le charbon. . 2
Asphyxie par submersion. . 3
Suicide 4

H. — Mort à l'arrivée du médecin. 41

Total. 1687

La moyenne des visites par nuit est de 18 3/10. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 17.

Visites du troisième trimestre de 1880 . . .	1,570
Visites du troisième trimestre de 1881 . . .	1,680
Différence en plus.	117

Les hommes entrent dans la proportion de 40 p. 100;
Les femmes — — 50 —
Les enfants — — 10 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1881-1882. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront à l'École pratique d'anatomie, rue Vauquelin, n° 2, le jeudi 20 octobre prochain.

Tous les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué et qui sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie devront se faire inscrire à l'École pratique avant le samedi 5 novembre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du vendredi 4 novembre tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne à une heure précise, dans chaque pavillon.

Les exercices de dissection sont obligatoires pendant toute la durée du semestre d'hiver, pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de cinq à douze inscriptions.

Les exercices de dissection sont facultatifs pour les étudiants ci-après: 1° élèves de première année; 2° élèves ayant seize inscriptions. Ces étudiants, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen. Les docteurs français et étrangers sont soumis à la même formalité.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant: *a.* élèves de seconde et de troisième année; *b.* élèves ayant seize inscriptions; *c.* élèves de quatrième année; *d.* docteurs français et docteurs étrangers.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel, 2, rue Vauquelin. — Ce bureau sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures, jusqu'au jeudi 17 novembre. — Pour être inscrit, chaque étudiant devra présenter: 1° sa carte d'admission aux travaux pratiques délivrée par le secrétariat de la Faculté de médecine; 2° la quittance détachée du registre à souches constatant le paiement des droits.

Passé le 17 novembre prochain, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— M. le docteur Nélaton, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du 19 octobre 1881, à l'École pratique, rue Vauquelin, n° 2, et sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours d'anatomie est spécialement destiné à MM. les étudiants qui s'étaient fait inscrire pour les cours du semestre d'été et n'ont pas pu êre admis à opérer. Ils devront néanmoins se faire de nouveau, avant le mardi 18 octobre, au bureau du chef du matériel, ouvert tous les jours de une heure à quatre heures.

Les places qui resteront vacantes seront données à ceux qui s'inscriront à cet effet et présenteront une carte attestant qu'ils ont acquitté les droits réglementaires.

— L'ouverture du concours de l'internat des hôpitaux de Paris a eu lieu lundi. La première épreuve, — épreuve écrite, — a pour sujet, question d'anatomie : du col de l'utérus ; question de pathologie : les polypes de l'utérus. Les questions restées dans l'urne avaient pour titre : artères du cerveau, embolie cérébrale.

— Une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, s'ouvrira devant la Faculté des sciences le 15 octobre 1881 pour les épreuves du baccalauréat. Le registre des inscriptions sera ouvert, de dix heures du matin à midi, du lundi 10 au jeudi 20 octobre inclusivement.

— Nous empruntons à une correspondance du *Temps*, datée de Saint-Louis, 26 septembre, les nouvelles suivantes sur l'état sanitaire au Sénégal :

L'épidémie de fièvre jaune a fait pendant la dernière période de nombreuses victimes. L'aviso l'*Alecton*, en rade de Saint-Louis, a perdu en trois jours trois de ses officiers, dont un médecin-major, M. le docteur Vergnos. Le commandant, M. de Barbeyrac, restait le dernier à bord aux dernières nouvelles.

Si dans la colonie la maladie fait actuellement moins de victimes, cela tient uniquement au petit nombre d'habitants restés exposés aux atteintes du fléau. Jusqu'à présent le chiffre des morts s'élève à 418, dont 51 officiers ou assimilés.

Les soins cependant n'ont point manqué. Toutes les mesures qu'il était humainement possible de prendre ont été prises.

Le régiment d'infanterie de marine caserné à Saint-Louis a été décimé. Le cadre des deux bataillons de tirailleurs sénégalais n'existe plus.

Le corps médical a été de nouveau frappé depuis le départ du dernier paquebot, et MM. Brun et Pinard, aides-médecins, ont succombé aux atteintes de la fièvre jaune. Trois frères et deux sœurs hospitalières sont aussi au nombre des victimes.

Par contre, l'épidémie ne sévit pas à Gorée. On a d'ailleurs pris toutes les mesures désirables pour éviter la contagion. C'est ainsi qu'on facilite le renvoi en France des Européens dont la présence n'est pas indispensable ici. Tous ceux que leurs affaires appellent ordinairement en Europe ont devancé leur départ. Grâce à cette évacuation du trop-plein de la population européenne, l'état sanitaire est resté aussi satisfaisant que possible.

Les postes de Dakkar et Bakel sont également restés jusqu'à ce jour à l'abri de la contagion.

— Le personnel médical de l'hôpital militaire de Porquerolles (Var), dont nous avons annoncé la création dans notre numéro du 27 septembre dernier, est nommé. Il se compose : d'un médecin en chef, M. Delcominète, médecin principal de première classe, de deux médecins-majors de première classe : MM. Deslaude et Rochet, et de deux aides-majors : MM. Thouvenin et Henry.

Il serait question aussi, dit-on, de créer un second hôpital temporaire à Salon (Bouches-du-Rhône).

— A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Cerné, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux civils de Rouen.

— Les Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié et de la Salpêtrière ouvriront leurs cours professionnels le samedi 15 octobre 1881, à huit heures du soir. L'enseignement comprendra l'anatomie, la physiologie, les pansements, les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, l'hygiène et la petite pharmacie, ainsi qu'un cours d'administration, professés par MM. les docteurs Reclus, P. Regnard, Poirier, Budin, Blondeau, Duret, et par MM. Yvon et Le Bas.

— La question suivante est mise au concours par l'Académie de médecine de Belgique : « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme aux points de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » Les concurrents devront utiliser les données fournies par l'anatomie pathologique et par les expertises médico-légales et apprécier la limite qui sépare l'ivresse de la folie ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur. Les mémoires devront être adressés au plus tard le 15 février 1883. Le prix est d'une valeur de 1,500 francs.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Sistach, ancien médecin militaire, ancien lauréat de l'Institut, décédé ces jours derniers à Paris.

On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Louis Lembert, qui vient de succomber à Lyon à l'âge de soixante-dix ans, et de M. le docteur Oppermann, décédé subitement à Lunéville.

— Une souscription publique est ouverte par les anciens élèves du professeur Schutzenberger pour élever un monument à sa mémoire. Les souscriptions sont reçues dès ce jour : à Strasbourg, chez M. le docteur Bœckel, place de l'Hospice civil, n° 2 ; à Paris, chez M. le docteur Lereboullet, 37, rue de Lille.

— La Société française d'hygiène tiendra sa prochaine séance le vendredi 14 octobre, dans la salle du rez-de-chaussée de la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes, à huit heures du soir.

Ordre du jour : 1° Nomination de membres nouveaux ; 2° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu du secrétariat ; 3° Rapports sur les résultats des concours : Hygiène de la deuxième enfance, par le docteur René Blache ; la Salle d'asile modèle, par le docteur Ch. Saffray ; 4° Communication du docteur M. Roth sur la prévention de la cécité ; 5° Communication du docteur Brochard sur le celluloïde ; 6° Égouts de Memphis, par M. Waring ; 7° Alimentation des armées (Fleisch-Pulver), par le docteur Meinert.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11797.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Étiologie du typhus exanthématique.

Une des grandes préoccupations de notre époque, — et il n'en est pas de mieux fondée, — est l'étude et la recherche des causes des grandes maladies épidémiques infectieuses, la recherche du germe contage des maladies zymotiques, pour nous servir d'expressions généralement usitées aujourd'hui dans le langage médical.

Connaissons ce germe contage et les conditions de son développement et de son évolution : les grandes mesures hygiéniques et prophylactiques destinées à nous débarrasser de ces fléaux, ou du moins à en atténuer les effets, ne seront possibles et efficaces qu'à ce prix.

On n'a pas oublié la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine, en 1873, sur l'étiologie du typhus et de la fièvre typhoïde. Cette discussion qui répondait déjà à cette préoccupation n'était elle-même qu'un écho du mouvement considérable qui s'est produit depuis quelques années dans cette direction et qui se continue encore en Angleterre, en Belgique et en Allemagne, où une vaste enquête est instituée en permanence sur cet important sujet.

De la discussion que nous venons de rappeler notamment, où toutes les théories et tous les éléments étiologiques du typhus ont été passés au crible de la critique, et surtout de la grande expérience qui s'est faite dans notre pays et sous nos yeux pendant la guerre de 1870, il est ressorti cette conclusion provisoire : qu'il fallait renoncer désormais à l'ancienne théorie des causes communes banales, telles que la misère, la faim ou tout au moins l'alimentation insuffisante et malsaine, l'usage d'eaux corrompues, le découragement et toute la série des dispositions morales tristes et déprimantes, ainsi qu'à cette idée dont nous avons tous été plus ou moins imbus et que, pour notre part, nous confessons avoir plus d'une fois exprimée dans ce journal, savoir, que, ces facteurs communs étant donnés, on pourrait, avec leur aide, faire naître à volonté une épidémie de typhus.

Aujourd'hui, sans rejeter entièrement la part d'influence que peuvent avoir toutes ces diverses circonstances dans le développement et la propagation du typhus, on tend de plus en plus à réduire leur rôle à celui de conditions accessoires prédisposant ou préparant l'organisme à recevoir et à subir l'action de la cause déterminante unique, le contage spécial, connu ou caché, microbe, microzyma ou ferment contenu dans l'air, dans les eaux ou dans les aliments, ou dans les résidus des sujets déjà infectés; d'où la doctrine « pythogénique » de Murchison, qui a acquis depuis quelque temps un si grand crédit parmi nous.

Ces réflexions nous sont suggérées en ce moment par la lecture d'un travail qui nous vient de Berlin, en passant par la librairie de Paris, et qui nous a été spécialement signalé (1) : c'est une étude de M. le docteur Robinski sur le développement du typhus exanthématique sous l'influence des eaux malsaines et d'une mauvaise alimentation. L'idée dominante de ce travail est de démontrer que le typhus n'est pas dû uniquement et directement à l'usage d'une eau malsaine ou d'une mauvaise nourriture, comme on l'a admis longtemps, mais à un contage dont l'action est puissamment aidée par ces deux circonstances, qui semblent constituer ainsi la prédisposition et même l'une des conditions essentielles de la manifestation de la maladie.

La relation d'une épidémie locale de typhus dont M. Robinski a été témoin, il y a quelques années, pendant le règne de la grande épidémie de typhus exanthématique dans la Prusse orientale, lui a fourni des arguments en faveur de cette théorie dont l'exposition fait le sujet de ce travail. Bien que cette relation ait déjà été publiée en partie dans un recueil français, nous ne croyons pas moins devoir en signaler ici les circonstances principales.

Jusqu'à présent, dit M. le docteur Robinski, on n'a reconnu que l'influence de l'eau malsaine et d'une mauvaise alimentation. C'était l'eau mauvaise, la nourriture mauvaise qui avaient occasionné directement la maladie. Mais il existe, à ses yeux, une autre influence que ses observations et ses études sur ce sujet lui ont prouvé être plus fréquente et d'une bien plus grande importance, non-seulement dans le typhus exanthématique, mais aussi dans toutes les maladies contagieuses. Voici les motifs sur lesquels se fonde son opinion à cet égard.

Ayant l'occasion, en 1867 et 1868, d'observer une épidémie dans le district de Lœbau, dans les environs de Neumarkt et surtout dans le village de Tylitz, il a pu dans cent cinquante cas suivre exactement l'étiologie.

Un point de l'histoire de cette épidémie était tout d'abord

(1) *Du développement du typhus exanthématique*, par le docteur Robinski. Broch. in-8°. Paris, 1881, chez J.-B. Baillière et fils.

important à faire connaître. Tandis que, dans les environs, il n'y eut que quelques individus atteints de typhus, l'épidémie sembla se porter entièrement sur Tylitz, où elle régna avec le plus de violence : presque tous les habitants de ce village furent malades. Il y avait aussi dans les environs des individus atteints par le typhus, et cependant la maladie ne s'y répandait pas. A Tylitz, si un individu jusqu'alors bien portant entrait dans la chambre d'un malade, même seulement pendant peu d'instants, il était atteint de la même maladie quelque temps après. En outre, on a toujours constaté que, si un individu était attaqué par la maladie, les autres habitants de la maison étaient bientôt atteints eux aussi par la contagion. La maladie était donc à Tylitz très-contagieuse, et elle ne s'y étendait que par la contagion. Ainsi, quelques habitants qui avaient évité de visiter les malades, ainsi que ceux que leurs occupations maintenaient constamment éloignés, n'étaient point atteints.

Autre circonstance, non moins digne de remarque :

L'épidémie s'étendant de plus en plus, M. Robinski fut très-inquiet en apprenant qu'un individu atteint avait été renvoyé chez ses parents habitant un village voisin, où il ne manquerait pas d'importer la maladie. Il n'en fut rien. Personne dans ce village, tant parents qu'autres habitants, ne fut atteint par la maladie.

Ce fait se renouvela plusieurs fois depuis, et chaque fois avec le même résultat négatif, c'est-à-dire sans importation de la maladie.

Il devait donc y avoir à Tylitz, outre la contagion, d'autres conditions malsaines auxquelles la population était exposée. Ces conditions, pour le dire tout de suite, ne pouvaient être ni la situation topographique de Tylitz qui ne différait pas de celle d'autres localités voisines où la maladie ne régnait point, ni la famine, ni la nourriture insuffisante, ni l'encombrement dans les logements, ni la crainte, le découragement ou la fatigue, aucune de ces conditions n'existant en ce moment à Tylitz.

Après avoir beaucoup cherché à s'expliquer cette apparente contradiction entre ces deux faits, extrême facilité de propagation de la maladie à Tylitz, tandis que partout ailleurs la contagion semblait s'arrêter, M. Robinski en a cru trouver la cause dans la circonstance suivante :

Les puits et la bonne eau abondaient dans les localités voisines, tandis que, à Tylitz, tous les puits étaient desséchés et les habitants étaient réduits à boire de l'eau croupissante d'un étang situé près du village.

Pour établir que c'était bien l'usage de cette eau croupissante de l'étang qui était la cause de cette épidémie, M. Robinski rappelle les circonstances suivantes : Un petit nombre d'habitants du village dont il s'agit sont restés indemnes de toute atteinte, malgré les relations journalières qu'ils avaient avec les malades. Or il a été constaté que tous ceux qui ont échappé à l'épidémie s'étaient abstenus de boire de l'eau de l'étang ; ils avaient tous fait usage, pour leur boisson, de lait, de bière, etc.

Ainsi, il y a eu lieu de distinguer entre les personnes de cette localité qui sont restées bien portantes au milieu d'une épidémie aussi générale : 1° celles qui, ayant bu de cette eau croupie, n'ont pas été exposées à la contagion, n'ayant eu aucune relation et aucun contact avec les malades ; 2° celles qui, ayant été exposées à la contagion, n'avaient point bu de cette eau.

Ce qui conduit à cette conclusion : 1° que ce n'est pas l'eau de l'étang seule qui a engendré l'épidémie, puisque ceux qui en ont fait usage, sans avoir été en contact avec les malades, ont été exempts de tout mal ; 2° que la contagion ne suffisait pas non plus à elle seule à la produire, puisque ceux qui ont vécu au milieu du foyer épidémique, en relation plus ou moins immédiate et continue avec les malades, mais qui n'avaient point bu l'eau de l'étang, sont également restées indemnes ; mais que, pour devenir malade, il fallait à la fois avoir fait usage de l'eau croupie et avoir été exposé à la contagion. L'eau semblait constituer la prédisposition, la condition première, essentielle, du développement de la maladie ; c'était, si l'on veut, comme la condition chimique nécessaire à sa germination ; la contagion faisait le reste. Mais la contagion n'avait pas de prise sur ceux qui n'avaient pas subi cette influence préalable.

Ces faits, qui ont montré la part qu'avait sur le développement de la maladie, dans une épidémie circonscrite, l'ingestion quotidienne d'une eau croupissante avec laquelle ont dû pénétrer dans l'organisme des substances nuisibles par elles-mêmes ou nuisibles indirectement en créant les conditions favorables à la contamination, ont paru à M. Robinski d'une grande valeur pour élucider les questions d'étiologie des maladies contagieuses, en montrant la nécessité, dans beaucoup de circonstances, d'un autre facteur que celui de la contagion elle-même.

C'est en appliquant cet ordre d'idées à l'étude et à l'analyse d'un grand nombre d'épidémies semblables, qu'il est arrivé, dans ce même travail, à assigner à la mauvaise alimentation la part qui lui revient dans la génération du typhus exanthématique.

En ajoutant à ces premières données celles qui résultent de l'étude de l'étendue géographique du typhus dans les divers pays, des circonstances du sexe, de l'âge, des saisons, des idiosyncrasies, des fatigues corporelles, de l'épuisement intellectuel et des affections déprimantes de l'âme, de l'agglomération, etc., considérées dans leurs rapports avec le contage auquel chacune d'elles, soit individuellement, soit collectivement, apporte sa part d'influence prédisposante, on arrive ainsi à une sorte de formule étiologique générale, dans laquelle l'action du contage est subordonnée aux circonstances nombreuses qui peuvent faire varier à l'infini le degré de réceptivité organique, depuis l'aptitude la plus absolue jusqu'à la plus entière résistance.

Prophylaxie des maladies contagieuses et infectieuses.

(Pour faire suite aux Échos du Congrès de Londres.)

Puisque nous sommes sur le terrain des épidémies, des maladies contagieuses et infectieuses, ne laissons pas échapper cette occasion de dire un mot de quelques-unes des communications qui ont été faites sur ce sujet au Congrès de Londres, dans la section de médecine publique.

Sur l'une des questions posées : « Des mesures à prendre pour empêcher l'extension de différentes maladies contagieuses d'un pays à l'autre ou dans le même pays, » il a été fait de nombreuses communications, parmi lesquelles nous citerons notamment celles : De M. le docteur Billings, médecin de l'armée des États-Unis, déclarant que, dans son opinion, les quarantaines ont été impuissantes pour empêcher l'importation du choléra aux États-Unis ; que, pour la fièvre jaune, l'inspection médicale, le nettoyage et la désinfection des navires et des personnes suffisait pour empêcher l'im-

portation (ce qu'avait déjà démontré Mêlier dans son beau rapport sur la fièvre jaune de Saint-Nazaire);

De M. le docteur Murray (de Londres), ancien médecin-inspecteur de l'armée du Bengale, qui soutient la contagiosité du choléra par la voie du contact personnel, témoin les cas des pèlerinages de Hurdwar pendant lesquels le choléra a éclaté à deux époques éloignées l'une de l'autre, en 1867 et en 1879, exactement à la même date et dans les mêmes circonstances;

De notre compatriote M. le docteur Fauvel, sur les mesures proposées contre la fièvre jaune et le choléra. Suivant M. Fauvel, la question de la transmission des maladies exotiques, qui a été envisagée par les précédents orateurs au point de vue anglais et américain, demande à être envisagée d'une manière différente pour la France et pour les contrées méridionales de l'Europe. Le danger de la transmission, minime pour l'Angleterre, qui est sous une latitude froide, élevée, et dont les conditions hygiéniques sont bonnes, est déjà un peu plus grand pour la France; la fièvre jaune a pu y être importée et s'y développer dans la saison chaude sur la côte de l'Océan. Le danger augmente à mesure qu'on descend vers des régions plus chaudes, en Espagne, en Portugal, où l'on a vu depuis cinquante ans plusieurs épidémies terribles de fièvre jaune importées par des navires venant des Antilles.

C'est par le sud que le choléra menace surtout l'Europe; les mesures quarantenaires dans la mer Rouge ont plusieurs fois déjà depuis quinze ans préservé l'Europe. C'est à la frontière menacée, à la porte d'entrée habituelle, qu'il faut établir des services sanitaires; quand le choléra a envahi l'Europe, les cordons sanitaires d'État à État sont à peu près illusoires. Dans ces cas, pour les pays du Nord, il peut suffire d'arrêter les navires qui ont des malades à bord; cela ne suffit plus pour les pays situés au sud du continent européen.

M. Fauvel ne croit donc pas qu'il soit possible d'adopter une convention identique, uniforme, pour tous les pays de l'Europe; le régime sanitaire doit varier pour les contrées du Nord et pour celles du Midi; ces dernières ont particulièrement besoin d'être protégées. Pour un même pays, comme la France, les mesures prescrites sont moins sévères dans les ports de l'Océan et de la Manche que dans ceux de la Méditerranée. La différence doit être encore plus grande pour les ports de l'Angleterre, comparés à ceux de l'Espagne, du Portugal et de la mer Rouge.

En réponse à la question posée sur les maladies contagieuses indigènes (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, coqueluche, diphthérie, etc.), M. le docteur de Chaumont (de Netley) a répondu par un mémoire ayant pour titre: *Sur les principes qui doivent nous diriger pour prévenir la diffusion des maladies*, dont la *Revue d'hygiène* a publié une traduction à laquelle nous empruntons les principaux passages suivants:

Pour prévenir les maladies, il y a à considérer deux points: l'origine de la maladie, sa diffusion.

Dans l'ordre des maladies dites communicables ou transmissibles, M. de Chaumont propose de distinguer une classe de maladies évitables ou « préventibles ».

Parmi les maladies évitables, il distingue les deux espèces suivantes:

Maladies contagieuses et infectieuses, c'est-à-dire communicables de personne à personne; maladies évitables, mais qui, en l'état actuel de nos connaissances, ne sont pas communicables de personne à personne, quoiqu'elles puissent être transportées d'une localité à une autre par les vents ou par l'eau employée en boisson: type, la fièvre intermittente.

La première classe elle-même peut être divisée en deux groupes: *a*. Maladies directement ou immédiatement contagieuses dans lesquelles le poison se propage et se multiplie dans le corps du malade et de là peut se transmettre à une personne susceptible ou *épinosique* (ἐπίνοσος, *morbo obnoxius*); maladies contagieuses proprement dites des anciens, maladies *endogènes* ou *endogéniques* des modernes: les fièvres éruptives, coqueluche, peut-être le typhus.

B. Maladies infectieuses ou *ectogéniques*, dans lesquelles le poison se propage et se développe presque entièrement hors du corps du malade: fièvre typhoïde, choléra, peut-être la fièvre jaune et la peste.

Quelle est la nature de ces poisons morbides? C'est ce qui en ce moment fait l'objet de recherches auxquelles les découvertes de M. Pasteur ont donné une si vive impulsion. C'est là la direction nouvelle dans laquelle est poussée la science moderne. C'est dans cette voie, en effet, ainsi que le dit M. de Chaumont, qu'on trouvera la cause vraie des maladies; mais il ne dissimule pas qu'il y a lieu, dans cet ordre de recherches, de se méfier de l'enthousiasme et de l'exagération. — C'est le langage que nous avons toujours tenu ici.

Voici maintenant quelques-unes des considérations qu'énonce M. de Chaumont sur les moyens de prévention.

Le poison morbide, dans l'hypothèse dont il s'agit, ne pouvant entrer dans l'organisme que par l'intermédiaire de l'air ou de l'eau, par la voie des muqueuses ou du tégument externe, les moyens de précaution sont: directs, quand une première atteinte préserve d'une seconde et qu'une forme atténuée de la maladie préserve de la forme grave (variole, scarlatine, rougeole, coqueluche, peut-être typhus et fièvre typhoïde); indirects, c'est-à-dire visant le terrain, le substratum dans lequel se meut le germe. C'est dans cet ordre que se placent les agents désinfectants et toutes les ressources de l'hygiène générale, assainissement, ventilation, propreté, etc.

La maladie ayant éclaté, vient la question de l'isolement et des quarantaines, L'isolement est utile, nous pourrions ajouter indispensable, dans les fièvres éruptives et dans la diphthérie. M. de Chaumont le considère comme moins nécessaire dans la fièvre typhoïde.

Un point très-important, et qui demande encore à être étudié, est de savoir au bout de combien de temps de maladie un convalescent cesse d'être capable de transmettre la contagion.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Chute de l'utérus, névralgie lombo-abdominale. — Outre l'application d'un pessaire, dont le choix est chose importante et quelquefois même embarrassante, pour maintenir l'organe réduit, M. le docteur Chéron, afin de soulager les malades atteintes de ces douleurs névralgiques lombo-abdominales qui accompagnent le prolapsus de l'utérus, fait faire des frictions sur la région lombo-sacrée avec le liniment chloroformé:

Chloroforme	10 grammes.
Éther	15 —
Alcool camphré.	100 —

De plus, afin de combattre le lymphatisme de certaines femmes et de favoriser le retour à leur tonicité normale des ligaments

suspenseurs de l'appareil utéro-ovarien relâché, il prescrit le sirop composé iodé suivant la formule :

Bromure potassique. . .	6 grammes.
Teinture d'iode.	1 —
Teinture d'aconit.	1gr,50
Sirop de Tolu.	300 —

à prendre par cuillerée à bouche, une avant chaque repas.

M. Chéron conseille aussi l'hydrothérapie sous forme de douches froides générales en insistant sur les parois abdominales et la région sacrée afin d'exercer une action tonique sur ces mêmes ligaments suspenseurs. Plus tard, enfin, on peut avoir recours à l'électricité dont l'action tonique et reconstituante est incontestable lorsqu'elle est appliquée sous forme de courants continus : *pôle négatif* dans le cul-de-sac postérieur, en contact avec le col utérus; *pôle positif* tantôt sur l'abdomen, tantôt sur la région lombo-sacrée. (*Revue méd.-chir. des maladies des femmes.*)

Traitement du furoncle des paupières. — M. le professeur Panas a recours aux moyens suivants contre le furoncle des paupières. Au début, il fait appliquer sur les paupières des compresses d'eau froide ou glacée, compresses que l'on aura soin de renouveler fréquemment. En même temps, il fait administrer à l'intérieur des préparations opiacées.

Si la marche du furoncle n'a pas été enrayée, il faut pratiquer alors une incision linéaire horizontale comprenant toute l'épaisseur du furoncle depuis la peau jusqu'au cartilage tarse exclusivement, puis maintenir sur les paupières des compresses imbibées d'un liquide antiseptique, tel qu'une solution d'acide phénique au deux centième, une solution d'acide thymique ou d'acide borique. Les compresses antiseptiques seront recouvertes de taffetas gommé et transformées de la sorte en compresses échauffantes, susceptibles d'accélérer l'élimination du bourbillon et de la granulation de la plaie.

Afin d'obtenir une cicatrice aussi peu difforme que possible, on recourra aux bandelettes emplastiques, ou bien on exercera une traction à l'aide de fils élastiques de façon à empêcher l'action rétractile de la cicatrice et la formation d'un ectropion consécutif.

Enfin, dans le cas où l'on aurait affaire à un sujet dyspeptique ou glycosurique, ou à un malade affaibli par une diathèse quelconque, on s'efforcerait d'améliorer l'état général par une médication appropriée. (*Courr. médic.*)

Traitement de la leucorrhée des enfants. — M. le docteur Bouchut traite la leucorrhée des petites filles : 1° par des lavages fréquents avec l'eau de son, l'eau de Goulard ou l'eau de feuilles de noyer; 2° en touchant la muqueuse vaginale soit avec une solution de :

Sublimé.	10 centigr.
Eau distillée.	300 grammes.

soit avec :

Nitrate d'argent.	20 centigr.
Eau distillée.	30 grammes.

3° En faisant placer entre les grandes lèvres de la charpie imbibée de substances antiseptiques; 4° enfin en prescrivant des toniques, des reconstituants, des antidiathésiques. (*Monit. de la policlin.*)

Créosote et sycosis. — Le sycosis, que l'on traite souvent par l'épilation, guérit quelquefois par des onctions répétées matin et soir de la pommade suivante :

Axonge benzoïnée.	30 grammes.
Oxyde de zinc.	6 —
Créosote de houille.	20 à 30 gouttes.

On recouvre ensuite les parties malades de taffetas gommé. (*Paris méd.*)

Traitement du furoncle. — M. le docteur Planat préconise les applications d'arnica dans le traitement des furoncles purement inflammatoires. L'arnica fait avorter ces éruptions avec une promptitude extraordinaire, probablement en raison de son action sur les nerfs vaso-constricteurs des vaisseaux superficiels de la peau. Les onctions se font avec :

Extrait de fleurs fraîches d'arnica. .	10 grammes.
Miel.	20 —

Dans le cas où ce mélange serait trop liquide, on ajouterait de la poudre de lycopode pour le rendre suffisamment adhésif.

On étend cette pâte, dans une certaine épaisseur, sur un morceau de toile cirée ou de diachylon que l'on applique ensuite sur le furoncle. Le pansement doit être renouvelé toutes les vingt-quatre heures. Deux ou trois applications suffiraient généralement, d'après M. le docteur Desplats, pour faire avorter le furoncle à n'importe quelle époque.

On sait d'ailleurs que l'arnica est, depuis longtemps, préconisé à l'intérieur contre ce que l'on a appelé improprement la diathèse furonculeuse.

D'autre part, dans la furonculose généralisée, M. le docteur Th. Anger prescrit à ses malades de prendre tous les matins de dix à vingt gouttes de teinture de colchique dans un petit verre de cognac. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Traitement de la synovite tendineuse par l'incision. — M. NOTTA (de Lisieux) communique une observation de kyste à grains hordéiformes, guéri par l'incision et l'application de la méthode antiseptique. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, cultivateur, sans antécédents rhumatismaux, qui fut pris, il y a quatre ans, après avoir labouré, d'une douleur avec gonflement de la main; il put cependant continuer ses occupations. Le gonflement augmenta sensiblement, et bientôt apparut une véritable tumeur, occupant toute la paume de la main, recouverte d'une peau violacée; en même temps, à la partie inférieure de l'avant-bras, se trouvait une autre tumeur assez développée, sans changement de coloration à la peau, d'une consistance molle et donnant lieu, au toucher, à la sensation d'amidon. Ces deux tumeurs communiquaient ensemble; il n'y avait pas de fluctuation manifeste. L'absence de liquide fit écarter l'idée d'une ponction, et M. Notta s'arrêta à l'idée d'inciser largement en ayant soin de recourir à la méthode antiseptique et à l'emploi de la bande d'Esmarch.

L'opération fut pratiquée le 14 novembre dernier; il sortit très-peu de liquide, mais une grande quantité de grains hordéiformes; M. Notta fit une injection phéniquée, passa un drain ressortant par la plaie de l'avant-bras; il fit la réunion des plaies avec du fil d'argent, appliqua le pansement de Lister en exerçant une légère compression. Le lendemain, le malade accusait une douleur vive au niveau du ligament annulaire du carpe. Le drain fut retiré et remplacé par deux petits drains placés à chaque extrémité de la plaie. Une vingtaine de jours après l'opération, le malade était en voie de guérison et fut renvoyé chez lui; il revint quelque temps après avec un peu d'enflure et de suppuration; M. Notta réappliqua le pansement de Lister; au mois de mai, la guérison était complète et définitive.

M. VERNEUIL, l'un des premiers, a appliqué la méthode antiseptique à la cure des tumeurs appelées à tort kystes hydatiques du poignet. Jusque-là, dit-il, après des accidents graves survenus à la suite de l'intervention chirurgicale dans plusieurs cas de ce genre, j'étais résolu à ne jamais opérer cette affection. Quand est arrivée la méthode antiseptique, je n'ai pas hésité, dans un premier cas, à ouvrir largement l'articulation du poignet, en plaçant deux drains isolés, l'un à chaque bout, sans passer sous le ligament annulaire. Je guéris ainsi un premier malade dans l'espace de vingt jours; j'avais employé la méthode de Lister pour l'opé-

ration et j'avais eu recours au pansement ouaté; dans un second cas, même succès et même bénignité des suites de l'opération. En résumé, emploi de toutes les précautions de la méthode antiseptique : pulvérisation, injection phéniquée, drainage aux extrémités de la plaie, pansement ouaté sans réunion aucune de la plaie. La réunion trop hermétique, telle que l'a faite M. Notta, n'est pas sans inconvénients dans ces cas.

M. DESPRÈS. J'ai dit à M. Nicaise, lorsqu'il nous a présenté son malade guéri en l'espace de cinq jours, qu'il fallait nous présenter de nouveau ce malade dans un an, pour que nous fussions bien sûrs de sa guérison. Je n'en dirai pas autant à M. Notta, parce que je suis sûr que son malade, ayant eu de la suppuration, est définitivement guéri. C'est en effet par suppuration que ces kystes peuvent guérir.

M. TRÉLAT. Il ne faut pas prendre les kystes hordéiformes du poignet pour terrain de discussion, relativement à la réunion primitive ou tardive. Ces kystes hordéiformes guérissent en effet par *comblement* ou par lente cicatrisation; la guérison nécessite conséquemment un délai assez considérable. Il ne s'agit pas ici de la cicatrisation d'une plaie, mais bien de la cicatrisation des parois d'un kyste. Toutefois la suppuration n'est pas nécessaire à ce processus; c'est un accident de la guérison, guérison qui se fait par lente cicatrisation. S'il est une affection où la réunion primitive soit, non-seulement inutile, mais même fâcheuse, c'est bien certainement le kyste à grains hordéiformes du poignet.

M. DESPRÈS. Les désastres causés par l'intervention chirurgicale dans le traitement de ces kystes n'ont cessé qu'à partir du jour où l'on a eu recours au tube à drainage de Chassaignac. Je me rappelle un cas dans lequel Velpeau a obtenu la réunion par première intention, mais il avait une récidive peu de temps après l'opération. La guérison, dans ces cas, en effet, ne peut être obtenue que par suppuration; j'accorde que le mot de suppuration est peut-être un peu exagéré, mais je ferai observer à M. Trélat que les bourses séreuses n'ont pas la même manière de suppurer que le tissu cellulaire. Chez le malade de M. Notta, c'était plutôt de la sérosité louche que du pus crémeux.

M. VERNEUIL. L'une des malades que j'ai opérées avant la méthode antiseptique n'a guéri qu'après des accidents très-graves qui ont mis sa vie en danger, et qu'avec une atrophie du membre et une ankylose; or, chez cette malade, j'avais employé les tubes à drainage de Chassaignac.

M. NICAISE. Chez le malade de M. Notta, comme chez le mien, il y avait très-peu de liquide et une grande quantité de grains hordéiformes. Quel était, chez le malade de M. Notta, l'état des tendons? J'ai trouvé plusieurs fois sur le cadavre, dans ces cas, de l'atrophie; chez mon malade, il y avait une dissociation des faisceaux fibreux des tendons. Comme celui de M. Notta, il a souffert le jour et le lendemain de l'opération et a également présenté du gonflement; j'attribue cela à l'injection phéniquée au vingtième. Aussi je préfère maintenant employer une solution au quarantième pour cette injection. Je crois qu'il vaut mieux mettre un drain à chaque extrémité du kyste que d'en faire passer un seul sous le ligament annulaire du carpe.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Non-seulement je ne crois pas que la suppuration soit nécessaire à la guérison de ces kystes, mais encore je pense que la durée indiquée par M. Trélat pour la cicatrisation est exagérée. Il est vrai que la douleur et le gonflement constatés dans les deux premiers jours sont dus à l'injection phéniquée concentrée. Cette réaction s'accompagne même d'une certaine élévation de la température. Ce fait-là s'observe surtout dans les plaies des cavités synoviales.

M. NOTTA répond à M. Nicaise que l'état des tendons lui a paru sain, mais il y avait sur eux des franges membraneuses auxquelles étaient appendus des grains hordéiformes. La solution employée pour l'injection phéniquée était à 5 p. 0/0. Mais le passage du tube au-dessous du ligament annulaire était aussi pour quelque chose dans les douleurs éprouvées par le malade le premier jour. Aussi vaut-il mieux mettre deux tubes, un à chaque extrémité.

Luxation du pouce. — M. DESPRÈS fait une communication sur les luxations du pouce et les instruments les plus propres à faciliter leur réduction. Il préfère l'ancien instrument à celui de M. Farabeuf.

ÉLECTION

M. FORGET est élu membre honoraire.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de botanique (1), par Ph. Van Tieghem, membre de l'Institut.

Lorsque M. Savy rendit à la science française le service de lui donner la traduction de la grande trilogie allemande, Claus, Credner et Schachs, nous exprimions tous nos regrets de voir la science française céder ainsi le pas aux savants d'outre-Rhin. Notre appel a été entendu, et voici que le plus jeune des membres de l'Institut, M. Van Tieghem, nous livre les premiers fascicules d'un *Traité de botanique* qui prendra certainement une place des plus honorables dans le grand mouvement scientifique actuel.

M. Van Tieghem a été maître de conférences à l'École normale. Il est encore maintenant professeur au Muséum et à l'École centrale. Il est une de nos figures les plus sympathiques : un peu surpris d'entrer si facilement à l'Institut, il a voulu justifier ce grand honneur qui, malheureusement, fut un déni de justice commis envers le très-savant auteur de l'*Histoire des plantes*.

Mais abordons, sans plus tarder, les trois fascicules parus du *Traité de botanique*.

L'auteur divise la « biologie des plantes » en deux parties : 1° Botanique générale; 2° Botanique spéciale.

Dans une savante introduction à la Botanique générale, M. Van Tieghem indique ce que l'on entend par morphologie et physiologie. Il montre l'indépendance de ces deux points de vue et nous donne des notions générales de morphologie et de physiologie; puis il expose son plan de botanique générale.

Son exposition sera analytique; elle procédera du dehors en dedans.

Le premier livre est consacré à l'étude de la forme extérieure du corps pris à l'état adulte et des phénomènes qui s'accomplissent à cette époque entre la plante et le milieu extérieur; en un mot, à la morphologie et à la physiologie externe. On considère d'abord le corps en général, en dehors de toute différenciation de la forme et de toute division du travail. Puis on en suit la différenciation progressive. Après quoi, l'on étudiera successivement la racine, la tige, la feuille et la fleur, résultats principaux de cette différenciation. Chacun des six chapitres ainsi obtenus se subdivisera en deux sections, l'une pour la morphologie, l'autre pour la physiologie.

Voici d'abord le *corps* de la plante, sa croissance, sa ramification et ses développements divers; la disposition des *membres*, puis les accidents de surface; l'altération de la forme d'un corps ramifié par soudure, concrescence et avortement; la formation d'un corps par soudure de plusieurs corps; association; la formation d'un corps par séparation des parties d'un corps primitif; dissociation; enfin, l'origine et la fin du corps. Ces vues morphologiques exposées, l'auteur aborde la physiologie générale des corps, et, successivement, il expose les conditions d'exercice de la vie : la radiation, l'aliment. Il nous montre ce que la plante reçoit du milieu extérieur, l'action de la pesanteur, de la radiation, de l'électricité, des gaz, des liquides, des substances dissoutes et des solides. Il termine cette très-intéressante étude par l'action des êtres vivants sur la plante et la lutte pour l'existence.

M. Van Tieghem prend alors l'autre côté des choses et cherche

---

(1) Un vol. gr. in-8°. Prix : 24 francs. Paris, F. Savy.

ce que le végétal donne au milieu extérieur; il évalue sa dépense en émission de radiations, de gaz, de liquides et de substances dissoutes. Enfin, il recherche encore l'action de la plante sur le milieu vivant et sa lutte pour l'existence; puis il termine par une comparaison de la recette et de la dépense.

Le deuxième chapitre est consacré à la différenciation progressive du corps (forme et travail).

Le troisième chapitre traite de la racine. Au point de vue morphologique, l'auteur nous montre les caractères généraux de la racine, sa croissance, sa ramification, son origine et sa différenciation secondaire. Il l'étudie ensuite au point de vue physiologique; fixation de la racine, action de la pesanteur, de la radiation, de l'humidité et de la pression; il étudie ensuite l'action de la racine sur les liquides et les substances dissoutes, sur les solides : ces considérations se terminent enfin par un résumé des fonctions de la racine.

La tige est étudiée de la même manière au chapitre IV, et le chapitre V fait subir à la feuille le même examen.

La *fleur* fait l'objet du chapitre VI. « Un rameau ou une portion de rameau de la tige, différencié avec les feuilles qu'il porte, peut servir à la formation des œufs chez les Phanérogames. » La fleur est un composé de tige et de feuilles, mais il existe ici, entre la tige et les feuilles, une si intime communauté d'action et le but poursuivi en commun est à la fois si particulier et si important, que la fleur apparaît comme une sorte d'organe *sui generis*, comme un tout nettement séparé de la plante. L'auteur a donc pensé qu'il était nécessaire de lui consacrer un chapitre spécial.

Fidèle à son plan, l'auteur étudie la fleur d'abord dans sa forme et dans son développement, puis dans ses fonctions.

La morphologie de la fleur nous fait connaître la disposition des fleurs, l'inflorescence. Elle nous fait apprécier ensuite les caractères généraux de la fleur; puis, reprenant en détail l'étude des quatre formations différenciées d'une fleur complète, elle nous offre l'étude du calice, de la corolle, de l'androcée, du pistil. L'auteur arrête alors notre attention sur les nectaires floraux. Il aborde ensuite l'étude de la symétrie et du plan de la fleur; il traite enfin du polymorphisme et des anomalies.

Passant à la physiologie de la fleur, il en expose les fonctions générales, puis la fonction spéciale, la formation des œufs.

Il est inutile d'insister sur l'importance des matières traitées dans ce fascicule. Là se termine le premier livre du *Traité de botanique*. Le livre second traitera de la morphologie et de la physiologie internes. Les dernières pages du fascicule que nous analysons sont consacrées à l'étude de la cellule. L'auteur en aborde la morphologie et commence l'étude du protoplasma et de ses dérivés inclus.

Par ce rapide examen, on peut se rendre compte de la méthode très-originale de l'auteur. Peut-être des lecteurs français s'étonneront-ils de quelques expressions au premier abord singulières. Cet étonnement cédera si l'on songe que le cachet allemand s'est imprimé depuis trop longues années sur tous les travaux d'histoire naturelle, et que certaines expressions empruntées à ces travaux, simples traductions de mots allemands, choquent avec raison l'oreille française. *Notre* langue est assez riche pour éviter ces *germanismes*, et il suffit de signaler cet inconvénient pour voir les auteurs français parler la langue de notre pays.

Sous la réserve de cette légère critique, on ne peut que louer le travail de M. Van Tieghem. Si, comme nous l'espérons, son œuvre se poursuit avec le même intérêt, nous aurons bientôt une œuvre très-savante et digne d'être mise en face du Schachs.

Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (1), par M. le docteur Paul Bar, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité.

L'hydramnios est peut-être la complication de la grossesse dont la pathogénie a été le moins étudiée jusqu'à présent, du moins en France. Les livres classiques consacrent à peine quelques lignes à son étude. M. le docteur Paul Bar, par des recherches personnelles, a essayé de combler cette lacune.

Son travail se divise en deux parties. Dans la première, il étudie les origines du liquide amniotique; dans la seconde, il fait l'étude de la pathogénie de l'hydramnios.

En s'appuyant sur des observations anatomiques, pathologiques et sur des expériences, M. Bar montre que la sécrétion et l'excrétion urinaires existent pendant la vie intra-utérine. Le liquide amniotique est-il un produit de sécrétion de la peau fœtale? Cette question reste à l'étude. Mais on peut affirmer que le liquide amniotique peut être produit par la transsudation des parties liquides du sang fœtal à travers l'amnios. Ce liquide amniotique ne pourrait-il pas être considéré comme un produit de sécrétion de l'amnios?

M. Bar démontre que les liquides contenus dans les vaisseaux maternels peuvent transsuder à travers les membranes de l'œuf, sans traverser le placenta ni la circulation fœtale. Il montre, enfin, que le liquide amniotique, une fois formé, peut être résorbé et passe à travers les membranes de l'œuf dans l'organisme maternel.

Étudiant ensuite les causes de l'hydramnios, l'auteur déclare qu'on ne sait pas si l'hydramnios peut être due à une augmentation de la sécrétion urinaire du fœtus. Il faudrait de nouvelles recherches pour déterminer l'influence pathologique des affections cutanées dont peut être atteint le fœtus.

Certains faits ont permis d'attribuer la formation de l'hydramnios à des troubles de la circulation fœtale ayant pour conséquence une exagération de la pression du sang dans le système de la veine ombilicale. Enfin l'existence de l'amniotite, comme cause de l'hydramnios, n'est pas suffisamment démontrée.

Des lésions syphilitiques du rachis (1), par M. le docteur Louis Levot.

Les diverses pièces qui constituent la colonne vertébrale peuvent être atteintes dans leurs tissus sous l'influence de la syphilis. — Les lésions anatomiques ne diffèrent en rien de celles qui affectent, en l'espèce, les autres points du squelette.

Elles se présentent sous les formes variées de : ostéite, exostoses ou hyperostoses, carie et nécrose et gomme ostéo-périostiques. — Elles ont été bien constatées par plusieurs observateurs, et confirmées par le contrôle du microscope. — Elles réagissent sur les organes voisins et se traduisent à l'extérieur par un ensemble de caractères sémiologiques bien définis. — Enfin les commémoratifs, la coïncidence chronologique d'autres manifestations spécifiques et d'autres conditions d'évolution, l'influence du traitement iodo-mercuriel donnent un faisceau de probabilités capables, dans ces cas, de guider le praticien dans la voie d'une thérapeutique heureuse et efficace.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le choléra. — Les derniers télégrammes d'Aden sur la marche du choléra vont du 24 au 26 septembre. Dans ces trois jours il y a eu huit cas et six décès, ce qui ne modifie aucunement la moyenne de 80 pour 100 de pertes constatée depuis l'invasion du fléau.

Le Conseil sanitaire international a été avisé de l'apparition du choléra à la Mecque. C'est le 20 septembre que le fléau a éclaté à la Mecque, et ce jour-là même il a fait quinze victimes; le lendemain 21 septembre, cinq malades succombaient à leur tour. Un procès-verbal constate que le choléra provient d'Aden et de Settin, où il existait depuis la fin de juin.

Le Gouvernement français, préoccupé des conséquences possibles de l'épidémie, a envoyé des instructions à notre ambassadeur à

(1) In-8°, avec planches coloriées, prix 5 francs. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(1) In-8°, prix 2 fr. 50. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Constantinople pour que des mesures préventives fussent prises, spécialement en ce qui concerne la Tripolitaine. Il a été décidé que les pèlerins de la Tripolitaine revenant de la Mecque feraient leur quarantaine, non à Tripoli ou sur un point quelconque des côtes de cette province, mais dans le port à lazaret de Beyrouth ou de Smyrne. — Comme mesure générale, il a d'ailleurs été décidé que les quarantaines seraient exclusivement purgées dans ces deux ports, qui sont reliés à Constantinople par le télégraphe et peuvent être ainsi facilement surveillés par le Conseil sanitaire et recevoir sans délai ses instructions.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser à M. le directeur de la Santé au Havre la dépêche suivante :

« Monsieur le directeur, un télégramme officiel d'Alexandrie à Londres, à la date du 27 septembre, annonce l'invasion du choléra parmi les pèlerins déjà réunis à la Mecque.

« Je ne saurais trop insister auprès de vous sur la gravité de cette nouvelle qui impose au service sanitaire le devoir de redoubler de zèle et de vigilance. Vous dévrez vous montrer très-attentif à toutes les provenances de l'Égypte et de la mer Rouge, et, le cas échéant, appliquer avec la plus grande rigueur les prescriptions réglementaires contre le choléra.

« Je vous prie de m'accuser réception des présentes instructions et d'en donner immédiatement connaissance aux agents placés sous vos ordres, avec invitation de s'y conformer.

« Vous voudrez bien également m'adresser, sans aucun retard, toutes les communications qui seraient de nature à éclairer mon administration sur la marche du terrible fléau. »

Nous apprenons aussi que le choléra et la peste bovine ont éclaté au nord de Java et dans la Sonde. — Toutes les provenances de ces régions subiront une quarantaine.

— M. le docteur Harmant est nommé consul général de France à Bangkok. Le docteur Harmant a coopéré à l'exploration du Meï-Kong avec le commandant Lagrée et a pris part à l'expédition du Tonking avec le lieutenant de vaisseau Garnier.

— La direction du génie vient de céder à la ville de Marseille la batterie du Lion pour la construction d'un laboratoire de zoologie marine. La ville a voté 65,000 francs et l'État a donné une subvention de 20,000 francs pour cet établissement scientifique.

— Un nouveau cachet d'oculiste romain, récemment trouvé dans les fossés d'un vieux château des environs d'Étampes, vient d'être l'objet d'une note de M. de Longpérier à l'Académie des inscriptions et belles-lettres. Ce cachet porte le nom d'un spécialiste de la Gaule romaine, Caius Domitius Magnus, qu'il faut ajouter à la liste déjà nombreuse de ses confrères.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la cicatrisation des parois intestinales après la ponction par le trocart capillaire, par le docteur Émile Vogt. In-8° de 58 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.

Étude sur le goître enflammé et sur le goître suppuré, par le docteur Lardilley. In-8° de 63 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Du traitement du décollement rétinien par le nitrate de pilocarpine, par le docteur Marie Josso. In-8° de 60 pages, avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'état du cœur droit dans la phthisie pulmonaire, par le docteur John-Goodman Marucheau. In-8° de 94 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

L'électricité statique et l'hystérie, mémoire précédé d'une lettre à M. le professeur Charcot, par le docteur Arthuis. In-8° de 72 pages, avec figures. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11808.

N° 120. — MARDI 18 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 18 OCTOBRE 1881. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RAYMOND.

Myélite aiguë diffuse dorso-lombaire.

La jeune fille que j'ai fait amener à l'amphithéâtre pour vous la montrer a dix-sept ans. Son aspect extérieur, à la considérer superficiellement, n'indique nullement une affection sérieuse, et ne pourrait conduire à une conclusion certaine.

Mais, si l'on regarde de plus près, on remarque tout d'abord un certain degré de somnolence, d'apathie. La main placée dans l'aisselle perçoit une température au-dessus de la normale, s'élevant à 38, 39 et 40 degrés. Le pouls est petit et rapide. L'auscultation et la percussion ne dénotent rien de particulier, la respiration est irrégulière, en ce sens que les mouvements normaux d'inspiration et d'expiration sont de temps en temps coupés par une inspiration plus longue et plus profonde. Les membres supérieurs fonctionnent normalement, la contractilité musculaire et la sensibilité y sont intactes. Cependant de temps à autre cette jeune fille s'est plainte, à un moment donné, de quelques fourmillements et d'un léger engourdissement dans le bras droit.

Il n'y a donc, et j'insiste là-dessus, aucune modification de la motricité et de la sensibilité dans les membres supérieurs.

La figure est, comme je l'ai dit, un peu apathique, néanmoins la malade répond nettement aux questions qui lui sont posées. Il n'y a donc rien de particulier non plus dans le fonctionnement des nerfs crâniens.

Mais, si nous passons aux membres inférieurs, la scène change du tout au tout. La malade ne peut absolument pas remuer les jambes, les pieds ou les cuisses ; toute motricité y est perdue.

Il y a là une impotence fonctionnelle absolue aussi marquée à droite qu'à gauche. Il n'existe aucune contracture des membres inférieurs ; ce sont véritablement ce que l'on a appelé des jambes de polichinelle, des jambes en caoutchouc. Elles ne sentent non plus absolument rien, la sensibilité a disparu sous toutes ses formes. La malade a également perdu la notion de la position de ses membres.

Ce que je viens de dire des pieds et des jambes s'applique d'une façon aussi absolue aux cuisses et même au ventre, et ce n'est qu'à partir de la ligne qui passe transversalement au-dessous des deux seins que la sensibilité réapparaît. Plus haut elle existe, mais inégalement, en ce sens que certains points sont un peu hyperesthésiés. C'est ainsi que la pression le long de la colonne vertébrale est un peu douloureuse au niveau de la proéminente. Le réflexe tendineux ainsi que le réflexe cutané des membres inférieurs est aussi aboli.

Lorsque cette jeune fille est arrivée dans le service, elle avait un ventre énorme, par suite de la distension considérable de la vessie, qui contenait près de 3 litres de liquide. Elle n'urinait alors que par regorgement, le sphincter vésical étant paralysé ; du reste toute la région était anesthésiée, et, lorsqu'il était nécessaire de pratiquer le cathétérisme, le passage de la sonde n'était nullement senti.

De même les selles étaient involontaires en raison du sphincter du rectum également paralysé. Par instants aussi le ventre était ballonné par des gaz. Quant au diaphragme, il n'est pas paralysé et il possède toute sa motilité.

De plus l'aspect extérieur des jambes n'indique aucun amaigrissement ; cependant, si l'on cherche à les prendre à pleines mains, bien vite on s'aperçoit que la peau est doublée d'une couche énorme de graisse remplaçant les muscles disparus. En effet il s'est produit une atrophie musculaire des plus rapides des jambes et des cuisses.

L'examen des masses musculaires au moyen de l'électricité, soit par les courants induits, soit par les courants continus, ne produit aucune contraction et en aucun point des membres inférieurs ou de l'abdomen ; ces courants ne déterminent quelque action qu'à partir de la ligne sous-mammaire que nous avons indiquée.

Tel est le tableau symptomatique de l'état actuel de notre malade, tableau auquel j'ajouterai qu'elle voit mal le contour des objets par suite d'une certaine hyperémie rétinienne, sans aucune autre lésion oculaire. Quant aux urines, elles sont alcalines, comme toute urine qui séjourne quelque temps dans la vessie.

Enfin il est encore certains accidents sur lesquels je dois appeler votre attention : ce sont quelques taches noires, brunâtres, que l'on aperçoit aux talons et aux malléoles, taches qui sont le point de départ d'eschares prochaines, de troubles trophiques à marche rapide. Du reste, au sacrum, il y a une eschare vaste et profonde, à travers laquelle on voit la surface du sacrum. Je dois aussi noter qu'à son entrée à l'hôpital, il existait un peu d'œdème des membres inférieurs.

Si maintenant nous étudions les antécédents de cette jeune fille, nous apprenons que son père est mort d'apoplexie, et que sa mère, sujette à des attaques, est morte à la suite de l'une de ces attaques. Par contre, elle a un frère et une sœur qui sont bien portants.

Jusqu'au mois de février dernier elle-même avait toujours joui d'une bonne santé, elle était seulement très-fatiguée de son métier de bonne à tout faire. C'est à cette époque qu'elle fut prise tout à coup de douleurs de tête, de courbature et d'un malaise général, en raison desquels elle est entrée pour la première fois à l'Hôtel-Dieu. Au bout de trois semaines, elle sentit son état suffisamment amélioré pour s'en aller. Aucun diagnostic n'avait été porté.

Un mois plus tard les mêmes symptômes, fatigue, courbature, céphalalgie, apathie et inappétence, la forcent à revenir à l'hôpital. Pendant son second séjour ici, elle eut de temps à autre une sorte de tympanisme abdominal, de la constipation, quelquefois des vomissements, puis par moments des douleurs au creux épigastrique, douleurs tellement pénibles qu'elle se courbait en deux. Leur durée variait entre trois quarts d'heure et deux heures. A cette époque encore aucun diagnostic précis ne fut porté, et la malade, allant un peu mieux, fut envoyée au Vésinet.

Elle était depuis quelque temps dans cet asile, lorsqu'en descendant l'escalier, elle sentit, un certain jour, sa jambe droite s'engourdir peu à peu, puis, quelques instants après, la jambe gauche. Deux ou trois jours plus tard la miction devenait difficile; enfin, au bout de cinq jours, la paraplégie était complète et la malade nous était renvoyée.

En présence de la succession de tous les phénomènes que je viens de vous rapporter, quel diagnostic devions-nous émettre? Une paraplégie complète sans contractures, une paralysie des sphincters anal et vésical, la perte absolue de la contractilité et de la sensibilité électriques, l'atrophie musculaire, l'état fébrile, etc., ne nous permettent pas de nous arrêter à l'idée d'une lésion cérébrale. La généralisation des accidents aux deux membres inférieurs et à l'abdomen ne saurait non plus nous faire songer à une affection des nerfs périphériques, à une névrite, dont les phénomènes cliniques sont limités à la sphère d'action du nerf malade. Enfin nous ne pouvons pas davantage penser avoir affaire ici à une névrose, à des accidents hystériques.

Les douleurs rachidiennes à peu près nulles, bornées seulement à de l'hyperesthésie au niveau de la proéminente, éloignent aussi notre pensée de quelque compression médullaire. Ce n'est pas non plus une méningite aiguë, car nous n'avons pas de secousses convulsives, pas de contractures, aucun de ces grands phénomènes, enfin, de la méningite.

Nous sommes donc ici, en réalité, en présence d'une myélite; mais de quelle variété et de quelle région?

M. Vulpian a divisé les myélites en deux grandes variétés: 1° les myélites diffuses; 2° les myélites systématiques. Les premières frappent au hasard les parties constituantes de la moelle, sans aucune symétrie. Les secondes, au contraire, l'atteignent système par système; elles sont bien localisées.

Ici nous avons affaire à une myélite aiguë diffuse; toute la moelle est prise, cordons postérieurs, cordons latéraux et cornes antérieures; c'est une désorganisation totale de la moelle dans une grande étendue. Quant au siège de la lésion, nous devons tout d'abord exclure la région cervicale, d'après les limites mêmes des accidents qui ne dépassent pas la ligne sous-mammaire. C'est donc une myélite aiguë diffuse dorso-lombaire, que nous ne devons confondre ni avec la paralysie de Landry, ni avec la paralysie spinale subaiguë de Duchenne (de Boulogne).

Quant au pronostic, l'étendue de la lésion, les eschares, celle du sacrum surtout, dont la marche a été si rapide, l'état fébrile enfin, nous obligent à un pronostic grave malgré la légère amélioration que nous constatons depuis deux jours grâce à un traitement des plus actifs par les ventouses scarifiées le long de la colonne dorso-lombaire et par l'emploi des purgatifs drastiques.

Dans les cas semblables à celui de notre malade, il n'est pas rare de voir la mort survenir, soit par des accidents putrides, soit par des phénomènes de pneumonie bâtarde; en tous cas, la réparation d'une moelle épinière aussi sérieusement atteinte est à peu près impossible, quelle que soit l'énergie du traitement auquel on ait recours.

HOPITAL NECKER. — M. Bouilly.

Hernie crurale étranglée, kélotomie.

L'opération que je vais pratiquer dans quelques instants rentre dans ce que l'on appelle la chirurgie d'urgence; aussi est-il assez rare que les auditeurs d'un cours de clinique chirurgicale puissent y assister.

Il s'agit d'une vieille femme, âgée de soixante-dix-huit ans, porteur d'une hernie irréductible remarquable en ce sens qu'elle ne présente aucun phénomène d'étranglement et qu'elle s'accompagne de symptômes extrêmement bénins. Elle est entrée hier soir dans nos salles pour une tumeur de l'aine gauche, existant depuis longtemps déjà, mais sous un médiocre volume, et qui, dans la journée d'hier, vers deux heures de l'après-midi, s'est brusquement accrue sans cause connue, sans aucun effort ou mouvement violent, nous assure la malade, et a rapidement atteint les dimensions que vous avez pu constater ce matin pendant le cours de notre visite.

Au moment où la tumeur a augmenté ainsi de volume, cette femme n'a éprouvé aucun phénomène d'étranglement herniaire aigu. Elle n'a eu ni vomissements alimentaires, ni vomissements bilieux; elle n'a pas éprouvé cette douleur aiguë que les malades ressentent d'habitude si vivement au niveau du pédicule de la hernie; elle n'a pas eu le moindre collapsus.

La dépression, seul phénomène que nous constations ce matin, tient surtout à l'âge, et non pas à la douleur légère dont elle se plaint à peine au niveau de sa tumeur herniaire.

A son arrivée à l'hôpital, les internes ont tenté, avec raison, sous le chloroforme, de réduire la tumeur par le taxis; mais ils n'ont pu y parvenir. Cependant, comme les accidents n'étaient nullement pressants, qu'aucun symptôme grave ne se manifestait, que la malade ne présentait pas la moindre algidité, on a pu la laisser, sans inconvénient, jusqu'à ce matin dans l'état où elle se trouvait.

En raison de la bénignité des phénomènes herniaires, sommes-nous autorisés à diagnostiquer un étranglement? Au premier aspect de la tumeur, celle-ci pourrait être prise pour une hernie inguinale; mais ce n'est là qu'une simple apparence, et, si on l'examine de plus près, on reconnaît que l'on a affaire, en réalité, à une hernie crurale. En effet, si on cherche à la suivre dans sa profondeur, on tombe bientôt

sur un pédicule que l'on sent s'enfoncer sous l'arcade crurale. Dans tous les cas, si nous avions affaire ici à une hernie inguinale, ce ne saurait être qu'une hernie interstitielle, en raison même du siège précis qu'elle occupe ; la chose se reconnaît assez facilement avec un peu d'attention.

Ce n'est pas là simplement un diagnostic de curiosité que nous cherchons à faire, mais bien un diagnostic nécessaire au point de vue du pronostic à émettre, car les hernies crurales à début brusque, instantané, chez la femme, sont beaucoup plus susceptibles de s'étrangler que les hernies inguinales.

Nous sommes donc en présence d'une tumeur herniaire crurale, tumeur irréductible, ainsi que l'ont démontré les tentatives de taxis faites en vain dans la soirée d'hier, à l'arrivée de la malade. Elle est certainement aussi irréductible en ce moment, car non-seulement toute évacuation est complètement suspendue depuis hier, mais encore parce qu'il ne s'est produit aucune émission de gaz. Ce dernier fait est surtout important, car il indique que le cours des matières est complètement arrêté. J'ajouterai que de plus la tumeur est dure, rénitente et tendue.

Enfin, si je cherche à palper le pédicule de la hernie au niveau du collet, je détermine une douleur très-violente indiquant l'existence d'un certain degré de constriction. Le siège de cette douleur est d'une certaine importance, car, si, au lieu d'exister au niveau du collet, elle se trouvait au fond de la hernie, la douleur pourrait être attribuée aux manœuvres du taxis, tandis que, produite par la palpation du pédicule, elle acquiert une grande valeur pour confirmer notre diagnostic d'un étranglement herniaire.

Quant à la disproportion entre les phénomènes locaux et l'état général, elle est, comme je l'ai déjà dit, excessive ; néanmoins le seul symptôme que nous ayons pu constater, c'est-à-dire l'arrêt du cours des matières intestinales et surtout l'absence de toute émission de gaz par l'anus, nous suffit, en l'absence de vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite, puis fécaloïdes, pour affirmer l'existence d'un étranglement. C'est une forme fruste, lente, il est vrai, qui pourrait parfois induire en erreur. Pour moi, éclairé dernièrement encore par un fait quelque peu analogue, il n'en est pas ainsi, et j'ajouterai que cette hernie, si elle est abandonnée à elle-même, non-seulement ne se réduira pas, mais que d'ici à deux jours elle augmentera l'état de dépression sénile de la malade et qu'elle déterminera une affection péritonéale promptement mortelle.

J'ai eu, en effet, l'occasion récente d'opérer un malade dans les mêmes conditions, présentant pour tous phénomènes l'irréductibilité de la tumeur herniaire et l'arrêt dans le cours des matières et dans l'émission des gaz. Lorsque, au troisième jour de l'étranglement, je l'opérai, je trouvai une petite perforation intestinale. Les accidents avaient ainsi agi à la sourdine, sans que rien à l'extérieur ne vînt les déceler.

C'est ainsi qu'il y a des malades chez lesquels le péritoine est plus tolérant, chez lesquels le système nerveux péritonéo-abdominal, si je puis le dire, est beaucoup moins susceptible que chez d'autres. Ceci se remarque notamment chez les individus âgés. Il en est de ces phénomènes comme de la pneumonie des vieillards qui, en raison de la déchéance de l'organisme due au progrès des ans, ne s'accompagne parfois que de très-peu de symptômes, le mal poursuivant alors sourdement ses ravages.

Chez notre vieille femme, il en est probablement de même ; son péritoine plus tolérant nous explique l'absence de symptômes inhérents à l'étranglement de sa hernie crurale, étranglement que nous allons certainement trouver en l'opérant.

En effet, en présence d'une hernie irréductible, nous ne saurions abandonner celle-ci à elle-même, mais notre devoir est de rétablir le cours des matières intestinales arrêté depuis hier deux heures de l'après-midi. Nous n'aurons pas recours à de nouvelles tentatives de taxis, celles d'hier soir n'ayant pas réussi, bien qu'elles aient été très-sagement faites sous l'influence du chloroforme. Nous allons pratiquer la kélotomie sans plus tarder ; ceci est une opération d'urgence dans laquelle tout délai aurait pour effet d'aggraver la situation et de compromettre l'avenir.

Du reste, l'opération en elle-même ne présente aucune gravité, surtout en s'entourant de toutes les précautions actuellement mises à notre disposition par les méthodes antiseptiques ; aussi ne jouons-nous pas ici quitte ou double, mais nous avons pour nous au moins neuf chances sur dix.

Le procédé opératoire est des plus simples : incision de la peau et des couches sous-cutanées suivant le grand axe de la tumeur, afin d'arriver plus facilement sur le pédicule de la hernie ; incision du sac qui ne contient encore aucun liquide, amener l'anse intestinale à l'extérieur, lavage antiseptique avec l'eau phéniquée aux deux centièmes et réduction.

— La malade ayant été chloroformisée, l'opération a parfaitement justifié le diagnostic émis et n'a présenté aucun incident ; M. Bouilly a dû seulement faire la résection d'une petite masse graisseuse extra-péritonéale.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'ÉROSION DES DENTS

CONSIDÉRÉE COMME SIGNE RÉTROSPECTIF DE L'ÉCLAMPSIE INFANTILE (1)

(Syphilis dentaire de MM. Hutchinson et Parrot)

Par M. le docteur E. Magitot.

IV

Qu'on veuille bien étudier une à une ces quarante observations saisissantes par leur netteté et leur précision (2). Nous aurions pu les multiplier à l'infini, mais il nous semble qu'elles doivent suffire à la démonstration mathématique de l'équation pathologique que nous avons formulée tout à l'heure.

Ce rapport rigoureux entre l'éclampsie infantile et l'érosion est d'ailleurs pour nous un fait très-anciennement démontré. Sans parler de nos recherches personnelles antérieures, nous pouvons rappeler plusieurs monographies qui défendent la même opinion : telles sont les thèses des docteurs Quinet (de Bruxelles), Castanié et Rattier (de Paris), qui renferment des faits conformes (3). Broca, ainsi qu'on sait, s'est également rallié à cette théorie.

Si nous interrogeons les auteurs étrangers, nous trouvons que Arlt, dans ses recherches sur la cataracte zonulaire et l'érosion des dents, invoque dans leur production les attaques éclamptiques ; de même Horner et Davidsen, bien que moins affirmatifs. Enfin M. Nicati n'hésite pas à rattacher à cette même cause à la fois l'érosion

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 octobre 1881.

(2) Voir le tableau n° 3, page 931 et suivantes.

(3) Voy. Quinet (de Bruxelles), *A propos des dents syphilitiques*, Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, t. XIII, 3e série, n° 1, 1879. — Castanié. *De l'érosion ou des altérations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance*, thèse de Paris, 1871. — Rattier. *Contributions à l'étude de l'érosion dentaire*, thèse de Paris, 1879.

de la dent et la lésion oculaire qu'on pourrait presque nommer l'*érosion du cristallin*.

Cette opinion, appuyée aujourd'hui sur des faits scientifiquement observés, se retrouve d'ailleurs empirique et en quelque sorte banale dans tous les temps. Je fais appel ici aux médecins qui veulent bien m'écouter. Beaucoup d'entre eux, en présence d'une érosion dentaire bien constatée, n'ont-ils pas posé cette affirmation : « Ce sujet a eu des convulsions dans son enfance » ? Et la mère de répondre invariablement : « Cela est vrai. »

Aujourd'hui, nous ne nous bornons plus, en présence de la lésion dentaire, à affirmer l'éclampsie ; nous allons plus loin, et, du niveau de cette échancrure ou de ce sillon, nous remontons à la date des crises, à leur durée, à leur intensité. Le procédé est fort simple : il est tout entier formulé dans le tableau publié ci-dessus (tableau n° 1).

On voit donc sur quel ensemble de considérations repose la théorie que M. Parrot désigne lui-même sous le nom de *théorie des dents éclamptiques;* mais il nous reste cependant une dernière tâche, celle de répondre en quelques mots à plusieurs objections, fort sérieuses en apparence, que nons a posées M. Parrot.

Ces objections se réduisent aux deux suivantes :

1° L'éclampsie infantile est incapable, dit-on, de produire l'érosion dentaire.

2° Tout sujet porteur d'érosion présente des traces de syphilis héréditaire.

Examinons brièvement ces deux points :

Une attaque d'éclampsie, n'ayant qu'une durée de quelques minutes, ne peut interrompre la formation des tissus de l'émail et de l'ivoire pendant un temps suffisant pour produire une trace indélébile, et M. Parrot ajoute qu'en donnant, par exemple, à une attaque la durée d'une minute, il faudrait, pour produire certaines érosions en nappe, un nombre énorme de convulsions.

Assurément, si nous considérons l'attaque éclamptique en elle-même, nous reconnaissons son impuissance à produire un tel résultat. Mais ne sait-on pas que cette attaque convulsive n'est que la manifestation extérieure, le reflet d'un état profondément troublé du système nerveux et de la nutrition générale? On n'en saurait douter en considérant que l'éclampsie a parfois laissé à sa suite des lésions graves telles que la perte de l'intelligence, le strabisme, la surdi-mutité, le bégaiement, des contractures des membres, etc.

D'autre part, on sait que l'éclampsie ne se manifeste jamais par une seule attaque, mais par des séries plus ou moins nombreuses et plus ou moins rapprochées, de sorte que l'influence perturbatrice correspond, non à l'attaque isolée, mais à la série. Or, cette série, d'après maintes observations, s'étend parfois à dix, quinze, vingt heures, chaque attaque réapparaissant toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Un auteur récent, Kien (de Strasbourg), cite le cas d'un enfant qui a présenté une série d'attaques se reproduisant toutes les heures pendant quatorze heures et suivies d'une période de coma durant six jours et interrompue encore par des crises plus faibles et plus rares. C'est donc une période de perturbation grave de la nutrition ayant duré chez cet enfant près de sept jours, pendant lesquels on a noté le pouls à 140 et la température à 40° (1).

On voit donc que les troubles de nutrition, sous l'influence de l'éclampsie, peuvent durer un temps fort long. Nous possédons des faits dans lesquels ils se sont prolongés pendant des mois et des années.

Mais ce n'est pas tout, et nous avons voulu établir expérimentalement quelle quantité de dentine et d'émail se produit normalement pendant un temps donné dans un follicule et par suite quelle étendue et quelle profondeur présentera la zone de tissus frappée d'interruption.

Voici l'expérience :

Sur un chien de quinze jours, allaité par sa mère, nous avons enlevé par une incision légère le chapeau de dentine de la canine gauche. L'animal est aussitôt remis à sa niche et continue de téter sans trouble apparent.

Dix jours plus tard, à la même heure, le chapeau de dentine de la canine droite est extrait à son tour. Ces deux préparations sont lavées et séchées. Elles présentent une différence de hauteur qui se chiffre par 6 millimètres ; le petit chapeau ayant 6, le grand 12 millimètres.

6 millimètres en dix jours nous donnent 6 dixièmes de millimètre par jour. Par heure, nous obtenons 20 millièmes de millimètres, plus une fraction. Négligeons cette fraction et faisons le calcul suivant :

Si une cause morbide était venue interrompre, dans ce petit chapeau, la formation de l'ivoire et de l'émail pendant seulement cinq heures, le sillon produit aurait plus d'un dixième de millimètre de largeur, c'est-à-dire qu'il serait visible à l'œil nu.

Nous avons, sur des moulages pris sur le vivant, des sillons de cette étendue et dus à des séries relativement courtes d'attaques éclamptiques. (Voir dans le tableau n° 2 les figures 2, 6, 9, 10.)

Poursuivons ce calcul, et nous verrons qu'une série de crises durant dix heures donneront un sillon de 2 dixièmes de millimètre, vingt heures 4 dixièmes, et ainsi de suite.

Qu'on juge dès lors de l'étendue d'une érosion sous l'influence d'un état morbide durant plusieurs mois.

Mais ce n'est pas tout, et M. Parrot s'étonne que certaines dents ne sont jamais atteintes, la seconde et la troisième molaires, par exemple, et il trouve la théorie de l'éclampsie incompatible avec ce fait.

Le tableau n° 1 publié ci-dessus nous paraît répondre complètement à cette objection. On y voit en effet que le chapeau de dentine de la deuxième molaire n'apparaît qu'à trois ans et demi en moyenne. Or il est notoire que l'éclampsie devient fort rare à partir de cette époque. On sait même que la plupart des médecins en attribuent, empiriquement il est vrai, la production à la première dentition qui est achevée à cet âge. Quant à la troisième molaire, l'apparition de son chapeau de dentine à la douzième année la met hors de cause.

C'est encore en raison des rapports chronologiques entre l'évolution des dents et l'âge d'élection de l'éclampsie que la première molaire permanente se trouve constamment frappée à des degrés et des niveaux divers : son chapeau débutant en effet au sixième mois de la vie intra-utérine, tandis que son éruption n'a lieu qu'à la sixième année, elle est ainsi soumise pendant plus de six ans à l'influence de toutes les perturbations qui atteignent la première enfance.

L'érosion de cette première molaire en particulier porte en outre très-souvent à la surface triturante elle-même, ce qui implique une perturbation de nutrition de la période fœtale. La même observation s'adresse aux dents temporaires, et M. Parrot nous demande d'expliquer ici le mécanisme d'une telle lésion ; concluons-nous à l'existence de l'éclampsie intra-utérine ?

Sur le point particulier de pathologie fœtale, nous avouerons d'abord, avec tous les auteurs, notre complète ignorance. Peut-être retrouverait-on dans la pathogénie de l'érosion intra-utérine l'influence de l'éclampsie maternelle. Une de nos observations (tableau n° 3, obs. 1) semblerait prêter à cette hypothèse, puisque le sujet porteur d'érosion à la face triturante des premières molaires était né à huit mois d'une mère morte en couches sans qu'on ait pu préciser cependant à quels accidents elle avait succombé.

Mais, sans poursuivre plus avant cette recherche de l'éclampsie maternelle, n'est-il pas facile d'établir que des troubles plus ou moins graves de la grossesse pourront exercer sur la nutrition du fœtus un retentissement suffisant pour amener la suspension de formation qui constitue l'érosion et faire ainsi pour l'époque fœtale l'office de l'éclampsie de la première enfance?

Il est d'ailleurs bien des cas d'érosion des dents temporaires qui se rapportent à l'éclampsie du premier âge : ainsi, dans l'observation n° 22, tableau 2, le mécanisme a pu être aisément reconstitué, le sillon occupant la partie moyenne de deux canines tem-

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1880, n° 7, p. 73.

poraires concordait parfaitement avec la période d'invasion des accidents éclamptiques au deuxième mois.

Quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas, contrairement à M. Parrot, que l'érosion soit fréquente aux dents temporaires. Nous l'avons beaucoup recherchée et très-rarement rencontrée. C'est qu'en effet M. Parrot nous a montré comme étant de l'érosion des lésions de couronnes temporaires que nous sommes porté à considérer comme des altérations cadavériques. Lorsque, par exemple, on extrait d'un follicule des chapeaux de dentine en voie de formation et qu'on les expose à l'air, l'émail, incomplètement calcifié, se couvre de fêlures, de craquelures par la dissociation de ses prismes, ce qui peut, dans certains cas, simuler parfaitement l'érosion. C'est, du moins, ce que nous avons cru voir sur les pièces présentées par M. Parrot au Congrès de Reims.

Arrivons enfin à la seconde et dernière objection de M. Parrot, la voici :

Tout sujet porteur d'érosion présente des vestiges de syphilis héréditaire.

Pour seule réponse, nous renverrons le lecteur au tableau (nº 3) d'analyse des 40 observations que nous avons résumées. La plupart de ces faits figurent dans nos notes personnelles avec les plus minutieux détails que nous n'avons pas cru devoir reproduire ici et qui établissent par l'examen physique des individus, par l'enquête sur leurs parents, leurs frères et sœurs, l'absence complète de tout soupçon de syphilis héréditaire. Ces faits sont d'ailleurs en nombre illimité. Tout médecin, en présence d'un cas d'érosion, pourra, dans la plupart des circonstances, reconstituer l'histoire du sujet et arriver aux mêmes résultats que nous. N'insistons donc pas.

Conclusions. — De l'ensemble des documents et des considérations qui précèdent, nous déduirons les conclusions suivantes :

1º L'éclampsie infantile produit constamment dans la nutrition intra-folliculaire une perturbation qui se traduit par une des lésions caractéristiques de l'érosion dentaire.

2º Le *niveau*, le *nombre* et l'*étendue* de la lésion de la couronne correspondent à l'*époque*, à la *durée* et à l'*intensité* des crises éclamptiques ; l'érosion est *une*.

3º Les autres maladies de l'enfance, fièvres éruptives, affections catarrhales, intestinales, etc., sont impuissantes à produire l'érosion. Toutefois quelques maladies graves et de très-longue durée peuvent amener une désorganisation totale de la couronne des dents en voie d'évolution, mais non l'érosion proprement dite.

4º La syphilis héréditaire, dont on ne peut nier l'influence sur la constitution générale des tissus osseux et dentaire en voie de formation, ne se traduit jamais par les lésions caractéristiques de l'érosion.

5º L'érosion dentaire constatée dans les gisements préhistoriques serait, d'après les raisons invoquées par Broca et par nous-même, la preuve de l'éclampsie infantile, laquelle constituait le but déterminant de la trépanation crânienne.

6º L'érosion dentaire, dans ses formes les plus caractéristiques, n'est pas exclusive à l'homme et peut se rencontrer chez des animaux domestiques que la syphilis n'atteint pas.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pathologique (1), par M. le docteur E. Lancereaux.

La seconde partie du tome deuxième du *Traité d'anatomie pathologique* vient de paraître. Elle est consacrée à l'étude du système sanguin.

M. Lancereaux fait d'abord l'histoire du sang.

Les globules rouges, ou hématies, peuvent présenter des anomalies de formation et de développement ; leurs anomalies de nutrition donnent lieu à l'hypertrophie, à l'atrophie, à l'hyperplasie ou l'hypoplasie des hématies.

Les globules blancs ou leucocytes amènent à l'étude de la leucocytose et de la leucocythémie.

Le plasma sanguin est plus ou moins aqueux, de là l'hydrémie ou l'anhydrémie. Il contient des matières albuminoïdes ou protéiques, des substances salines, grasses, sucrées, excrémentielles ou biliaires ; ce qui amène l'auteur à étudier l'alcalinité du sang, la piarrhémie, la mélitémie et l'acétonémie, l'urémie et l'uricémie, la cholémie et la cholestérinémie.

Le sang présente enfin des anomalies accidentelles (parasites) ou des altérations chimiques.

Le sang ainsi étudié, M. Lancereaux aborde l'histoire du cœur.

Le cœur présente des anomalies de formation et de développement. Il peut être double ; il peut avoir deux, trois ou quatre cavités ; les valvules cardiaques peuvent être mal formées ; les cavités du cœur peuvent communiquer sans lésions des orifices ; l'aorte et l'artère pulmonaire peuvent être transposées ; il existe enfin des ectopies cardiaques ou ectocardies intra ou extra-thoraciques.

Les anomalies de nutrition donnent lieu à l'hypertrophie et à l'atrophie du cœur et à ses phlegmasies.

Les endocardites sont exsudatives (pyrétiques, goutteuses ou uratiques), suppuratives et proliférantes. Il en est de scléreuses, tuberculeuses, villeuses, verruqueuses, végétantes, ulcéreuses et anévrysmatiques. Enfin les cordages tendineux du cœur peuvent se rompre.

Les myocardites présentent presque toutes les mêmes formes que les endocardites ; il faut toutefois y ajouter la forme syphilitique.

Les néoplasies cardiaques sont primitives ou secondaires suivant qu'elles ont pour point de départ le tissu propre du cœur ou un autre tissu. Les néoplasies primitives ressortissent toutes au groupe des productions conjonctivo-vasculaires, ce qui s'explique par ce fait que le cœur est une émanation du feuillet moyen du blastoderme ; elles comprennent plusieurs types qui sont les suivants : myxomes, lipomes, lymphomes, fibromes, angiomes et myomes. Les néoplasies secondaires appartiennent surtout au groupe de formations épithéliales ; ces formations, en effet, ne se rencontrent jamais primitivement dans le cœur qui ne renferme aucun élément originaire des feuillets, interne et externe du blastoderme.

M. Lancereaux nous expose ensuite les hypoplasies du cœur (adipose, stéatose, chromatose, leucomatose et calciose), les hypémies et hyperémies cardiaques, les hémorrhagies, les thromboses et les embolies du cœur. Cet important chapitre se termine par l'étude des anomalies accidentelles (parasitisme et traumatisme).

Dans un livre aussi classique que le *Traité d'anatomie pathologique*, l'étude doit se poursuivre avec toute la rigueur du plan primitif. Aussi l'auteur fait-il subir aux artères et aux veines le même ordre d'étude.

Les artères peuvent présenter des anomalies de développement, des anomalies de nutrition, des néoplasies, des hypoplasies, des anomalies de circulation et des anomalies accidentelles. Il en est de même des veines.

On voit, par cet exposé, combien M. Lancereaux a mis de soin à développer le programme qu'il s'était imposé. Son livre présente le tableau exact de l'état actuel de la science. Écrit sobrement et avec concision, ce volume devait présenter l'examen successivement des altérations de tous les dérivés du feuillet moyen du blastoderme. L'étendue de la matière a trahi l'intention de l'auteur, et, dans un nouveau volume, nous trouverons l'étude des lésions du système locomoteur.

Étude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte (1), par M. le docteur Paul Sauze, ancien médecin de la marine.

Le froid est la cause presque unique de la maladie. Il paraît

(1) In-8º. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

(1) In-8º, prix 2 francs. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

exister des susceptibilités individuelles se traduisant par la succession chez le même sujet de la paralysie infantile, de la paralysie spinale et de l'atrophie musculaire progressive ou par une double atteinte de paralysie spinale. Dans ces cas, l'affection a débuté à un âge moins avancé que dans la majorité des autres observations. La fièvre se montre dans la majorité des cas, non dans tous.

Au début, symptômes de myélite diffuse; douleurs constantes; parfois et d'une façon passagère, modification de la sensibilité cutanée, paralysie vésicale ou rectale; troubles trophiques, etc. La limitation des symptômes à la sphère d'action des cornes antérieures ne se fait qu'au bout de quelques jours.

La paralysie ne suit pas la distribution des troncs nerveux. Sans qu'il y ait de règle absolue, certains muscles sont beaucoup plus souvent frappés que d'autres; ce sont : au membre supérieur, le deltoïde; au membre inférieur, le jambier antérieur et les gastrocnémiens. Les muscles de la face et le diaphragme n'ont jamais été atteints. La maladie paraît n'avoir jamais atteint le bulbe.

La guérison complète est assez fréquente; le membre retrouvant avec ses fonctions son volume primitif.

Il faut, enfin, tenir compte, pour établir le pronostic, de la possibilité d'une récidive ou de l'apparition de l'atrophie musculaire progressive.

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle (1), par M. le docteur D. Dupeyrat.

L'érysipèle est dû à un principe matériel vivant, étranger à l'organisme et susceptible de se reproduire dans l'économie. Ce principe matériel est une bactérie sphérique (*bacterium punctum*) isolée ou réunie en chapelet, mais toujours immobile. L'immobilité est un caractère qui nous paraît être pathognomonique du microbe de l'érysipèle.

Cette bactérie est la seule qui semble pouvoir produire l'érysipèle. Ce germe n'est pas susceptible de se développer chez tous les sujets, certains terrains individuels étant plus favorables à son développement.

Nous serions porté à admettre qu'il n'existe pas d'érysipèle spontané, un traumatisme nous paraissant nécessaire pour la pénétration du germe dans l'économie. L'érysipèle artificiel produit chez les animaux ne doit pas être attribué au procédé expérimental, mais seulement à la bactérie érysipélateuse. La sérosité d'une phlyctène d'érysipèle privée de ses bactéries ne peut produire cet exanthème.

De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde (2), par M. le docteur E. Galissart de Marignac, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La fièvre typhoïde peut présenter à n'importe quelle période de son évolution une pneumonie à forme lobaire. Cette pneumonie présente, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique, tous les caractères de la pneumonie lobaire aiguë et primitive.

Survenant tout à fait au début, elle peut être facilement confondue, et l'a été du reste par plusieurs auteurs, avec la pneumonie à forme typhoïde. Son début, pendant la période d'état de la dothiénentérie, ne modifie pas immédiatement la courbe thermométrique, mais peut quelquefois s'annoncer par un abaissement de température. Pendant la convalescence, elle rappelle tout à fait le type de la pneumonie franche primitive.

Son pronostic est d'autant plus grave que les phénomènes typhiques sont plus accusés.

Il doit y avoir une raison quelconque, qui nous est encore inconnue, qui favorise le développement de la pneumonie lobaire dans le cours de la dothiénentérie; car on ne peut l'envisager comme une simple complication accidentelle.

(1) In-8°, prix 2 fr. 50. Paris, A. Coccoz.
(2) In-8°, prix 3 francs. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches (1), par M. le docteur Henri Legendre, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La scarlatine est fréquemment irrégulière dans son évolution, le diagnostic est des plus difficiles dans ces cas frustes et ne repose que sur la réunion de certains symptômes immédiats ou éloignés (syndromes). Les femmes sont plus prédisposées à contracter la scarlatine que les autres fièvres éruptives. Dans cet état la scarlatine est le plus souvent anomale.

La scarlatinoïde puerpérale et les exanthèmes dits scarlatiniformes ne sont très-probablement que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leur allure.

Les éruptions scarlatineuses, même anomales, ne doivent pas être confondues avec les éruptions septicémiques; celles-ci relèvent d'un état général grave, ordinairement fatal, et sont les analogues des éruptions de la septicémie chirurgicale et de l'infection purulente. En présence de tout exanthème analogue à celui de la scarlatine, survenant sur une nouvelle accouchée, il sera sage de soumettre rigoureusement la malade aux précautions hygiéniques que réclame la scarlatine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 octobre 1881, le traitement des chargés de cours qui occupent à titre provisoire une chaire magistrale dans les écoles supérieures de pharmacie est fixé ainsi qu'il suit : à Paris, 5,500 francs; dans les départements, 4,500 francs.

Lorsqu'un professeur est autorisé à se faire suppléer, le suppléant reçoit sur le traitement brut du titulaire un traitement égal à celui du chargé de cours.

L'application des articles 3, 6, 7, 8 et 9 du décret du 20 août 1881 (2) est étendue aux écoles supérieures de pharmacie.

Le présent décret aura son effet à partir du 1er novembre 1881.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. de Varenne (André), licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant une année, à partir du 1er novembre 1881, des fonctions de préparateur au laboratoire de physiologie générale dirigé par M. Rouget. M. Assaki (Georges), interne de troisième année des hôpitaux de Paris, est chargé des fonctions de second préparateur au même laboratoire.

M. André, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de second préparateur au laboratoire de chimie organique dirigé par M. Berthelot.

M. Leser (Georges) est chargé des fonctions de second préparateur au laboratoire de chimie biologique.

— L'ouverture du concours de l'externat a eu lieu mardi. Les membres du jury sont : MM. Blum, Balzer, Cuffer, Kirmisson, Robin (Alb.), Roques et Schwarz.

Les questions données jusqu'à présent ont été : 1° le tibia; 2° les veines du membre supérieur, pour l'épreuve d'anatomie; 3° vaccinations, pour l'épreuve de pathologie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Boyer, Thoviste, Leclerc, Polosson, Roque, Eparvier, Jaboulay, Trossat, Comte, Truc, Parant, Devars, Goumy, Raffin.

Internes provisoires : MM. Eraud, Mallen, Bourgin, Ranty, Porteret, Foucherand, Jouannaud, Larmaraud, Perrusset, Devic, Laugier, Bertrand, Chizat, Ogier, Cuche, Malleval, Gervais, Alombert, Rougier, Rolland.

La trousse du prix Bonnet a été décernée à M. Boyer.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Macé de Lépinay, doc-

(1) In-8°, prix 3 fr. 50. Paris, Delahaye et Lecrosnier.
(2) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 766.

teur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de physique pendant l'année scolaire 1881-1882.

— M. le docteur Samuel Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, secrétaire de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission en Tunisie, pour y étudier, à la suite du corps expéditionnaire, l'hospitalisation des blessés en campagne et les questions d'anthropologie relatives aux races indigènes.

— La Société de médecine et de chirurgie de Toulouse a décidé de mettre la question suivante au concours : Des falsifications des boissons alimentaires, des moyens de les reconnaître et de les réprimer. Les mémoires écrits en français ou en latin sont seuls admis à concourir. Ils devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier 1883. Le prix, d'une valeur de 3,000 fr., sera décerné en 1883.

— M. le docteur Berrut reprendra ses leçons à la policlinique de chirurgie des femmes, rue de Bellechasse, 29, le jeudi 3 novembre 1881, et les continuera les jeudis suivants.

A neuf heures : consultations auxquelles assistent les élèves inscrits ;

A onze heures, leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de zootomie, guide pratique pour la dissection des animaux vertébrés et invertébrés à l'usage des étudiants en médecine, des élèves des Écoles vétérinaires et des élèves qui préparent la licence ès sciences naturelles, par August Mojsisovics Edlen Von Mojsvar, privat-docent de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Graz. Traduit de l'allemand et annoté par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle, chargé du cours de zoologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°, avec 128 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Études de thérapeutique générale et spéciale, avec application aux maladies les plus usuelles, par le docteur Luton, directeur de l'École de médecine de Reims. In-8°, 472 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Description d'une nouvelle pile médicale (pile tubulaire portative à courant continu), suivie d'un exposé pratique des notions utiles à connaître pour l'évaluation et le dosage des courants employés, par le docteur J. Seure (de Saint-Germain-en-Laye). In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11819.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs Joret et Homolle, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie Briant, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. Ulbrich.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Bandages élastiques

DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. Aubry, 6, boulevard Saint-Michel ; MM. Collin et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine ; MM. Galante et Fils, 2, rue de l'École-de-Médecine ; M. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain ; Pharmacie Roberts et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage.

Henry A. Martin

Se défier des contrefaçons.

Farine lactée Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage ; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Peptone Defresne

Admise première après concours dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone ; 4 p. 100 Azote. } GARANTIS.
24 p. 100 d'Aliments hydrocarbonés. }

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — Dose : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux. — Le flac. : 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. Dose : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr. 50.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

Defresne, auteur de la **Pancréatine,** 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac ; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

N° 121. — JEUDI 20 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 20 OCTOBRE 1881. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de lectures : par M. le professeur Filhol (de Toulouse), sur la composition chimique de l'eau minérale d'une des sources de Barèges ; par M. Guéniot, sur les méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus ; par M. Giraud-Teulon sur les effets de l'électricité dynamique sur les opacités du corps vitré ; et par M. Cagny (de Senlis), sur la rétention anomale du fœtus dans l'obstétrique vétérinaire.

De l'étude que M. Guéniot a faite des diverses méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus, il a été conduit à donner la préférence au procédé d'excision à l'aide du constricteur ou serre-nœud, au double point de vue de la sécurité et de la simplicité opératoire, non-seulement sur l'instrument tranchant, mais même sur le procédé d'écrasement linéaire de Chassaignac. Il trouve notamment au serre-nœud cet avantage sur l'écraseur, d'être d'une application généralement plus facile et de se mouvoir dans un champ d'action beaucoup plus étendu, c'est-à-dire de pouvoir atteindre les polypes jusque sur le fond même de la matrice, sans nécessiter l'abaissement préalable de cet organe. M. Guéniot a appuyé les motifs de sa préférence sur la relation d'un cas de polype très-vasculaire inséré sur le fond de la matrice, qu'il a extrait avec facilité et sans perte de sang à l'aide de ce procédé.

Le mémoire très-étendu dont M. Giraud-Teulon a donné lecture porte sur plusieurs points intéressants de l'histoire peu connue des opacités du corps vitré, de leur cause et de leur traitement. C'est un travail à lire à tête reposée. Nous n'en retenons pour l'instant qu'un point essentiel, c'est l'efficacité et la rapidité d'action des courants électriques continus pour combattre cette lésion oculaire.

On trouvera, en addition, dans le compte-rendu de la séance, le résumé du discours de M. J. Guérin, que nous n'avions pu donner dans le numéro de jeudi dernier. On retrouvera dans cette nouvelle argumentation de M. J. Guérin cette vigueur de discussion et ce sens critique pénétrant qui caractérisent généralement ses discours. Loin de s'y poser en adversaire de l'expérimentation, comme on l'a prétendu, ou comme ont pu le croire quelques-uns de ses auditeurs, en jugeant, sans doute, d'après l'énoncé qu'il a fait de quelques-uns des résultats insuffisants ou contradictoires des dernières expériences en cause, M. J. Guérin a montré au contraire par là, ainsi que par son parallèle entre la méthode d'expérimentation et l'observation comme moyen d'assurer la solution rigoureuse des problèmes de médecine, comment doit être compris le rôle réel de l'expérimentation dans l'ensemble des méthodes scientifiques, comme moyen de contrôle et de vérification des données de l'observation. C'est contre les exagérations et les conclusions prématurées ou incomplètes de l'expérimentation envisagée comme méthode exclusive, contre son intrusion dans des questions qui ne sont pas de son domaine, contre les dangers de cet engouement déjà signalé dans l'un des discours du Congrès de Londres, qui tendrait à donner à l'expérimentation une prééminence sur l'observation insuffisamment justifiée, que M. J. Guérin s'est élevé et non contre la méthode elle-même, dont il a prouvé, d'ailleurs, qu'il savait se servir à l'occasion. M. J. Guérin, ainsi que la *Gazette des hôpitaux* le rappelait dans l'un des numéros de juin dernier, n'a-t-il pas montré, mieux que par la plus logique discussion, par ses recherches longuement et persévéramment élaborées sur les maladies ébauchées, tout le parti que l'observation, dirigée par l'esprit de comparaison et d'analogie, peut tirer d'un premier fait pour en faire la base d'une théorie qui a prévenu et préparé toutes les tentatives de vaccination généralisée qui se font en ce moment. Rappelons, à cette occasion, pour mettre un terme à ces discussions, stériles au fond, sur la prééminence des sciences d'observation et des sciences expérimentales, envisagées à tort comme des sciences distinctes, cette expression heureuse d'un homme qui a su aussi allier, dans ses travaux, l'observation, l'expérimentation et le raisonnement : « L'expérience ne se détache pas de l'observation, dont elle est l'un des moyens d'investigation. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. De l'érysipèle traumatique. — II. Dactylite aiguë suppurée, amputation.

I. La malade qui était au lit n° 13 de la salle des femmes sort aujourd'hui complètement guérie d'un gros abcès de la paroi interne de l'aisselle, dont l'ouverture a été suivie immédiatement d'un érysipèle ambulant très-grave. L'abcès était considérable et remontait derrière le grand pectoral.

J'avais fait une petite incision, et par la pression j'avais vidé la poche purulente, dans laquelle j'avais ensuite pratiqué une injection alcoolique.

L'apparition d'un érysipèle dès le lendemain de l'ouverture d'un abcès chaud est chose assez rare, et rare également aussitôt après une injection alcoolique.

Un autre fait remarquable, c'est que l'érysipèle n'a pas empêché la guérison rapide d'un abcès volumineux dans l'espace de dix jours.

Quant à l'érysipèle, il a duré quinze jours, et a gagné depuis le bras jusqu'au sacrum, jusqu'à la fesse droite où il s'est terminé par un phlegmon. Celui-ci a été ouvert à son tour, et j'y ai fait cinq ou six injections alcooliques. La guérison a été beaucoup moins rapide qu'à l'aisselle.

Nous avons en ce moment d'autres érysipèles encore, tant dans la salle des femmes que dans celle des hommes.

Du reste, de temps en temps, et principalement à certaines époques de l'année, nous en observons quelques cas. Mais, comme les symptômes locaux et généraux sont ordinairement les mêmes, que les détails cliniques en sont très-connus, nous ne nous arrêtons pas à en parler. Nous n'en parlons pas non plus parce que nous sommes toujours dans l'inconnu quant aux explications d'origine de la maladie, quant à sa pathogénie.

On sait bien qu'il existe dans l'atmosphère et dans l'individu des causes prédisposantes, puisque les mois de février et de mars sont ceux où la maladie apparaît le plus communément, dans les hôpitaux surtout. Aussi avons-nous toujours, à cette époque de l'année, plus d'érysipèles traumatiques que dans toute autre saison. Nous en rencontrons également davantage en ville.

Il existe donc quelque chose dans l'air à cette époque froide et humide pour le développement de cette affection sur les solutions de continuité accidentelles ou opératoires.

Mais, à côté de ce quelque chose, que nous comprenons sans pouvoir le saisir, il y a l'inconnu, le mode de développement. Qu'est-ce que l'érysipèle? Il est bien facile de dire que c'est une cutite, avec rougeur, gonflement, infiltration de sérosité, de leucocytes, etc., se développant à l'extérieur et dans l'intérieur des réseaux lymphatiques et sanguins. Mais avec cette cutite il y a autre chose, puisque l'érysipèle est une grosse maladie générale, plus ou moins grave. Elle est grave parce que d'autres organes tendent à devenir malades à leur tour, tels que le poumon, la plèvre, l'endocarde, le péricarde, le foie, le cerveau et ses enveloppes, et peuvent être atteints de lésions appréciables dans certains cas, non appréciables dans d'autres.

Mais à quoi, encore une fois, cette affection est-elle due? On dit que c'est une maladie inflammatoire infectieuse, dans laquelle l'infection peut être portée assez loin pour devenir contagieuse. Mais après? Cela n'explique pas comment elle se produit.

Chacun a bien à ce sujet son interprétation, et aujourd'hui l'on est assez tenté de croire que l'absorption se fait plus par le réseau lymphatique que par le réseau sanguin, qu'il y passe un quelque chose qui va se rendre dans le torrent circulatoire, un quelque chose qu'on appelle des miasmes atmosphériques.

Aussi, des érysipèles spontanés, sans solution de continuité, érysipèles beaucoup moins nombreux, on dit qu'ils se développent par suite de l'absorption de ces mêmes miasmes atmosphériques par les voies respiratoires.

Je crois certainement aux poisons pathologiques à la surface des plaies par la décomposition du sang, des matières organiques sous l'influence de l'air, qui donnent naissance à des produits pathologiques, lesquels se répandent dans l'économie. J'y crois, mais je ne puis pas le prouver.

Aujourd'hui un certain nombre de personnes sont disposées à croire que ce quelque chose atmosphérique est constitué par des molécules organiques, microscopiques, auxquelles on a donné le nom de microbes ou bactéries. C'est ainsi que M. Pasteur a parlé des germes de l'atmosphère qui devenaient des vibrions à la surface des plaies. On croit même, et telle est l'opinion de M. Bouchard, mon collègue de la Faculté, que ce sont ces microbes qui altèrent gravement l'économie et surtout certains organes en passant dans le torrent circulatoire. C'est là une doctrine nouvelle très-hardie.

Au nº 2, nous avons un malade chez lequel, autour d'un bubon inguinal qui a été ouvert, il s'est formé un érysipèle. Dès le début il a eu des frissons, de la fièvre, des nausées, de l'inappétence, de telle sorte que, s'il y a eu des bactéries, celles-ci ont passé dans le torrent circulatoire.

Mais, il y a trois jours, cet homme a été pris de fièvre plus vive, de dyspepsie intense; on lui a appliqué des ventouses; y a-t-il là obstruction de la circulation par des microbes? J'avoue que j'ai peine à le croire. Tandis que je pense plus volontiers à une perturbation du système nerveux, laquelle a donné lieu à un état général, à un érysipèle et peut-être à quelque embolie du poumon. Enfin, trente-six heures plus tard, nous avons constaté une pleurésie aiguë avec épanchement et peut-être un peu de pneumonie. Nous avons entendu du souffle tubaire. Aujourd'hui la matité est absolue et l'épanchement est considérable.

Or, d'après la théorie des microbes, ceux-ci auraient dû être entraînés jusque dans les capillaires de la plèvre et du poumon. Peut-on réellement leur accorder une importance aussi grande? Quant à moi, je suis disposé à admettre vraiment autre chose que ce que nous pouvons voir, dans cet ordre de faits, même avec le microscope.

Voilà donc pourquoi nous parlons rarement de l'érysipèle, c'est-à-dire parce que nous ne pouvons donner une explication complète, satisfaisante de sa pathogénie.

Quoi qu'il en soit, nous avons en ce moment plusieurs cas: d'abord celui de la femme qui a eu cet érysipèle ambulant et qui nous quitte aujourd'hui parfaitement guérie; en second lieu, le malade du nº 2, au bubon inguinal dont l'érysipèle se complique encore d'une pleurésie aiguë avec épanchement considérable et adynamie profonde, malade qui est dans un état fort grave; enfin un troisième malade dont l'érysipèle d'origine traumatique présente des symptômes assez bénins, mais est actuellement compliqué d'ictère. Cette dernière affection est probablement une simple coïncidence.

Nous avons examiné le sang de ces malades; jusqu'à présent nous n'avons pas trouvé de microbes. Bien que nous ne les ayons pas vus, nous n'irons pas jusqu'à dire qu'il n'y en a pas.

II. Nous avons une petite opération à faire, une amputation de doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne, Il s'agit d'un panaris du doigt médius de la main droite qui s'est développé à la suite d'un durillon.

Tout le doigt a été pris, la peau s'est boursouflée, les coulisses tendineuses des muscles fléchisseurs ont été envahies. On n'entend pas encore de craquements articulaires,

bien que l'articulation paraisse également atteinte. Ce malade a aussi perdu le tendon fléchisseur de son doigt, ce tendon a été détruit par la suppuration.

Nous avons donc affaire à un panaris de la quatrième espèce, ou mieux à une dactylite aiguë suppurée, tendineuse et articulaire du médius de la main droite, qui doit se terminer par la perte du doigt ou, si celui-ci guérit, par une ankylose certaine. Or le médius rigide et immobile à la main droite d'un ouvrier ne peut qu'être une très-grande gêne pour ses travaux manuels, gêne qui le rendra certainement beaucoup plus maladroit que l'absence du doigt lui-même. Aussi lui ai-je conseillé de se laisser amputer dès maintenant, sans attendre que la lésion ait fait de plus grands progrès. Je vais donc procéder à l'amputation par la méthode à lambeaux dans l'articulation métacarpo-phalangienne.

HOTEL-DIEU D'AMIENS. — M. Padieu.

De la congestion pulmonaire d'origine paludéenne.

(Leçon recueillie par M. le dr Bax, professeur suppléant.)

I

Le fait sur lequel je désire appeler aujourd'hui votre attention me paraît des plus intéressants. Il a trait à un sujet que j'étudie depuis longtemps et qui rentre dans cet ordre d'affection dont, sur mes indications, un de mes élèves, le docteur Dumeige, a fait la description dans sa thèse inaugurale. Cette thèse est intitulée : *De la congestion pulmonaire de nature paludéenne*. On y trouve dans plusieurs de leurs détails des faits cliniques qui se sont plus d'une fois présentés à mon observation et qui se révèlent par des phénomènes de congestion pulmonaire, ainsi que le titre même de l'ouvrage l'indique. L'auteur de ce travail leur attribue encore, d'après mes idées, une cause paludéenne. C'est ce qu'il s'agit non-seulement d'affirmer, mais encore de prouver. Cette preuve pourrait, de prime abord, ne pas paraître très-facile; mais j'ai, pour affirmer mon dire, plus d'un motif. C'est d'abord le terrain sur lequel je pratique et qui, malgré les objections plus ou moins bien fondées que l'on pourrait faire à cette manière de voir, me paraît un terrain éminemment paludéen, et, deuxième considération à mon acquit, l'effet constant, j'ose le dire, du traitement par le sulfate de quinine; ce qui vient une fois de plus mettre en relief le bien fondé de l'axiome classique : *Naturam morborum medicationes ostendunt.*

Le cas dont je vais vous parler ressemble de tous points à ceux que M. Dumeige a publiés dans son travail. Mais, avant d'entrer dans d'autres considérations, je vous lirai tout d'abord l'observation de notre malade, telle qu'elle a été prise par l'interne du service, M. Landrieu :

Observation. — Zoé T..., dix-huit ans, née à Puchevillers (Somme), domestique à Amiens, entrée à l'Hôtel-Dieu le 10 janvier 1881, salle des fiévreuses n° 17, service de M. le professeur Padieu.

Ses parents sont morts l'un et l'autre vers l'âge de quarante ans, et l'un et l'autre à la suite d'un refroidissement. Quant à notre malade, réglée à quatorze ans, elle avait une bonne santé habituelle quand, vers la fin de décembre dernier, survinrent, sans cause bien connue, quelques attaques d'hystérie.

Le 8 janvier, M. Padieu est mandé auprès d'elle et la trouve se plaignant de douleurs vagues dans le ventre. L'examen ne lui révèle rien de bien spécial. Il n'y avait rien au cœur, rien dans la poitrine; les fonctions digestives étaient normales. En somme, état maladif peu nettement caractérisé, en apparence très-peu grave.

Le 10 janvier, M. Padieu, appelé de nouveau, la trouve dans une prostration extrême avec dyspnée intense. A l'examen du cœur, par la palpation, le choc de la pointe est à peine appréciable : à la percussion, il y a matité précordiale suffisamment appréciable ; à l'auscultation, on trouve les bruits sourds, éloignés, peu réguliers. Dans la poitrine, on entend quelques râles à grosses bulles dans le tiers inférieur à droite, rien à gauche. Rien de spécial du côté de l'abdomen. Faiblesse extrême. Pouls petit, irrégulier, parfois intermittent, à 120.

Transporter la malade à l'Hôtel-Dieu, où on lui appliquera un large vésicatoire au niveau de la région précordiale et où on lui donnera un julep avec acétate d'ammoniaque, 4 grammes.

Soir. P. 110; T. 39°.6.

11 matin. Faciès abattu, cyanose de la face. Faiblesse de plus en plus prononcée, dyspnée toujours très-grande. Un point douloureux au côté droit. Examen du cœur : à la palpation, le choc du cœur est à peine perçu; à l'auscultation, les bruits sont toujours sourds et comme éloignés. Examen de la poitrine : à la percussion, matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; à l'auscultation, souffle tubaire très-intense dans la même région; quelques râles sous-crépitants disséminés à la base. A gauche, ni matité ni souffle; un petit nombre de râles sous-crépitants à grosses bulles. La malade ne tousse pas. Dents fuligineuses, langue sèche et encroûtée. Abdomen un peu météorisé; pas de gonflement apparent du foie ou de la rate. Pas de garde-robes depuis deux jours. P. 112; T. 39°.

Prescription : un large vésicatoire en arrière à droite. Bourrache nitrée. Potion avec vin du Midi et extrait mou de quinquina, 4 grammes.

Soir. A été agitée toute la journée. Prostration paraissant encore plus marquée que le matin. P. 120. T. 40°. L'interne redonne la potion à l'acétate d'ammoniaque; c'est à peine si la malade peut en prendre une petite quantité, ainsi d'ailleurs qu'elle avait fait des médicaments prescrits le matin.

12 matin. Faiblesse et stupeur de plus en plus marquées. Le choc du cœur se perçoit un peu mieux; la matité précordiale est un peu moins étendue; les battements du cœur paraissent à l'auscultation moins assourdis. Le côté droit de la poitrine présente les mêmes phénomènes qu'hier. Sans qu'il y ait eu de point de côté nouveau, le poumon gauche présente, lui aussi de la matité et du souffle tubaire des plus intenses dans ses deux tiers inférieurs. La dyspnée est toujours violente. La malade tousse un peu, sans grand effort et à de longs intervalles; elle n'expectore pas. Constipation persistante, ventre plus ballonné. Pouls un peu moins irrégulier, 116. T. 39°,2.

Prescription : continuer le même traitement. Purgatif avec sirop de guimauve et huile de ricin à 30 grammes. Frictions sur le ventre avec huile de camomille camphrée.

Soir. Souffre moins du côté droit, sur lequel elle repose, quoique la prostration soit toujours très-grande. Le purgatif n'a pas produit d'effet; un lavement émollient est resté sans effet utile. P. 120; T. 38°,8.

13 matin. Encore en décubitus latéral droit. Même état de prostration. Cœur : les phénomènes précédemment décrits ont presque disparu. Poitrine : matité et souffle intenses des deux côtés. Dyspnée persistante. Langue sèche. Ventre toujours météorisé. Pas encore de garde-robes. Pouls régulier, 104. T. 39°.

Prescription : lavement purgatif avec séné et sulfate de soude. Supprimer la bourrache. Eau vineuse, grog. Sulfate de quinine, 1 gramme en dix paquets, un d'heure en heure. D'ailleurs l'interne en suspendra l'administration si le pouls lui paraît trop déprimé.

Soir. Le pouls paraissant déprimé, l'interne fait suspendre le sulfate de quinine; il en avait été pris 80 centigrammes. Il y a eu une garde-robe. P. 110. T. 39°,2.

14 matin. Un peu moins de prostration. Faciès un peu meilleur. Le souffle a un peu diminué à droite, où il y a encore de la matité. Même état à gauche. Il y a eu plusieurs selles diarrhéiques. P. 104. T. 39°,6.

Prescription : un vésicatoire en arrière à gauche. Sulfate de quinine, 1 gramme en dix doses comme la veille.

Soir. P. 110. T. 39°.

15 matin. La malade sourit à l'arrivée du médecin. Elle essaye, mais encore en vain, de s'asseoir seule pour qu'on l'examine. Les signes stéthoscopiques ont encore légèrement diminué à droite. A gauche, pas de changement. Beaucoup moins de dyspnée. Abdomen normal. P. 98. T. 38°,2.

Prescription : sulfate de quinine, 0g,40. Mêmes toniques.

Soir. P. 104. T. 38°,4.

16 matin. Le mieux s'accentue. La malade commence à parler, chose qu'elle n'avait encore pu faire jusqu'ici. Dyspnée à peu près complètement disparue. Examen de la poitrine : à droite, presque plus de matité; le souffle a considérablement diminué; il siège surtout à la partie moyenne; à la base, de gros râles humides; pas le moindre râle crépitant de retour. A gauche, diminution de la matité, un peu de diminution du souffle. Pouls régulier, à 90. T. 37°,6.

Prescription : alimentation dans la mesure du possible; sucer un peu de viande rôtie; sulfate de quinine, 30 centigrammes.

Soir. P. 96. T. 38°,4.

17 matin. Un peu de dyspnée, rien de nouveau à l'auscultation. P. 88. T. 37°,7.

Continuer le même traitement.

Soir. P. 96. T. 38°,4.

18 matin. Moins de dyspnée que la veille. Le souffle s'atténue encore un peu des deux côtés, mais est encore nettement perceptible. P. 96. T. 38°.

Prescription : même traitement. Prendre en outre de la décoction de quinquina.

Soir. P. 94. T. 39°.

19 matin. Un peu moins de souffle des deux côtés, surtout à droite. P. 96. T. 38.

Prescription : sulfate de quinine, 20 centigrammes.

Soir. P. 96. T. 38°,6.

20 matin. Nous trouvons la malade assise sur son lit. Elle parle volontiers. A peu près plus de souffle à droite. Il a diminué aussi, mais persiste encore un peu à gauche avec un peu de matité. On peut percevoir en ce point de la bronchophonie, que dans les premiers jours on n'avait pu percevoir nulle part, la malade, à ce moment, ne pouvant pas parler. La malade tousse, mais très-peu; il y a en ce moment un peu d'expectoration transparente. P. 90. T. 38°,2.

Soir. P. 80. T. 37°,8.

21 matin. La dyspnée est faible, mais il y en a toujours un peu, quoique l'état général soit excellent. Plus de souffle à droite; il a presque disparu à gauche. Quelques gros râles muqueux disséminés dans toute la poitrine. Bruits du cœur normaux. P. 88. T. 38°,4.

Prescription : suspendre le sulfate de quinine. Continuer l'alimentation et la décoction de quinquina.

Soir. P. 76. T. 37°,6.

Les jours suivants, tout paraissait aller pour le mieux, quand tout à coup, le 25 janvier au soir, la malade est prise de fièvre. P. 100. T. 40°.

26 matin. On a l'explication de la fièvre. Le corps est couvert d'une éruption analogue à une éruption copahique, ou encore à certains exanthèmes rhumatismaux: cette éruption est plus abondante sur les bras. P. 96. T. 39°,3.

Prescription : julep avec oxymel scillitique, 4 grammes.

Soir. P. 88. T. 39°.

27 matin. L'éruption s'efface. Il n'y a plus que quelques râles muqueux dans la poitrine. Absolument rien au cœur. P. 96. T. 38°,6.

Soir. P. 80. T. 38°,7.

28 matin. A peine quelques taches aux avant-bras. P. 72. T. 38°.

Soir. P. 80. T. 38°,2.

29 et jours suivants. Amélioration progressive. On constate seulement du côté des poumons un peu de rudesse du murmure respiratoire. État général meilleur; les forces reviennent.

3 février. Respiration normale. État général s'améliorant tous les jours. Un petit abcès critique à l'avant-bras gauche.

Jours suivants. La malade va de mieux en mieux.

A cette observation est annexé un tableau figurant la courbe de la température et celle du pouls. Cette double courbe vous présente plus d'un détail digne d'intérêt. Je vous ferai remarquer en particulier leur concordance bien exacte, que quelques différences de détail ne permettent pas d'infirmer. Remarquons en outre la descente de chacune de ces deux courbes coïncidant exactement avec l'époque où le sulfate de quinine a été administré, descente qui coïncide aussi avec l'amélioration de l'état général. Cette descente est suivie d'une période oscillante qui a cependant une tendance assez marquée à décroître encore, jusqu'à ce qu'une ascension brusque, due certainement à l'éruption que signale l'observation, se produise, et disparaisse elle-même en peu de temps, pour faire retour en très-peu de jours à un état à peu près normal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

LECTURE

M. Filhol (de Toulouse) lit une note sur la composition chimique de l'eau minérale de Barèges, source Barzun, prise dans le nouvel établissement thermal, à Luz.

COMMUNICATION

Excision des polypes de l'utérus à l'aide du constricteur. — M. Guéniot communique un travail sur les *méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus et, en particulier, sur un procédé d'excision à l'aide du constricteur ou serre-nœud.*

Dans ce travail, M. Guéniot a pour but de démontrer : 1° qu'au double point de vue de la sécurité et de la simplicité opératoire, de même que sous le rapport de l'étendue du champ d'application, la méthode d'excision par l'instrument tranchant est le plus souvent très-inférieure au procédé du serre-nœud; 2° que, malgré sa grande analogie d'action avec ce dernier, le procédé d'excision par l'écraseur de Chassaignac n'offre pas non plus les mêmes avantages. Suivant M. Guéniot, le serre-nœud présente sur l'instrument tranchant et l'écraseur de Chassaignac les avantages essentiels suivants : 1° de mettre à l'abri de l'hémorrhagie (qualité qu'il possède au même degré que l'écraseur à chaîne) ; 2° d'être d'une application généralement facile et de ne point nécessiter l'abaissement préalable, soit du polype, soit de l'utérus ; 3° enfin d'offrir un champ d'action presque illimité, c'est-à-dire de rendre possible l'extraction des tumeurs qui s'implantent presque sur le fond de la matrice.

Il termine en formulant cette unique conclusion : Des trois méthodes ou procédés utilisables pour l'ablation des polypes utérins, celle qui consiste dans l'emploi du serre-nœud lui paraît être de beaucoup la plus avantageuse, puisqu'elle se montre à la fois la plus sûre, la plus simple et la plus susceptible d'une application très-étendue.

A l'appui de cette communication, M. Guéniot met sous les yeux de l'Académie un polype utérin qu'il a enlevé par le procédé qu'il préconise.

Cette tumeur présente surtout ceci de particulièrement intéressant

au point de vue opératoire, qu'elle est très-vasculaire seulement dans sa partie supérieure, c'est-à-dire près de son implantation. En conséquence, une ablation par l'instrument tranchant aurait pu avoir de graves inconvénients au point de vue de l'hémorrhagie.

M. BLOT. Le but que s'est surtout proposé M. Guéniot est d'éviter l'écoulement sanguin; à ce point de vue, le serre-nœud de Maisonneuve n'a pas le même mode d'action que la chaîne de l'écraseur de Chassaignac; il expose davantage aux hémorrhagies, parce qu'il coupe au lieu de mâchonner les tissus comme le fait l'instrument de Chassaignac. M. Guéniot semble avoir exagéré la difficulté d'application de la chaîne de l'écraseur.

M. GUÉNIOT fait observer que l'instrument dont il se sert n'est pas un fil, mais une corde métallique dont la surface de section est plus grande que celle même de la chaîne de l'écraseur. Il ajoute que ce serre-nœud est beaucoup plus maniable et permet d'obtenir plus facilement la section perpendiculaire à l'axe, l'écraseur ayant plus de tendance à donner une section oblique.

Effets de l'électricité dynamique sur les opacités du corps vitré. — M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'électrothérapie, effets de l'électricité dynamique sur les opacités du corps vitré.*

Pour apprécier sainement la valeur thérapeutique du courant constant plus ou moins longtemps prolongé, dans les opacités vitrées, M. Giraud-Teulon a commencé par jeter un coup d'œil rétrospectif sur les formes anatomiques qui constituent ces altérations.

Les opacités du corps vitré résultent de la prolifération des cellules propres de son tissu, et les formes qu'elles présentent à l'anatomo-pathologiste répondent aux différents degrés d'activité de cette prolifération.

Un premier degré atteint l'une des formes suivantes : la forme hypertrophique, et, en cas d'extrême virulence, la forme suppurative.

Le processus est-il au contraire languissant, on assiste à la production des modifications régressives.

En recherchant les causes de ces inflammations, on leur reconnaît plusieurs origines. Avec M. Boucheron, M. Giraud-Teulon est d'avis que ce qui s'observe dans une attaque de glaucome aigu nous montre qu'il peut exister dans le corps vitré une opacité très-prononcée sans altération importante du tissu ; que les observations de guérison rapide des troubles du corps vitré par les courants continus se rapportent probablement à des troubles analogues, c'est-à-dire sans altérations profondes portées à la structure du corps vitré.

En résumé, M. Giraud-Teulon conclut que, dans toute opacité du corps vitré, quels que soient d'ailleurs son degré et son étendue, mais dont le développement n'a pas atteint les formes confirmées de l'hypertrophie, les courants continus constants peuvent être considérés comme le moyen thérapeutique le plus efficace et de l'effet le plus rapide.

Et si nous nous reportons, dit-il, aux conclusions que peuvent nous offrir sur la thérapeutique de cet état morbide les auteurs même les plus nouveaux, nous emporterons la conviction de l'importance de l'acquisition faite dans cette application de l'électricité.

Nous espérons qu'au point de vue du mécanisme physiologique de cette action, l'électro-dynamique aura également, par voie de conséquence, un bénéfice à retirer de cette constatation.

M. CAGNY (de Senlis) fait une communication sur la rétention anomale du fœtus dans l'obstétrique vétérinaire. (Comm. MM. Bouley, Blot et Colin, d'Alfort.)

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

M. J. GUÉRIN s'est proposé d'examiner les trois questions principales soulevées par M. Bouley.

1° La supériorité de l'expérimentation comme moyen de prouver la vertu préservatrice de l'inoculation de la péripneumonie des bêtes bovines ;

2° La démonstration de l'utilité et de l'efficacité de l'inoculation comme moyen de prévenir les maladies ;

3° L'influence de l'expérimentation sur la solution rigoureuse des problèmes de la médecine.

Sur la première question, M. J. Guérin fait remarquer qu'avant l'emploi de l'expérimentation l'observation avait appris dès longtemps qu'une première atteinte de toute maladie virulente a la propriété de conférer l'immunité contre des atteintes ultérieures. L'expérimentation, en prouvant qu'il en était ainsi de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse, a donc simplement confirmé ce qu'on savait; elle n'a été qu'un complément de l'observation. Elle n'a même pas reproduit tout ce que l'observation avait précédemment appris. Aux faits naturels, à la maladie réelle, elle a substitué des faits artificiels, une maladie autre que la vraie péripneumonie, une maladie traumatique, non pas différente au fond de la péripneumonie, mais différente par sa forme comme par son degré.

Or l'expérimentation, dans les conditions où elle a été faite, ne reproduisant ni l'évolution, ni toutes les phases, ni les formes et les degrés de la maladie spontanée, qu'est-ce qui a fourni la démonstration de l'identité de nature des deux processus morbides, le processus naturel et le processus provoqué, si ce n'est l'observation et l'induction par les rapprochements qu'elles ont faits de ces divers éléments?

Une preuve, entre mille autres, que l'expérimentation, celle qui procède par traumatisme, comme celle qui ne consiste que dans la cohabitation, ne fait toujours que placer ces faits sous les yeux de l'observateur, comme confirmation de ceux que l'observation avait précédemment constatés, est fournie par un symptôme capital, qui marque le début de la péripneumonie contagieuse naturelle ou provoquée par la cohabitation, la toux initiale constante, qui avait échappé aux expérimentateurs de la commission de 1850, l'analogue de la diarrhée prémonitoire du choléra, comme des phénomènes prodromiques de toutes les maladies virulentes, aucune d'elles n'échappant à cette loi méconnue par l'expérimentation et si bien établie par l'observation généralisée de toutes les maladies virulentes et contagieuses.

L'expérimentation dans cette circonstance ne s'est pas seulement confinée dans les faits qu'elle a provoqués, ne reproduisant qu'une partie de la maladie sous des formes autres que sa forme naturelle; elle a été insuffisante et incomplète. Ainsi on professe, en son nom, que les formes ébauchées de la maladie, la simple toux et les processus traumatiques de l'inoculation, sont des émanations de la virulence péripneumonique au même titre que la maladie arrivée à son entier développement, et on a omis de démontrer cette identité de nature, par les deux ordres d'expériences qui l'eussent établie sans réplique, par la cohabitation des tousseuses et des inoculées avec des sujets sains et par des inoculations préventives avec les principes morbides fournis par les deux formes extrêmes de la maladie provoquée.

L'expérimentation, poursuit M. J. Guérin, ne supprime ou n'amoindrit pas seulement à un point de vue qui l'empêche de constater ce que l'observation découvre, elle supprime comme incompatible avec ses enseignements un ordre de faits tout entier. De ce que l'expérimentation démontre la contagion et de ce qu'elle ne peut produire la maladie de toutes pièces sans le secours d'un virus emprunté, M. Bouley en conclut qu'il n'y a point de maladies virulentes spontanées. Il n'y a donc point de péripneumonie contagieuse spontanée. Sans s'arrêter davantage à cette méprise, il suffira à M. Guérin de rappeler que, puisqu'il y a des contrées où la maladie naît de toutes pièces, il n'y a aucune impossibilité logique à ce qu'elle naisse ailleurs, pourvu que les conditions de la production s'y rencontrent. Mais c'est le rôle de l'observation de chercher quelles sont ces conditions, de les découvrir, de les faire connaître et de suppléer ainsi à l'impuissance de l'expérimentation.

La conclusion sur cette première question est donc que l'expérimentation n'a fait que confirmer une partie des faits antérieurement observés, qu'elle en a méconnu ou supprimé d'autres ; à l'encontre de l'observation qui a vu la maladie d'un bout à l'autre, à

ses différentes périodes, qui en a signalé les variétés, les moindres accidents et, en particulier, ses atténuations, ses formes ébauchées.

Passant à la deuxième question, l'efficacité et l'utilité de l'inoculation préventive, M. J. Guérin convient qu'il est parfaitement établi et reconnu que l'inoculation de la péripneumonie contagieuse procure, dans un certain nombre de cas, l'immunité contre des atteintes ultérieures de la même maladie. Mais à quelles conditions et à quel prix?

Rappelant les résultats de l'étude comparative faite par la commission de 1850 sur les effets de la contagion par cohabitation et ceux de l'inoculation préventive, qu'elle résumait ainsi : « L'inoculation a causé une mortalité plus grande que la maladie dont elle avait pour but de prévenir le ravages », M. J. Guérin examine si l'expérience actuelle a produit des résultats plus favorables.

Au point de vue de la préservation, les résultats d'aujourd'hui diffèrent peu de ceux d'il y a trente ans : même incertitude, même instabilité du nombre des inoculations réussies, du nombre des immunités certaines ou directes et même variation des résultats pathologiques.

Quant à la valeur et à l'utilité de l'inoculation, elle demandait à être examinée au double point de vue économique et hygiénique.

Au point de vue économique, l'inoculation continue à entraîner une mortalité d'un chiffre trop élevé pour constituer un bienfait réel. Les animaux qui guérissent continuent à subir des mutilations; ils restent tarés, et un certain nombre de ceux qui ne meurent ni ne perdent leur queue, restent exposés à une contamination nouvelle ou à une récidive.

Au point de vue hygiénique, quelle est la conséquence de la contamination par l'inoculation? C'est que tous les animaux inoculés sont des réservoirs du principe virulent ; qu'ils guérissent ou qu'ils meurent, qu'ils aient la maladie à son summum d'intensité ou qu'ils n'en présentent que des formes ébauchées, ils deviennent tous des foyers de contagion; il se fait un ensemencement général de la péripneumonie, conséquence forcée de l'introduction du principe virulent dans l'organisme de tous les inoculés et de la fécondation qui s'y opère de ce principe.

Mais là ne s'arrêtent pas toutes les conséquences de l'inoculation. Tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître qu'après la guérison de la maladie les sujets inoculés portent fréquemment, dans leurs poumons ou ailleurs, des vestiges du mal qui les a frappés.

Plusieurs auteurs ont professé que bon nombre d'animaux, guéris de la péripneumonie contagieuse, sont devenus tuberculeux. Comme preuve de l'impuissance et du danger de cette méthode, M. J. Guérin cite le document même émanant d'un personnage officiel de la Hollande, que Bouley a produit dans son exposition en faveur de l'inoculation préventive.

N'y aurait-il rien de mieux à faire, se demande M. J. Guérin, au point de vue de la richesse publique, que de donner la maladie aux animaux pour les empêcher de devenir malades? Il pense qu'en se maintenant sur le terrain de l'étiologie, M. Bouley aurait pu commencer par scruter les origines de la maladie spontanée, au lieu de la nier rechercher ses conditions de production pour les prévenir, et attaquer les premières manifestations du mal, au lieu d'en multiplier la semence par l'inoculation.

Dans la troisième question soulevée par M. Bouley, il s'agit de la prééminence de l'expérimentation sur l'observation, comme moyen d'assurer la solution rigoureuse des problèmes de médecine.

Comme premier exemple de cette prééminence, M. Bouley avait cité la démonstratton expérimentale de la contagion de la morve. « L'histoire étiologique de la morve, avait-il dit, témoigne de ces difficultés que la complexité des choses oppose à un diagnostic étiologique certain. Elle fait voir comment des circonstances accessoires ont pu être considérées comme essentielles, et comment, en définitive, les différents observateurs, ne pouvant se prendre à une certitude, ont discuté ensemble et longuement sur des probabilités, jusqu'à ce qu'enfin le coup de lancette d'un expérimentateur clairvoyant ait fait sortir la cause réelle des réduits où elle demeurait cachée. »

Rappelant, à cette occasion, les expériences faites il y a vingt ans par Delafond pour prouver la non-transmissibilité de la morve, M. J. Guérin montre comment les résultats sur lesquels cet expérimentateur se fondait pour conclure à la non-contagion, bénignité des symptômes provoqués et guérison spontanée des sujets inoculés, démontraient justement, à l'encontre de cette conclusion, l'existence de morves ébauchées susceptibles de guérison.

Empruntant d'autres exemples à des faits plus récents, M. J. Guérin rappelle les singuliers résultats des expériences d'inoculation de la rage aux animaux ; ce microbe du choléra des poules devenu de par une série d'expériences nouvelles le microbe de la septicémie ; les dernières expériences sur le charbon et sa vaccine révélant la découverte de deux microbes différents l'un appartenant au charbon symptomatique, l'autre à la fièvre charbonneuse, et faisant ainsi de ces deux états deux maladies distinctes, alors que le charbon dit symptomatique n'est en réalité qu'une simple atténuation des formes du charbon véritable.

« C'est ainsi, dit M. Guérin, que l'expérimentation continue à défaire entre les mains d'un expérimentateur ce qu'elle avait fait entre les mains d'un autre. » Et il saisit cette occasion de rappeler la véritable origine des tentatives qui se font de toute part en vue de réaliser la généralisation de la vaccine, en les rattachant à la série et à la filiation des faits qu'il a signalés depuis longtemps et qui l'ont conduit à la doctrine des formes ébauchées des maladies virulentes et contagieuses et, par cette théorie, à la généralisation de la vaccine.

La conclusion générale du discours de M. J. Guérin est : que l'inoculation préventive de la péripneumonie des bêtes bovines est un fait parfaitement établi par l'observation et l'expérimentation ; que l'utilité et l'efficacité pratiques de cette méthode sont très-contestables à cause de ses dangers pour le sujet auquel on l'applique et à cause d'un danger plus général résultant de la dissémination de la maladie qu'on inocule. En ce qui concerne l'observation et l'expérimentation comme moyens de découvrir et de prouver les causes des maladies, elles concourent d'une manière différente à ce résultat, mais ne fournissent à l'esprit que les données dont il a besoin pour trouver, prouver et généraliser les causes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1881. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Des lésions osseuses chez les hémiplégiques. — M. DEBOVE fait une communication sur ce sujet. Ayant eu l'occasion, dans son service, à Bicêtre, d'observer plusieurs hémiplégiques qui s'étaient fait des fractures, il ne tarda pas à remarquer que toujours ces fractures se produisaient du côté de l'hémiplégie. Il y avait lieu de penser qu'il y avait là des altérations osseuses ayant pour résultat de rendre les os plus fragiles. Ayant porté d'abord ses recherches sur les hémiplégies motrices, anciennes, M. Debove put constater, à l'autopsie d'un malade hémiplégique qui s'était fait une fracture de l'humérus, que non-seulement l'os fracturé, mais bien tous les os du côté malade étaient altérés. En comparant entre eux les deux côtés, on constatait que l'humérus du côté malade était moins lourd que celui du côté sain; sur une section transversale du canal médullaire on voyait que celui du côté malade était plus large que l'autre, que la substance de la diaphyse était moins compacte. Les recherches histologiques ont montré qu'à la coupe les canaux de Havers, du côté malade, étaient très-dilatés, que l'os était poreux. L'analyse chimique a montré que la diaphyse contenait une quantité de graisse plus considérable. Ces lésions suffisent pour expliquer la fréquence relative des fractures chez les hémiplégiques.

Ces fractures guérissent rapidement; la consolidation se fait très-vite; le cal est un peu plus volumineux.

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique. — M. MARTINEAU communique un second mémoire sur ce sujet. Il est arrivé aujourd'hui à un total de 172 malades traités par cette méthode et de 3,838 injections. La dose injectée aujourd'hui est de 10 milligrammes. Cette nouvelle série d'expériences l'a conduit aux conclusions suivantes : 1° Le bichlorure de mercure associé à la peptone sèche et ainsi injecté sous la peau est un meilleur modificateur de la syphilis que les autres préparations hydrargyriques et ne détermine aucun accident local, quand l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané; 2° ces injections ne causent aucune douleur, même à 10 milligrammes; 3° il n'y a pas de salivation, pas de stomatite même à cette dose de 10 milligrammes. C'est là une grande supériorité de cette préparation sur les autres; 4° aucun trouble gastro-intestinal; 5° cette méthode exerce une action plus prompte sur les accidents syphilitiques. La guérison des accidents tertiaires est obtenue bien plus rapidement; 6° l'absorption est incontestable; on constate la présence du mercure dans les urines.

M. BLACHEZ soignait un malade atteint d'une syphilis des plus graves et qui présentait en outre une intolérance absolue pour toutes les préparations mercurielles. L'ayant confié aux soins de M. Martineau, celui-ci lui fit des injections sous-cutanées de peptone mercurique. Ce malade, qui était dans un état déplorable, a rapidement présenté une très-grande amélioration et se trouve aujourd'hui dans un état inespéré.

Épidémie d'ecthyma chez des varioleux. — M. DU CASTEL, chargé en ce moment du service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine, vient d'y observer une curieuse épidémie d'ecthyma. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Liste des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire et à l'emploi de stagiaire. — MÉDECINE. — *Candidats à huit inscriptions.* — 1. Lebon, Jannot, Pauzat, Nadot, Bernard, Ferrier, Paret, Pouillaude, Auger, Castel.

11. Piussan, Baradat, Goudal, Viger, Odile, Farganel, Pech, Lécuyé, Tricot, Herch.

21. Bilouet, Girard, Garia, Duco, Dieu, Letellier, de Vézian, Manin, Trédot, Notin.

31. Lapasset, Verdier, Saintin, Sabatier, Bosc, Hurtret, Robin, Arragon, Michel, Bernard.

41. Estor, Vergez-Houta, Kraus, Landry, François, Colombel.

Candidats à douze inscriptions. — 1. Podevigne, Forge, Rich, Kocher, Bonnévy, Rieur, Baylac, Dewèvre, Croux, Brien.

11. Monique, Lanel, Thellier, Oudaille, Gauvin, Châtelet, Vincent, Micault, Chêne, Maguin.

Candidats à seize inscriptions. — 1. Géhin, Tisserant, Fradet, Boucher, Bazin.

PHARMACIE. — *Candidats sans inscriptions.* — Roufilange, Berthod, Bergheaud, Baysselance, Gaillard, Dion.

Candidat à huit inscriptions. — Cabanel.

Candidat à l'emploi de pharmacien stagiaire. — Manget.

— *Fièvre jaune.* — Le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir la dépêche suivante :

Saint-Louis (Sénégal), 11 octobre 1881. — L'état sanitaire s'étant amélioré, je ne vois aucun inconvénient à faire partir, par le paquebot du 20 octobre, les vingt-six officiers ou assimilés qui doivent servir dans le haut fleuve. Si les médecins ne sont pas partis le 5 octobre, il faut les faire partir le 20. Pas de décès de fièvre jaune depuis le 3 octobre. Le fléau paraît vouloir nous quitter, mais nous avons beaucoup de malades atteints de fièvres, paludéenne, bilieuse ou autres.

En résumé, l'état sanitaire est encore très-mauvais, mais je compte sur une amélioration sensible d'ici à un mois.

D'autre part, le gouverneur général de la Martinique vient d'envoyer les renseignements suivants au ministère de la marine touchant la situation sanitaire de cette colonie :

Depuis le 22 août, l'état sanitaire de la Martinique s'est très-notablement amélioré. Un seul malade a été atteint de fièvre jaune à Fort-de-France. Il est convalescent. — A Saint-Pierre, il ne s'est pas manifesté un seul cas de fièvre jaune dans la garnison ou à bord des bâtiments de commerce. Un seul Européen nouvellement arrivé dans la colonie présente en ce moment une atteinte sérieuse de la maladie.

Les provenances de la Barbade et de Démérari sont soumises à une quarantaine, à cause de la fièvre jaune qui règne avec une certaine intensité dans ces deux localités.

Du 9 au 22 septembre, l'état sanitaire s'est encore amélioré. A Saint-Pierre, cinq ou six malades ont présenté les symptômes de la maladie, mais ce sont des cas isolés généralement peu graves. A Fort-de-France, un jeune enseigne de vaisseau du *Magicien* a été très-légèrement atteint. Enfin nous n'avons à enregistrer qu'un seul décès; il a eu lieu dans la commune de Sainte-Luce.

Les provenances de la Havane, où la fièvre jaune règne aussi épidémiquement, sont soumises à la quarantaine.

L'apparition de la fièvre jaune, signalée ces jours derniers dans un port du nord de l'Espagne, est aujourd'hui démentie officiellement.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-Gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11829.

N° 122. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 22 OCTOBRE 1881. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.



REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'ecthyma contagieux.

L'expérimentation avait démontré l'inoculabilité de l'ecthyma, cette lésion considérée jusqu'alors comme une simple inflammation des follicules sébacés de la peau, presque toujours concomitante d'une autre affection. L'observation vient, à son tour, de démontrer qu'il est épidémique et contagieux.

On n'a pas oublié l'intéressante communication faite il y a quelques années aux sociétés savantes par M. Vidal, qui, ayant eu l'occasion d'observer des faits d'auto-inoculation spontanée de pustules d'ecthyma, eut l'idée de chercher à résoudre ces deux questions : La pustule d'ecthyma est-elle inoculable à l'homme sain ? Quels sont les effets de l'auto-inoculation ? Les résultats des deux seules tentatives d'inoculation à l'homme sain ayant été nuls, la première question est restée sans solution. Mais les expériences d'auto-inoculation, en confirmant les faits précédemment observés, le conduisirent à ces conclusions curieuses, savoir : que les pustules de l'ecthyma de la fièvre typhoïde et celles de l'ecthyma simplex sont auto-inoculables ; que les pustules d'inoculation suivent, dans les phases de leur développement, une marche identique à celle de la pustule spontanée ; que le liquide pris sur ces pustules de seconde génération est aussi auto-inoculable ; enfin, que son activité va en diminuant dans les inoculations successives, et que son pouvoir reproducteur cesse à la troisième ou quatrième génération.

Il y avait déjà dans les résultats de ces expériences le germe d'une idée, ou plutôt c'est cette idée même qui avait inspiré à M. Vidal la pensée de son expérience ; c'était de rechercher s'il ne serait pas possible de reproduire artificiellement par ce procédé la fièvre typhoïde à un degré d'intensité moindre qu'à l'état spontané, et de conférer ainsi à l'inoculé une sorte d'immunité semblable à celle que produit l'inoculation de la variole ou celle de la péripneumonie épizootique. Ces expériences n'ont pas été reprises depuis, que nous sachions, et la vaccination typhoïdique reste encore à démontrer. Mais voici un fait qui vient de se présenter spontanément à l'observateur et qui vient donner et aux expériences de M. Vidal et à son idée un regain d'intérêt et d'actualité.

Nous voulons parler de l'épidémie d'ecthyma que l'on observe en ce moment à l'hôpital Saint-Antoine, et dont M. du Castel, chargé du service des varioleux dans cet hôpital, a fait vendredi dernier une très-intéressante relation à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux. Ce n'est pas cette fois de l'ecthyma typhoïde qu'il s'agit, mais de l'ecthyma varioleux.

Voici cette relation dans ses parties essentielles.

Une épidémie d'ecthyma dans un service de varioleux.

M. du Castel se trouve, depuis plusieurs mois, à l'hôpital Saint-Antoine, en présence d'une épidémie d'ecthyma.

L'ecthyma des varioleux paraît occuper de préférence la face antérieure de la poitrine, les membres supérieur et inférieur. Souvent le développement de la pustule ecthymateuse est à tel point rapide qu'il est impossible d'en suivre les différentes phases ; cette rapidité de développement s'observe surtout sur la poitrine et sur les mains. Dans un certain nombre de cas, il semble évident que le point de départ de l'ecthyma est une ancienne pustule de variole. Au moment où celle-ci est desséchée, on voit la croûte qui lui avait succédé s'entourer de nouveau d'une auréole congestive et se soulever légèrement par suite de la production d'une petite quantité de pus ; puis, rapidement, l'auréole inflammatoire s'agrandit, l'épiderme se soulève dans une plus ou moins grande étendue, et la pustule d'ecthyma est formée.

Après quelques heures ou quelques jours, la pustule crève, laissant à sa place une croûte jaune ou brunâtre, assez épaisse et irrégulière, qui, en tombant, laisse voir une surface rouge, recouverte d'un épiderme mince et entourée d'une collerette épidermique.

L'évolution totale d'une pustule jusqu'à guérison se fait ordinairement en une dizaine de jours.

Il est rare qu'il n'y ait qu'une seule éruption de pustule ; ordinairement on peut constater plusieurs poussées successives.

L'éruption peut être discrète, ou elle peut devenir confluente.

L'ecthyma se manifeste ordinairement quelques jours seulement après l'entrée des malades dans les salles ; quand la dessiccation est rapide, il apparaît lorsque celle-ci est terminée. Chez les malades qui suppurent, on peut voir les pustules d'ecthyma et celles de la variole se développer à côté les unes des autres.

L'éruption est accompagnée de phénomènes généraux dont l'intensité paraît proportionnelle à l'abondance des pustules ; apyrétique dans les cas les plus légers, elle devient facilement fébrile quand l'éruption acquiert quelque abondance ; elle peut être hy-

perpyrétique dans les formes confluentes : là température peut s'élever jusqu'à 41 et même 42°. En pareil cas, on voit apparaître les phénomènes ataxo-dynamiques, la carphologie, le délire, la sécheresse de la langue, et des malades qui avaient résisté à la variole succomber à ce nouvel accident.

L'influence de l'ecthyma sur la température a été facile à apprécier, lorsqu'il succédait à la dessiccation de la variole. Dans les cas légers, la température oscille vers 38°; dans des cas graves, elle s'élève vers 40°, 41°, et peut atteindre 42° au moment de la mort.

Cette fièvre, qui ne dure ordinairement que quelques jours, peut se prolonger pendant plusieurs semaines; elle n'a rien de régulier; sa durée est proportionnée au nombre de poussées éruptives, son intensité à leur abondance.

M. du Castel pense qu'il s'agit là d'un accident contagieux et d'une véritable épidémie. Voici les faits et les raisons sur lesquels il motive cette opinion.

Considérant au début cet ecthyma comme un simple accident de convalescence, il lui a été difficile de dire à quelle époque il a fait son apparition dans le service; ce n'est qu'après avoir vu les cas se multiplier et l'accident entraver la plupart des convalescences et entraîner la mort de quelques malades, qu'il lui a donné toute son attention.

C'est dans la salle des hommes que M. du Castel a observé les premiers cas de la maladie dans le courant de l'hiver dernier; pendant des mois il put voir l'ecthyma atteindre plus ou moins la plupart des convalescents, tandis que pas un cas ne se présentait dans la salle des femmes. C'est au mois de juin que l'affection y fit son apparition; à partir de ce moment, presque aucune femme ne fut atteinte d'une variole quelque peu intense, sans présenter l'accident dont il s'agit.

Si la maladie était réellement contagieuse et non pas un simple épiphénomène de la variole, ne devait-elle pas frapper des personnes autres que les varioleux? C'est cette extension à des sujets non varioleux que M. du Castel attendait pour résoudre cette question. Il a pu arriver à constater deux faits d'ecthyma survenus dans ces conditions: l'un chez l'infirmier du service des femmes, le deuxième chez l'interne du même service.

D'après ces faits, M. du Castel inclinerait à penser que l'ecthyma ne serait pas seulement inoculable, comme l'a montré déjà M. Vidal, mais qu'il pourrait devenir contagieux et épidémique dans certaines circonstances.

Tout en se réservant de demander à ses collègues les moyens qu'ils croiraient les plus utiles pour débarrasser les malades de cet accident parfois très-grave, M. du Castel a déjà tenté quelques essais thérapeutiques, en prenant pour point d'indication le fait de la contagiosité de la maladie. Depuis quelque temps, il fait faire sur le visage de ses malades des frictions à l'huile phéniquée; sur le reste du corps, des lotions avec une solution de sublimé au 1/100e. Quelques faits récemment observés pourraient peut-être faire croire à son utilité. Un malade, qui n'avait eu aucune application topique sur la face, et dont le corps avait été lavé au sublimé, fut atteint d'ecthyma de la face tandis que le corps en restait indemne. De deux malades couchés l'un à côté de l'autre, l'un fut frictionné et n'eut pas d'ecthyma, tandis que son voisin resta sans friction et eut de l'ecthyma, quoique chez lui la variole eût été moins intense.

Tout en reconnaissant que ces faits ne sont pas assez nombreux pour être probants, M. du Castel croit pouvoir les considérer comme encourageants. Il est, du reste, porté à croire que les frictions, pour avoir un bon résultat, doivent être pratiquées de très-bonne heure, dès l'entrée des malades à l'hôpital, c'est-à-dire avant que le principe infectieux ait été semé et se trouve abrité par les croûtes de la variole.

— Plusieurs autres déductions pourraient être tirées de ce fait : d'abord, au point de vue nosologique, le caractère purement local et en quelque sorte accidentel et concomitant de l'ecthyma, devant faire place à une conception autre de son rôle et de sa place en pathologie; en second lieu, au point de vue de l'histoire générale des maladies infectieuses et contagieuses, parmi lesquelles il prendrait rang, et de la grande question prophylactique des vaccinations, qui occupe si vivement en ce moment les esprits. Mais il y a toute apparence qu'une discussion va s'engager sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux. Nous la suivrons avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet.

A l'occasion de l'observation de M. Nicaise sur un cas de kyste synovial tendineux à grains riziformes guéri par l'incision antiseptique selon la méthode de Lister, publiée dans le numéro du 6 octobre de la *Gazette des hôpitaux*, M. le docteur Faucon, professeur à la Faculté libre de Lille, nous communique un travail intitulé : *Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet par la méthode antiseptique*, qu'il a présenté dans le mois de novembre de l'année dernière à l'Académie de médecine de Belgique. Dans ce travail, M. Faucon rapporte trois cas de kystes synoviaux de la main et du poignet, qu'il a traités par la méthode antiseptique de Lister : il a pratiqué deux fois le drainage et une fois l'extirpation du kyste.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un kyste hordéiforme de la main et du poignet. M. Faucon eut recours à l'ouverture du kyste, suivie du drainage fait avec des crins de cheval ayant séjourné quarante-huit heures dans une solution concentrée d'acide phénique, et d'un pansement de Lister recouvrant la main et tout l'avant-bras. Malgré la survenance d'une synovite suppurée, le résultat définitif n'en fut pas moins heureux; la guérison eut lieu avec rétablissement des mouvements du poignet et de l'extension des doigts, la flexion seule restant bornée.

Le deuxième fait est relatif à un cas de kyste synovial tendineux de la paume de la main et du poignet à contenu séreux : le drainage antiseptique amena la guérisson, sans accidents, mais une guérison seulement temporaire. La récidive eut lieu quelque temps après.

Dans le troisième fait, un kyste synovial tendineux du dos de la main fut extirpé.

Ce troisième fait nous a paru assez intéressant pour le reproduire ici en substance.

Un enfant de dix ans et demi présentait une tumeur de la face dorsale de la main droite, datant de quatre à cinq mois. Cette tumeur, du volume et de la forme d'une grosse amande, siégeait à quelques centimètres au-dessous du poignet, sur l'axe médian du dos de la main, et était si adhérente aux tendons extenseurs qu'elle suivait tous leurs mouvements. Elle était indolente, mobile, sans coloration de la peau, et présentait à la palpation une très-grande résistance. Les mouvements des doigts en étaient rendus pénibles et parfois douloureux. Décidé à l'opérer, M. Faucon la mit à nu, par une incision de 3 centimètres, pour en pratiquer l'énucléation. En la saisissant avec une pince à griffes, il vit sortir par les petits orifices produits par les dents de la pince une petite quantité de liquide épais, analogue à de la gelée de pomme. Ayant donné issue au contenu en quelques coups de bistouri, il en détacha ensuite les parois des tendons dénudés auxquels elles adhéraient.

La plaie fut lavée avec une solution phéniquée à 1/200me,

puis réunie avec trois fines sutures métalliques, et le tout recouvert d'un pansement de Lister.

Au troisième pansement, le sixième jour, les points de suture furent enlevés. La cicatrisation était parfaite et les mouvements des doigts rétablis dans leur intégrité. Il ne s'était produit aucun suintement ni aucune inflammation.

Le petit opéré, revu cinq mois après, était resté complètement guéri, sans autres traces de l'affection qu'une petite cicatrice, non adhérente aux tendons.

M. Faucon nous informe dans sa lettre qu'il a pratiqué depuis trois opérations analogues, entre autres l'extirpation, suivie d'un plein succès, d'un volumineux kyste dorsal.

Si les faits de M. Faucon montrent que les choses ne se passent pas toujours de la manière la plus absolument satisfaisante, puisque dans un cas il y a eu synovite suppurée et dans un autre récidive, ils témoignent du moins que, sous le bénéfice de la méthode antiseptique, ces opérations, si longtemps redoutables et si redoutées encore aujourd'hui par quelques chirurgiens éminents, sont devenues d'une innocuité relative telle qu'on est fondé à les entreprendre et à ne plus se confiner en présence de cette lésion dans une stérile abstention.

C'est aussi, comme on l'a vu, la conclusion de M. Nicaise (1).

HOTEL-DIEU D'AMIENS. — M. Padieu.

De la congestion pulmonaire d'origine paludéenne (2).

(Leçon recueillie par M. le dr Bax, professeur suppléant.)

II

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer tout l'intérêt que présente cette observation. Et d'abord, quelle était la maladie dont elle reproduit l'histoire? On pourrait se demander si elle n'était pas un cas insolite de fièvre continue à forme adynamique. On aurait été tenté de le croire en voyant le faciès abattu, prostré comme on dit, de notre malade. Ne trouve-t-on pas d'ailleurs dans quelques cas de ces maladies des phénomènes respiratoires qui rappellent ceux qu'avait notre malade? Mais remarquons bien que, dans notre cas, le début ne permet guère de s'arrêter à l'idée d'une fièvre continue. Ce début a été brusque; au lieu de traîner en longueur plus ou moins longtemps, comme il le fait chez la plupart des typhiques, il a pour ainsi dire sidéré notre malade. Elle paraissait à peu près bien portante, ne présentant absolument que quelques crises hystériques, et, peu après l'une de ces crises, le mal était établi en maître, le sujet était mourant. Quant aux autres symptômes dont l'ensemble caractérise la fièvre continue, la céphalalgie, les étourdissements, l'épistaxis, la diarrhée, aucun d'eux ne s'est montré ici. Le gargouillement de la fosse iliaque et les taches rosées lenticulaires, que nous avons cherchés journellement, n'ont jamais non plus été trouvés. C'est dire que les principaux symptômes de la fièvre continue nous ont fait absolument défaut. Je dois ajouter que la marche de la maladie, telle que l'observation que je viens de vous lire la relate, est complètement différente du typhus abdominal, auquel par conséquent nous ne devons en rien attribuer l'état maladif de notre sujet.

Quel est donc bien positivement cet état maladif?

Nous avons vu que l'état général avait été vivement impressionné; nous avons vu en outre que les lésions dont l'examen de la malade nous a permis de nous rendre compte, portaient surtout et à peu près uniquement sur les centres circulatoires et respiratoires. En effet, voici les résultats de l'examen du cœur. A la palpation, le choc de la pointe était à peine perceptible; à la percussion, il y avait matité anomale; à l'auscultation, on constatait des bruits sourds, comme éloignés. Il y avait donc là des lésions qui, pour moi, étaient de l'endocardite, peut-être plutôt de la myocardite, et qui pouvaient fort bien s'accompagner d'un léger épanchement péricardique.

Quant aux poumons qui se sont pris peu de temps après le cœur, c'est surtout sur eux qu'a porté, si je puis m'exprimer ainsi, l'effort de la maladie. Nous avons constaté du souffle d'abord à droite, puis à gauche, occupant une grande étendue de la partie postérieure des poumons; toutefois la partie centrale de ce souffle paraissait située vers le tiers moyen de ces organes. Et ce souffle, avant et après l'apparition duquel il ne nous a pas été donné de percevoir de râle crépitant, pendant plusieurs jours, est resté sans presque aucune modification dans la plupart de ses caractères. Or arrive un jour où je crois devoir administrer du sulfate de quinine, et que se produit-il alors? Aussitôt l'état général s'améliore d'une façon rapide; l'état local ne paraît pas aussi promptement influencé par la médication; mais à son tour, et peu à peu, il présente aussi de la diminution dans l'intensité de ses manifestations.

On pourrait se demander si ce souffle intense, siégeant des deux côtés, n'aurait pas été, au lieu d'un signe de congestion que j'ai cru voir dans ce cas, la caractéristique d'une pneumonie double, et, eu égard aux symptômes généraux qu'il nous a été donné d'observer, d'une pneumonie à forme typhoïde.

Nous ne devons pas oublier que jamais chez notre malade nous n'avons, ainsi que je viens de vous le dire, entendu le moindre râle crépitant, pas plus celui du début que le râle crépitant de retour, comme on doit en entendre dans une véritable pneumonie. Or c'est là surtout ce qui fait l'intérêt de notre cas, c'est bien ce qui nous permet de ne voir anatomiquement dans notre observation qu'une congestion, congestion qui, vous vous le rappelez, s'est produite d'une manière si promptement envahissante.

Dans notre observation, nous l'avons vu persister tout le temps de la maladie sur les points où, d'emblée, elle s'était fixée; mais, dans des cas analogues, il m'a été permis de la voir mobile, passant pour ainsi dire du jour au lendemain d'un côté à l'autre, variant presque en quelques heures en largeur et en hauteur. Mais je veux cependant vous faire remarquer que toujours, et quel que soit son siège, elle s'éloigne peu de la racine du poumon. Tandis que la pneumonie fibrineuse que l'on peut trouver dans toute l'étendue du poumon s'observe plutôt dans le lobe inférieur, la congestion paludéenne qui, elle aussi, peut varier de situation, a son siège de prédilection, son siège à peu près constant dans la partie moyenne. C'est encore là un caractère auquel j'attache une grande importance au point de vue du diagnostic.

Cette maladie, que je crois avoir le premier indiquée, est par elle-même une affection très-grave. Sans quinine et sans

(1) Voir sur ce sujet la communication de M. Notta à la Société de chirurgie et la discussion qui l'a suivie, dans le compte-rendu de la séance de la Société de chirurgie du 12 octobre, numéro de samedi dernier 15 octobre.

(2) Fin. — Voir le numéro du 20 octobre 1881.

tonique, elle tend à s'aggraver, et je suis convaincu que notre malade, traitée autrement que je ne l'ai fait, serait morte aujourd'hui. Je dis mieux, je me rappelle avoir, au début de ma pratique, soigné et perdu des malades que sur la foi des livres et des maîtres je considérais comme atteints de pneumonie à forme adynamique. Je suis maintenant persuadé que, mieux instruit de par mon expérience personnelle, si j'avais à traiter en ce moment ces malades, je les sauverais en leur donnant de la quinine. La quinine est, en effet, la pierre de touche en même temps que l'unique agent curateur de ces affections.

On a dit qu'il n'y avait pas dans nos pays de fièvres paludéennes. Sans doute nous n'avons pas à soigner souvent, au moins à Amiens, de ces fièvres intermittentes qui, comme les fièvres d'Afrique, nous offrent avec régularité leurs trois stades bien connus; mais, par contre, combien n'est-il pas fréquent d'avoir à donner des soins à des malades atteints d'affections intermittentes larvées, et combien ne voyons-nous pas survenir dans le cours, pour ainsi dire, de quelque maladie que ce soit, des accidents intermittents ou rémittents, que ces accidents offrent une périodicité plus ou moins franche! En voulez-vous des exemples?

Dans certaines circonstances, il y a des bronchites qui se compliquent, sans cause appréciable, de dyspnée plus intense, d'un état fébrile plus marqué; cette aggravation dure un certain nombre d'heures. Puis tout rentre dans l'ordre; il y a encore bronchite, mais avec atténuation ou disparition des phénomènes précédents. Mais, le lendemain, plus rarement dans nos pays le surlendemain, à peu près à la même heure, la même série des phénomènes d'aggravation se reproduit durant le même temps, et ainsi de suite.

Autre exemple : Dans les affections des voies digestives, nous pouvons trouver aussi des symptômes qui, d'une façon périodique, peuvent venir compliquer ou aggraver une affection primitivement grave ou peu sérieuse, il n'importe. Ainsi une entérite peut, tous les jours, à la même heure, donner lieu à des coliques, qui, le reste du temps, ne sont pas appréciables. La diarrhée elle-même peut être dans ce cas.

Parlerai-je des affections rhumatismales? Qui de vous n'a entendu parler des douleurs intermittentes, dont la névralgie intermittente est le type?

Or, sachez-le bien, toutes ces complications sont justifiables du sulfate de quinine. L'oppression intermittente, la diarrhée intermittente, la névralgie intermittente, disparaissent presque toujours très-vite sous l'influence du sulfate de quinine.

L'élément intermittent, disons mieux, l'élément paludéen peut donc apporter son contingent dans un grand nombre de cas. Que son pouvoir toxique augmente, qu'en même temps la périodicité de ses manifestations dont on a fait à tort un signe pathognomonique de sa présence vienne à manquer, ne peut-il pas se faire qu'il produise une maladie à allures bizarres, nous paraissant encore mal définie, sans connexion nette avec les maladies décrites par les auteurs? Voilà la question que je me suis posée, et je crois l'avoir résolue en employant la médication spécifique de l'intoxication paludéenne, le sulfate de quinine. J'ose dire que, dans les cas où j'ai eu occasion de l'employer, elle n'a jamais failli entre mes mains. Et je ne suis plus tout à fait le seul aujourd'hui à agir ainsi. La thèse du docteur Dumeige en est un exemple; à part lui, quelques autres de mes élèves, qui sont aujourd'hui des praticiens, ont bien su me dire que, leur attention appelée par moi sur ce point, ils me devaient d'avoir pu par le sel quinique, dont rien de prime abord ne paraissait indiquer l'emploi, sauver la vie d'un certain nombre de leurs malades.

Comment faut-il donner le sulfate de quinine? D'abord n'hésitez pas à le donner à dose assez élevée, non pas à la dose élevée que l'on donne dans les pays chauds et que l'expérience a appris ici être complètement inutile, mais à une dose élevée pour nos climats, c'est-à-dire dès le début à 60 centigrammes par jour, pour le moins.

Cette dose doit être donnée en plusieurs fois dans la journée; ainsi divisée, elle est mieux supportée. En outre, il en faut faire suivre l'administration d'une petite quantité de boisson alimentaire, lait ou bouillon; de cette façon, les estomacs les plus délicats n'en sont pas fatigués et peuvent d'ordinaire en continuer l'emploi le temps nécessaire.

Il est indispensable de donner cette quinine en poudre, enveloppée dans du pain à chanter. On ne doit pas surtout la donner en pilules, car il faut ici, plus que dans tout autre cas, que le médicament fasse effet, et, la pilule pouvant ne pas être désagrégée dans le tube intestinal, vous n'avez pas le droit de compter sur son effet.

Sachez en outre administrer cette poudre pendant longtemps; à haute dose, tant que l'amélioration ne se produira pas; à dose décroissante, quand elle aura apparu, mais décroissante d'une façon lente, de manière à ne pas avoir à craindre que les accidents graves primitifs se reproduisent.

A la quinine ne doit pas toutefois se borner toute la médication. Il faut en outre donner des toniques, de l'extrait de quinquina, des potions alcoolisées, et même au besoin des excitants, comme de l'acétate d'ammoniaque.

Enfin il est indispensable d'alimenter les malades dès qu'on le peut. Ne pas agir ainsi, serait une faute. Quand la nourriture peut être administrée, d'abord du jus de viande, de la gelée de viande, puis de la viande rôtie; en même temps que du vin, tout cela doit être donné aussi largement que l'état du malade peut le permettre.

Telle est la ligne de conduite que nous avons suivie dans le cas dont je viens de vous entretenir, et vous avez tous vu que nous n'avons pas lieu de nous en repentir.

RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN

Par M. le docteur Blaise (de Gespunsart).

La rupture du tendon rotulien est beaucoup plus rare que celle du crural antérieur et surtout que celle du tendon d'Achille. Boyer, Auguste Bérard et Nélaton n'en citent que quelques rares exemples.

Le mécanisme de cette rupture spontanée est toujours le même; elle s'opère par une flexion brusque au moment où les muscles sont contractés; par cette contraction de la masse musculaire extensive, le ligament est puissamment attiré en haut et fortement tendu; si pendant cette contraction il survient une flexion brusque de la jambe, le ligament est tiré en bas, et, si ces deux forces contraires dépassent l'extensibilité naturelle du tendon, la résistance est vaincue et le tendon se brise. C'est ainsi qu'a eu lieu la rupture de ce tendon dans l'observation suivante :

Le 20 février dernier, dans une dispute au cabaret, le nommé J..., âgé de trente-un ans, d'une assez forte constitution, quoique d'un tempérament lymphatique, fut brusquement poussé en arrière

par un adversaire plus vigoureux que lui; il fit tous ses efforts pour se retenir, mais il fut précipité à terre; il tomba en arrière sur la jambe droite fléchie fortement sur la cuisse, et c'est à ce moment que le ligament rotulien, tendu entre les extenseurs de la cuisse et inférieurement par la jambe fléchie, se brisa à son attache supérieure à l'angle inférieur de la rotule. C'est presque toujours à cet endroit que se brise le tendon en arrachant un petit fragment osseux de la rotule.

Le blessé ne put se relever ni marcher, et l'on fut obligé de le ramener sur une brouette à son habitation éloignée d'un kilomètre. Appelé sur-le-champ, je constatai l'impossibilité de l'extension de la jambe sur la cuisse; en la ramenant dans l'extension, elle se fléchit aussitôt. Au-dessous de la rotule existe un sillon et un enfoncement bien prononcé. En pressant avec les doigts d'avant en arrière, on arrive aisément sur la saillie osseuse qui précède les ligaments croisés et sur les bords des surfaces articulaires des condyles du tibia; la rotule est remontée dans la gorge fémorale et fait une saillie plus prononcée que la rotule du genou gauche. Le lendemain, il y avait un gonflement assez notable; mais il n'y a rien à craindre pour l'articulation, car la synoviale assez éloignée du ligament n'est nullement compromise et la cavité articulaire ne peut éprouver aucune inflammation ; il n'en serait plus de même si le ligament était coupé ou brisé par une cause traumatique.

L'indication du traitement, c'est l'extension complète de la jambe pendant un assez long espace de temps pour la reprise du tendon. Boyer plaçait au-dessus de la rotule un collier de cuivre muni de courroies et de boucles et des courroies sous la plante du pied, que l'on fixe au collier pour attirer et abaisser la rotule. Au lieu de cet appareil familier à Boyer qu'on n'a pas toujours sous la main, on peut remplacer le collier par une bande roulée après avoir placé sous la plante du pied le milieu d'une bande dont on ramène les deux chefs au-dessus de la rotule; on les fixe avec la bande sus-rotulienne et on ramène ces deux chefs au-dessous de la rotule pour les fixer par une deuxième bande.

J'ai simplement, dans ce cas, employé le bandage inamovible après avoir eu la précaution de placer de petites compresses graduées en sautoir sur les deux côtés de la rotule. Pour obtenir une extension complète et permanente, je plaçai au-dessous du bandage dextriné dans le creux poplité une gouttière coussinée remontant vers la cuisse et descendant jusqu'au mollet. Il n'y eut aucune douleur, aucune complication. Deux mois après, on ne sentait plus aucun enfoncement, sous la rotule et la cicatrice était complète sans intervalle appréciable. Actuellement, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accident, malgré une différence de 2 à 3 centimètres dans la circonférence des deux genoux, le blessé marche sans claudication, et il ne lui reste qu'un peu de raideur dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

REVUE DE LA PRESSE

La tétanie. — La tétanie, dont M. le docteur L.-M. Reuss a eu dernièrement l'occasion d'observer un cas chez une jeune fille de vingt-trois ans, n'est pas une maladie que l'on rencontre fréquemment, bien qu'elle ne soit pas non plus extrêmement rare. Elle est caractérisée par une série d'attaques convulsives séparées par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels les malades jouissent d'une santé, en général, parfaite. Elle présente surtout le phénomène curieux signalé pour la première fois par Trousseau, qui permet de diagnostiquer la tétanie à l'état latent, c'est-à-dire que l'on peut provoquer une attaque convulsive par la compression des troncs artériels ou veineux et des troncs nerveux. Les enfants de quatre à six ans, les jeunes gens à l'âge de la puberté et surtout les adultes de vingt à trente ans, sont sujets à cette affection.

Quant à la jeune fille du docteur Reuss, lymphatique, blonde et pâle, elle n'avait jamais eu aucun trouble intellectuel et n'avait jamais souffert jusqu'à présent d'aucune affection nerveuse; elle était bien réglée. Les seules souffrances qu'elle éprouvait étaient une constipation opiniâtre et souvent d'une assez longue durée. C'est à la suite de l'une de ces rétentions fécales que, pour la première fois, elle eut, il y a un an, un accès convulsif dans les mains et les avant-bras, accès qui avait été précédé de fourmillements dans les extrémités, puis de douleurs assez vives dans les jambes et les avant-bras.

L'accès durait quelques minutes, se reproduisait 4 ou 5 fois, après des intervalles plus ou moins longs, et disparaissait pour revenir le lendemain. Grâce au traitement qui fut alors institué en province, où cette jeune fille habitait, les accès cessèrent complètement. Ce traitement avait eu pour but de produire des évacuations abondantes, de maintenir la liberté du ventre et de surveiller l'irritation intestinale.

Cependant, la malade étant venue se fixer à Paris, où son genre de vie, sa nourriture ainsi que ses occupations se trouvèrent modifiés, la constipation reparut aussi opiniâtre que l'année précédente. C'est alors que M. le docteur Reuss, appelé auprès d'elle, eut recours au procédé de Trousseau, c'est-à-dire à la compression, pour déterminer une attaque et diagnostiquer ainsi avec certitude la nature de l'affection dont elle était atteinte. L'expérience réussit parfaitement, la compression du nerf huméral pratiquée successivement à droite et à gauche amena un léger tremblement des muscles correspondants; la compression de l'artère humérale gauche donna lieu, au bout de trente secondes environ, à une convulsion tonique dans l'avant-bras correspondant, laquelle cessa avec la cause qui l'avait fait naître. Il en fut de même sur l'artère humérale du côté droit et les artères crurales droite et gauche, mais à un degré moindre.

La maladie ainsi parfaitement reconnue, le traitement devenait des plus simples ; il s'agissait de vider l'intestin, de remédier à l'irritation produite par la constipation et d'éviter le retour de l'accumulation des matières fécales.

Le soir même du jour où M. Reuss avait vu la malade pour la première fois, celle-ci avait été atteinte d'une crise spontanée qui avait duré une demi-heure, comprenant quatre accès séparés par un intervalle de quelques minutes. Le lendemain, elle avait une nouvelle attaque d'une durée un peu plus longue que celle de la veille. Ce jour-là elle eut deux selles abondantes qui vidèrent l'intestin, après quoi la journée et la nuit furent bonnes. Enfin, le surlendemain, nouvelle et dernière crise.

A dater de ce moment la malade a suivi avec le plus grand soin les prescriptions qui lui étaient faites, et n'a plus laissé passer une seule journée sans aller à la garde-robe, soit en prenant un lavement, soit en s'administrant un léger purgatif (podophyllin, rhubarbe, magnésie, etc.). En même temps, M. le docteur Reuss lui a fait prendre du bromure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. (*Journ. de thérapeutique.*)

Disparition spontanée de certains néoplasmes. — M. le docteur Augagneur termine le mémoire qu'il vient de publier sur cette question par les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs malignes peuvent rester stationnaires, diminuer de volume, disparaître en totalité, d'une manière spontanée et sans inflammation ulcérative ou gangreneuse. 2° Ces phénomènes sont indépendants de la nature anatomique et de l'âge du néoplasme. 3° Dans la majorité des cas la marche fatale n'est que retardée. 4° On peut grouper sous le nom de polysarcose régressive un certain nombre de faits caractérisés par la présence de tumeurs sarcomateuses, multiples, non ulcéreuses, disparaissant spontanément, en partie ou en totalité, avec modifications correspondantes de l'état général et susceptibles de guérison complète et définitive. 5° La multiplicité et la vascularisation abondante peuvent favoriser la résorption, mais ne peuvent la déterminer sans le concours d'une cause qui nous est inconnue. (*Lyon médic.*)

Un cas remarquable d'hyperthermie excessive. — M. le docteur Moussous a communiqué récemment à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux un cas très-intéressant d'hyperthermie qu'il a observé chez un varioleux.

Il s'agit d'un jeune homme qui se trouvait en pleine période de

suppuration d'une variole de gravité moyenne, lorsqu'il fut pris subitement de symptômes généraux graves : état comateux, suppression absolue des mouvements volontaires et réflexes, convulsions toniques par intervalles. C'est alors que, dans l'espace de quelques heures, la température axillaire s'élevait à 42°,7 et atteignait même 43°,7. Ces chiffres ne sauraient être mis en doute, M. Moussous ayant eu soin de s'entourer de toutes les garanties possibles dans la constatation de ces résultats. La contre-épreuve a été faite dans l'aisselle du côté opposé; de plus les thermomètres employés ont été vérifiés dans le laboratoire de M. le professeur Jolyet. Sous l'influence d'applications froides sur le tronc et sur les membres, la température s'est abaissée peu à peu. Le malade est actuellement guéri. (*Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux.*)

Accouchement quintigémellaire. — Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, enceinte pour la troisième fois, qui accouchait dix heures après le début du travail, et immédiatement après la poche des eaux percée, d'un premier enfant se présentant par le vertex. A la douleur suivante, rupture d'une seconde poche des eaux, extraction rapide d'un second enfant, la tête la première. Naissance d'un troisième enfant dans les mêmes conditions. Les douleurs se calment pendant quelque temps, pour reparaître ensuite et donner issue à un quatrième enfant qui vient comme les trois autres. Enfin, quelques minutes plus tard, un cinquième enfant arrivait en masse avec son placenta et les poches d'eaux non percées, et, bientôt après, apparaissaient deux autres placentas, l'un grand, l'autre petit, après quoi l'utérus se contracta spontanément, et il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Les cinq enfants étaient tous bien conformés; les quatre premiers appartenaient au sexe masculin; tous respiraient, néanmoins ils n'ont vécu que quelques heures. Quant au dernier, qui était une fille, il a vécu un peu plus longtemps, cinq heures environ. Ils paraissaient tous cinq avoir six mois et demi de vie intra-utérine. Les trois premiers étaient dans une seule poche et les trois placentas étaient joints l'un à l'autre. Le quatrième et le cinquième enfant avaient chacun un placenta et un chorion séparés. La mère se rétablit parfaitement sans qu'il soit survenu aucune complication. (*Abeille méd.*)

Guérison spontanée de la phthisie pulmonaire. — M. L. Heitler a examiné, au point de vue de la guérison spontanée de la phthisie, les poumons de 16,562 cadavres. Sans compter tous les cas de cicatrices douteuses ou d'adhérences pleurales, Heitler a trouvé 780 foyers caséeux guéris, sur des sujets morts d'affections absolument étrangères à la tuberculose. Sur ces 780 sujets, il a noté 503 hommes et 277 femmes. Au point de vue de l'âge : répartition égale de vingt à soixante-cinq ans.

Un de ces morts avait cent un ans, un autre cent trois. Tous ces sujets appartenaient à la classe ouvrière. Les lésions consistaient en noyaux cicatriciels fortement pigmentés, très-noirs et entourés de nodules gris ou jaunâtres. Il a trouvé des cavernes cicatrisées, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf. Dans 651 cas, la lésion était bilatérale, presque toujours limitée aux sommets.

En résumé, dit l'auteur, la guérison spontanée est plus facile dans les cas chroniques que dans les cas aigus. On peut toujours l'espérer tant que les tubercules n'ont pas dépassé les lobes supérieurs des poumons. Quand les lobes inférieurs sont envahis, la maladie peut avoir des temps d'arrêt, mais la guérison n'est plus possible. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Traitement local et général des tumeurs malignes du sein et d'autres sièges externes. — Le mémoire de M. le professeur Mariano Semmola (de Naples) est basé sur des faits de sarcome mammaire, d'épithélioma et de fibro-sarcome dont la disparition se produisit au bout de quelques séances d'électrolyse. Dans un cas, vingt-quatre séances de dix à quinze minutes, renouvelées tous les deux jours suffisent; mais, dans les autres, trois ou quatre mois furent nécessaires. L'aiguille piquée dans la tumeur est mise en rapport avec le pôle négatif de l'appareil, tandis que l'autre pôle, représenté par un charbon recouvert de toile pour empêcher l'action caustique, est appliqué sur la peau à quelque distance du néoplasme.

Le mémoire de M. Semmola se termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement électrolytique appliqué aux tumeurs de mauvaise nature, épithéliomes, sarcomes, fibro-sarcomes, est capable de les guérir par trois processus.

a. En produisant de petits foyers d'inflammation avec sclérose consécutive, la tumeur se réduit à un volume minime relativement à celui qu'elle présentait primitivement, et il reste à sa place une induration définitive et innocente, un caput mortuum de tissu cicatriciel.

b. En donnant lieu à une transformation colloïde et graisseuse dans la masse de la tumeur, surtout lorsqu'elle est en voie de ramollissement.

c. En provoquant une inflammation avec suppuration disséquante, fragmentation de la tumeur et issue de ses détritus.

2° Avec le traitement électrolytique on a employé l'iodure de potassium à haute dose, administré avec une grande persévérance pour modifier profondément la direction des échanges nutritifs. (*Lyon méd.*)

Traitement de la faiblesse génitale. — Le docteur Bianchi conclut de nombreuses observations de faiblesse génitale :

1° Que l'impuissance est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

2° Que ses causes sont multiples, mais qu'elle est habituellement le résultat de l'épuisement déterminé par un usage immodéré des plaisirs vénériens et par la masturbation.

3° Qu'elle est complète ou incomplète, directe ou réflexe, compliquée ou symptomatique.

4° Que l'impuissance complète peut guérir, mais rarement; que l'impuissance incomplète guérit très-fréquemment.

5° Que le traitement le plus efficace, et d'une innocuité absolue, consiste dans l'usage approprié et rationnel de l'électricité, d'après des méthodes différentes, suivant les cas spéciaux.

6° Enfin que son existence n'oblige pas à une continence absolue, mais que l'usage des rapports sexuels doit être réglé avec beaucoup de sévérité par le médecin, suivant les différents cas. (*Abeille méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

PRÉSENTATION

Kyste tendineux du poignet. — M. NICAISE présente de la part de M. Almagran (d'Orléans) une nouvelle observation de kyste tendineux du poignet traité, avec succès, par l'incision et l'application de la méthode de Lister.

Sarcome du maxillaire inférieur, résection de la mâchoire. — M. TILLAUX présente un jeune homme qui a subi au Canada une première opération pour un sarcome qu'il portait à la mâchoire inférieure. La tumeur ayant récidivé peu de temps après, il refusa de se faire de nouveau opérer au Canada et vint à Paris. Il s'agissait donc d'un sarcome récidivé et ulcéré de la région parotidienne droite. M. Tillaux fit la résection du maxillaire inférieur en sectionnant l'os à la partie moyenne de la branche horizontale, puis en désarticulant.

M. Tillaux enleva sans difficulté la glande parotide en totalité; il dut faire la ligature de la carotide externe. La guérison fut un peu longue, cependant elle est maintenant complète.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant chez ce malade, c'est le retour des fonctions aussi complet que possible quatre mois après l'opération. En effet, ce jeune homme, sans aucune espèce

de pièce prothétique, mange avec la plus grande facilité, bien qu'il n'ait plus que la moitié de la mâchoire. Le nerf facial n'ayant pas été coupé, il n'y a sur la face aucune paralysie apparente.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort subite de M. Houel, ancien président, et lève la séance en signe de deuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Houel, agrégé et conservateur des collections de la Faculté de médecine de Paris, membre et ancien président de la Société de chirurgie et de la Société de biologie, chevalier de la Légion d'honneur, etc. M. Houel est mort, dit-on, subitement, en faisant sa visite quotidienne au lycée Saint-Louis, dont il était chirurgien. Il n'est personne qui ne connaisse les services que M. Houel a rendus à la science, autant par ses publications que par ses fonctions de conservateur du musée Dupuytren. Ces fonctions le mettaient à même de donner fréquemment les renseignements les plus utiles, soit à ses collègues des nombreuses sociétés savantes dont il faisait partie, soit aux travailleurs en quête d'instruction sur quantité de points d'anatomie pathologique médicale ou chirurgicale qui lui étaient devenus familiers par la connaissance approfondie qu'il avait acquise des richesses scientifiques dont il avait la garde. Ces services étaient relevés encore par la bonté naturelle et la bienveillance affectueuse avec lesquelles il savait les rendre. Il n'aura malheureusement pas eu le temps de terminer l'œuvre considérable de la publication du catalogue du musée Dupuytren, dont il avait été officieusement chargé et dont plusieurs volumes ont déjà paru. M. Houel ne comptait que des amis dans le corps médical de Paris; il laissera des regrets unanimes. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui même, à midi, en l'église Saint-Sulpice.

La Faculté de médecine était représentée par son doyen et MM. les professeurs Verneuil et Trélat et les agrégés Berger, Bouilly et Terrillon. Le lycée Saint-Louis avait envoyé une nombreuse députation d'élèves. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Vulpian, représentant la Faculté; Jamain, professeur à l'École polytechnique; le proviseur du lycée Saint-Louis, et le maire du sixième arrondissement. Plusieurs discours ont été prononcés. Nous les publierons dans notre prochain numéro.

— Nous avons appris aussi avec regret la mort de M. Puche, ancien médecin de l'hôpital du Midi, auteur de quelques travaux un peu oubliés peut-être aujourd'hui sur quelques points de thérapeutique des maladies vénériennes. M. Puche était âgé de quatre-vingt-deux à quatre-vingt-trois ans.

— *Choléra.* — Le choléra s'éloigne du royaume de Siam; il semble même déjà oublié à Bangkok, où il a fait de si regrettables victimes. Par contre, il a pris sa direction vers l'est, et l'on annonce son apparition à Haïwow, dans la province chinoise de Haïnan, où il aurait été apporté par l'imprudence impardonnable d'un capitaine anglais, qui aurait pris sur son bateau plusieurs cholériques siamois à destination de cette ville.

D'après un journal chinois de Shangaï, le *Shen-Pao*, le fléau exercerait également de grands ravages dans la préfecture de Yang-Chow-Fu. Sa violence y est telle, dit-on, que sur 100 malades on compterait 90 morts.

Enfin le choléra est aussi au Japon. A Kaghoshima, du 31 juillet au 3 août, sur 22 personnes atteintes, 7 ont succombé. A Kumamoto, du 14 au 28 juillet, sur 35 individus frappés par l'épidémie, 12 ont péri.

— L'administration de l'Assistance publique étudie en ce moment un projet d'amélioration des bâtiments de l'hôpital des Enfants-Malades, comprenant la construction de trois nouveaux pavillons.

— Conformément à la décision prise par le Conseil général de la Seine dans sa séance du 30 novembre 1880, décision par laquelle il est accordé une bourse de voyage à l'interne en médecine qui aura fait les meilleures épreuves au concours à établir entre les internes des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, la préfecture vient d'arrêter les conditions de ce concours, qui aura lieu tous les deux ans au commencement du mois de novembre.

Sont admis à y prendre part tous les internes en exercice, ainsi que ceux qui, ayant accompli trois années dans les asiles publics d'aliénés, en seraient sortis depuis moins d'un an au jour de l'ouverture du concours.

La liste des candidats sera close trois mois avant cette ouverture.

Les épreuves se composeront : 1° d'une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathalogie : 2° d'une épreuve de clinique mentale ; 3° chaque candidat remettra au jury un mémoire de pathologie basé sur les observations recueillies dans les services d'aliénés pendant son internat.

Le montant de la bourse de voyage est de 2,000 francs.

— M. le docteur Onimus fera, à l'Exposition internationale d'électricité, le lundi 24 octobre, dans la salle du Congrès (premier étage), une conférence sur les appareils électro-médicaux exposés. Cette conférence, étant surtout destinée aux étudiants en médecine, aura lieu le soir de huit heures et demie à neuf heures et demie.

De l'embryologie et de la classification des animaux, par E. RAY-LANKESTER, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'University College de Londres. Traduction française d'un mémoire publié en anglais dans le *Quaterly microscopical journal.* 1 vol. in-18 jésus de 106 pages, avec 37 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Du pied-bot accidentel, par le docteur ROUTIER. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-Gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11837.

Apollinaris

EAU MINÉRALE GAZEUSE NATURELLE

L'eau de table du Prince de Galles.

La Reine des Eaux de Table (British med. Journ.).

Vente annuelle : huit millions de bouteilles.

Eau Alcaline, Digestive, Effervescente, D'UN GOUT EXQUIS.

Recommandée par tous les grands médecins anglais, américains et allemands (Chambers, Fothergill, Marion Sims, Sayre, Hood, Thompson, etc., etc.)

Approuvée par l'Académie de médecine.

Employée dans les hôpitaux.

(Voir *Etude sur l'Eau Apollinaris*, 1879. — Ve A. Delahaye et Cie, Paris.)

En vente dans toutes les pharmacies et les maisons d'eaux minérales.

Fer Chevrier et Gicquel

Solution concentrée et titrée de *Tartrate ferrico-potassique* chimiquement pur.

30 gouttes représentent un gramme de Tartrate ferrico-potassique. Bien supérieur aux pilules et aux dragées. Se trouve dans toutes les pharmacies. Dépôt général, pharmacie CHEVRIER, 21, faubourg Montmartre.

Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que *l'huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.*

Dr V. Baud

Paris, nos 22, 20 et 19, rue Drouot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÉVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Tamar indien Grillon

(Electuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2f.50.

La Bauche, MÉDAILLE D'OR PARIS 1874

Eau minérale digestive, reconstituante, la plus riche en protoxyde de fer. Entrepôt, 33, r. St-Jacques.

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien**, à l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

h. Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail : Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*.

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

Fougère mâle et Calomel

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Les 16 capsules, dosées selon la formule du dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 francs le flacon.

Pharmacie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *ph. Paris*, 163, *r.* St-*Antoine*.

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Solution, VIN ET SIROP Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux.

Titrés à 1 gramme par cuillerée à bouche.

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

LABOUREUR, 26. rue des Missions, et les phies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

N° 123. — MARDI 25 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 25 OCTOBRE 1881. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE DENTISTE.

Il se fait depuis quelque temps une assez grande agitation autour de l'art dentaire et de la profession de dentiste, auxquels il s'agirait de donner le rang et la place qui leur conviennent dans la hiérarchie médicale, en en réglementant l'exercice, livré jusqu'à présent, par le silence de la loi à leur égard, à toutes les incertitudes et à tous les dangers que peut entraîner l'absence de toute garantie scientifique et légale. On sait que les pouvoirs publics s'en sont récemment préoccupés, que, sur diverses propositions soumises au Sénat et une pétition adressée par la chambre syndicale de l'art dentaire de Paris, le ministre de l'instruction publique a chargé une commission, composée de membres de la Faculté de médecine, de lui présenter un rapport sur cette question. Le projet de la commission a été déjà l'objet d'un examen sérieux dans plusieurs journaux. M. le docteur Th. David, ex-chef de clinique de M. le docteur Magitot et qui, en cette qualité, a une compétence spéciale dans la question, a bien voulu nous communiquer sur ce sujet quelques considérations historiques et critiques, suivies d'un projet de réglementation, auquel, sous quelques très-légères réserves, nous donnons notre adhésion et que nous croyons en conséquence devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Au siècle dernier, nul ne pouvait légalement pratiquer en France l'art dentaire sans avoir été reçu *expert dentiste*. Quelle que fût sa valeur, ce titre était une garantie pour le public et une sauvegarde pour la dignité de la profession. Aussi, dès cette époque, l'art dentaire était-il exercé par des praticiens éclairés dont un certain nombre honorèrent non-seulement leur art, mais, j'ose le dire, la médecine elle-même. Les noms de Fauchard, Bourdet, Bunon, Duval, Jourdain, ne sont point déplacés dans la liste des médecins célèbres du dix-huitième siècle.

La Révolution, qui trouva tout à réformer, réglementa l'exercice de la médecine par la loi du 19 ventôse an XI, la même qui nous régit encore aujourd'hui. N'ayant point parlé de l'art dentaire, le législateur n'eut certainement pas l'intention de le séparer de la médecine, pas plus qu'il n'en voulait distraire l'oculistique, la gynécologie ou toute autre branche, qui ne se trouvent point non plus désignées dans le texte de la loi. C'est d'ailleurs l'opinion de beaucoup de légistes, Coffinières, Paillet, etc., et de la plupart des autorités médicales.

Ce silence absolu laissa toutefois naître, au sujet de l'odontologie, un certain doute qui, habilement exploité par les intéressés et malheureusement respecté par les tribunaux, permit aux dentistes de se soustaire aux formalités d'études et de grades. Cet état de choses, toléré d'abord, consacré ensuite par l'usage, finit par recevoir une sorte de reconnaissance légale en 1827. A propos d'un procès intenté à une dame qui exerçait la profession de dentiste, il fut jugé par arrêt de la cour de cassation (23 février 1827) que l'exercice de l'art du dentiste n'était assujetti à l'obtention d'aucun diplôme, certificat ou lettre de réception. Cette jurisprudence fut plus tard confirmée par un arrêt de la même cour (15 mai 1846).

Dès lors, liberté absolue de la profession de dentiste, sans exigence d'aucun diplôme, d'aucune garantie autre que la patente. Aussi cette profession n'est-elle plus exercée que par les premiers venus, qui y cherchent un refuge honorable contre les coups de la fortune. Nous devons reconnaître cependant, pour être juste, que dans ces conditions même, il s'est produit quelques individualités parfois très-recommandables.

Actuellement, en France, le nombre des praticiens dentistes est considérable. Mais parmi eux un bien petit nombre possèdent des titres réguliers. Si nous nous reportons à l'*Annuaire général des dentistes*, publié sous le patronage de la chambre syndicale odontologique de France, nous trouvons seulement dix docteurs en médecine et douze officiers de santé. Quelques-uns ont un titre étranger, mais la plupart n'en possèdent aucun sérieusement acquis, malgré le soin qu'ils prennent d'étaler des diplômes achetés à l'étranger ou de s'en attribuer de purement imaginaires. Ainsi donc, à part quelques rares exceptions, la plupart des dentistes exercent sans aucun titre sérieux.

Mais savez-vous ce que peut faire ce premier venu, ce dentiste improvisé? Il peut :

1° Exécuter toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, le voisinage ou ses dépendances ;

2° Employer dans sa thérapeutique tous les médicaments, caustiques, poisons, qu'il juge convenables ;

3° Pratiquer l'anesthésie générale.

Aussi que d'accidents, que de complications, à mettre sur le compte de cette pratique ignorante !

Cet état de choses a depuis longtemps préoccupé quelques esprits, et principalement les praticiens dentistes qui, munis de diplômes en médecine légitimement acquis, auraient désiré ne rencontrer dans leur profession que des égaux et des confrères. Leur appel incessant a fini par être entendu. A leur instigation, le ministère de l'instruction publique a pris l'initiative d'un projet de loi qu'il vient de soumettre à l'appréciation de l'École de médecine,

Ce projet exige de tout dentiste qu'il ait acquis par des examens, *au moins par ceux d'officier de santé, le droit d'exercer la médecine*. Peu s'en faut qu'il n'exige le titre de docteur. Quoi qu'il en soit, il veut que le dentiste soit avant tout médecin, médecin avant d'être spécialiste. C'est là une opinion justement et généralement partagée par les médecins.

Il ne faut point se méprendre sur l'étendue du domaine laissé au dentiste. Au point de vue pathologique surtout, la dent n'est point un organe isolé. Les affections des mâchoires proprement dites (ostéite, nécroses, tumeurs, kystes) des gencives, du sinus maxillaire, sont presque toujours sous la dépendance de celles des dents. D'autre part, que de symptômes réflexes occasionnés par les affections dentaires, du côté des oreilles, des yeux!... Il n'y a même pas que la pathologie de voisinage qui se relie étroitement à celle des dents. Grand nombre d'affections générales retentissent sur le système dentaire, les unes en modifiant sa constitution, en troublant son évolution, d'autres en y provoquant de véritables altérations. Telle est, par exemple, à ce dernier point de vue, cette singulière affection désignée sous les noms de pyorrhée interalvéolo-dentaire, de gingivite expulsive, qui conduit fatalement à la perte de toutes les dents et que l'on peut souvent rattacher à un état pathologique général. Il nous est déjà plusieurs fois arrivé, en recherchant ces lésions pathogéniques, de diagnostiquer une maladie bien importante cependant: le diabète complètement ignoré des malades et de leurs médecins.

Pas plus pour le dentiste que pour l'accoucheur, que pour l'oculiste, le domaine de son art ne saurait être absolument circonscrit. Il faut souvent connaître et examiner la machine humaine dans son ensemble pour la soigner efficacement dans ses détails. La pathologie spéciale ne saurait être considérée autrement que comme une application perfectionnée de la pathologie générale; l'étude de celle-ci doit donc précéder celle-là.

Ainsi donc, à notre avis, un dentiste doit être nécessairement et avant tout médecin. C'est d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Le Fort. « Le dentiste, dit-il, ne serait-il qu'un simple arracheur de dents, comme semblait le considérer la cour de cassation de 1846, pourrait encore, par une avulsion maladroite ou intempestive, amener des accidents sérieux ou aggraver une lésion des mâchoires. Mais il n'en est plus ainsi: le dentiste est fréquemment consulté pour des affections de la bouche, des gencives, des maxillaires, lesquelles sont du domaine de la pathologie, qui parfois sont d'un diagnostic difficile, et dont la thérapeutique comporte soit des opérations chirurgicales, soit un traitement local et général qui exige des connaissances spéciales et sérieuses. »

Mais les conclusions du rapport sont loin de s'accorder avec ces prémisses. Dans le contre-projet proposé par la commission on lit:

« Article premier. — A partir du 1er janvier 188.., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de dentiste.

« Art. 2. — Pour obtenir ce titre, etc. (suivent les conditions et les épreuves exigibles, etc.). »

Comme on le voit, les deux projets ne diffèrent réellement que sur la nature des garanties à exiger du dentiste. Le premier, ministériel, exige au moins le diplôme d'officier de santé. Le second, émanant de la Faculté, n'exige aucun titre universitaire. Ainsi M. Le Fort, après les paroles pleines de justesse citées plus haut, arrive, par une singulière contradiction, à ne vouloir faire du dentiste *qu'un praticien de second degré, d'une instruction de second ordre*.

Ne cherchons pas à combattre le contre-projet de la Faculté. M. Le Fort n'a fait que l'emprunter aux nations voisines. Mais justement ce qu'il veut importer chez nous est déjà à l'étranger frappé de déconsidération et menacé d'une mort prochaine. C'est à ce point qu'en Allemagne, comme en Angleterre, les praticiens les plus en renom sont des docteurs en médecine.

Des deux projets dont je viens de donner connaissance, l'intérêt de la santé publique exigerait que l'on donnât la préférence au premier, à celui qui émane de l'État.

Toutefois ce projet lui-même n'est pas à l'abri de quelques objections.

Ainsi, d'après l'article 1er, nul ne pourrait exercer l'art dentaire s'il n'était pourvu du diplôme spécial de chirurgien dentiste. Ce serait une interdiction formelle à tout médecin de toucher au domaine du dentiste. Plus tard ou lui interdirait peut-être encore de s'occuper des yeux, de la vessie, à moins d'avoir pris autant de diplômes spéciaux. En vertu de cette disposition, il pourrait donc se produire ce cas étrange, qu'un docteur, voire même un professeur, serait poursuivi pour avoir arraché une dent. Je n'insiste pas.

Autre objection. Nous avons déjà deux grades: l'officiat, le doctorat en médecine. Au moment où tout le monde reconnaît les inconvénients de cette distinction, on voudrait donc créer un troisième titre, celui de dentiste? A-t-on jamais songé à créer des diplômes particuliers d'accoucheur, d'oculiste?

Nous demandons de même que le dentiste soit médecin, docteur ou officier de santé, ni plus ni moins.

Mais sur ce point d'autres objections ont été faites encore.

« Exiger », dit M. Le Fort, « des futurs dentistes le titre de docteur, c'est en restreindre le nombre au point de le rendre insuffisant pour les besoins de la pratique. » Et d'abord nous n'exigeons pas ce titre. En outre, les docteurs en médecine qui étudient les maladies de la bouche deviennent chaque année plus nombreux. Je n'en veux pour preuve que le nombre de thèses soutenues dans ces derniers temps sur des sujets d'odontologie, et en l'absence de tout enseignement officiel.

Ce que je crois, d'ailleurs, pouvoir prédire, c'est un rapide envahissement de la profession de dentiste si on veut en relever la dignité en la réservant exclusivement à des diplômes en médecine. Pour ma part, je connais bien de jeunes médecins qui, tout en recherchant une clientèle, ne voudraient pas, dans l'état actuel des choses, se consacrer aux maladies de la bouche et des dents, de crainte d'être confondus avec des praticiens sans garantie. Que de pauvres médecins de campagne, maigrement rémunérés, préféreraient exercer l'art dentaire, moins pénible et plus lucratif, s'ils savaient ne pas déroger à la dignité de leur diplôme de docteur!

Mais, dira-t-on encore, l'art dentaire exige, au point de vue de la prothèse, des connaissances mécaniques que ne saurait posséder tout médecin.

Assurément. Mais tout médecin qui veut se spécialiser n'a-t-il pas, une fois ses études classiques terminées, à apprendre pour ainsi dire en entier le domaine dans lequel il s'est limité? Ainsi font tous les spécialistes. Peu nous importe, au reste, que le dentiste confectionne lui-même ses appareils. Est-ce que le chirurgien les fabrique pour redresser la taille ou un membre déviés? Il lui suffit de savoir les indications précises de la prothèse, de pouvoir la faire exécuter et l'installer.

Croyez-vous que les dentistes tant soit peu occupés fassent à la fois œuvre de médecin et d'ouvriers, qu'ils fassent eux-mêmes à la fois et leur cabinet et leur atelier? Non, ils n'en auraient pas le temps. A côté de l'odontologie proprement dite, relevant uniquement du médecin, reste une question de mécanique complètement indépendante, un métier pour lequel les bras ne manqueront jamais.

C'est ce métier que, sous la surveillance du médecin, il faut laisser au mécanicien dentiste.

Si je suis parvenu à faire partager mon avis, à savoir que le dentiste doit être médecin, ni plus ni moins que tout autre spécialiste, je proposerais le projet suivant:

« Article additionnel à la loi du 19 ventôse an XI:

« Nul ne pourra à l'avenir exercer aucune partie quelconque de l'art de guérir, sans avoir obtenu le diplôme d'officier de santé ou de docteur en médecine. »

Cette loi, sans viser spécialement la profession de dentiste, la réglementera néanmoins d'une façon définitive et non équivoque.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Endo-artérite, dilatation anévrysmale de l'aorte descendante, hypertrophie du cœur.

Le n° 14 de la salle Saint-Charles est un homme de quarante-huit ans, chapelier, qui, par suite de la profession qu'il exerce, se sert constamment de nitrate de mercure. Cependant, bien que la plupart des ouvriers qui travaillent le poil et le castor soient fréquemment sujets à l'argyrisme, notre malade n'a jamais éprouvé aucun symptôme d'intoxication mercurielle; il n'a pas de tremblement; ses dents ne sont ni déchaussées, ni noires, ni branlantes. Sa profession est sans aucun rapport avec la maladie dont il est atteint.

Il y a vingt ans environ, il a eu assez fréquemment de petits crachements de sang, peu considérables, il est vrai, mais qui ont persisté pendant près de deux années. Ils auraient cédé, nous dit cet homme, à la diète lactée et à une alimentation froide. Depuis lors il a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais eu la syphilis, et il n'est point alcoolique.

Il s'est aperçu, il y a une dizaine d'années, pour la première fois, d'un peu d'essoufflement, soit qu'il montât un peu vite, soit qu'il marchât rapidement. En même temps, quand il se livrait à quelque excès de travail, il éprouvait aussi de légers battements de cœur. Néanmoins la gêne était si peu grande qu'il n'y prêtait aucune attention.

Mais au commencement de ce mois la dyspnée a augmenté, s'accompagnant de toux et d'une expectoration de quelques mucosités jaunâtres comme dans une bronchite ordinaire. Nous constations en effet une bronchite catarrhale. Cette affection est aujourd'hui guérie, mais la dyspnée qui persiste et l'empêche de reprendre ses travaux a une tout autre cause, cause que l'examen attentif de cet homme nous a permis de reconnaître assez facilement, malgré l'absence de tous signes fonctionnels.

En effet il ne se plaint absolument que de quelques palpitations légères et d'un peu d'oppression. Cependant au premier aspect nous remarquons une peau blanche, pâle, des muqueuses buccale, labiale, oculaire, etc., décolorées, un faciès anémique. La poitrine est normale, sans aucune saillie partielle ou en masse. La main appliquée sur la région précordiale ne sent pas de mouvements bien considérables; le choc de la pointe du cœur est un peu abaissé et correspond au cinquième espace intercostal.

Par contre, si l'on vient à appliquer cette même main sur le sternum, notamment à droite et en dehors de cet os, on perçoit un frémissement vibratoire très-net, frémissement cataire un peu plus léger aujourd'hui qu'à l'entrée du malade. Ce frémissement a son maximum d'intensité au niveau du second espace intercostal droit et s'affaiblit en arrivant sur la région précordiale.

La percussion de la poitrine donne une sonorité normale, peut-être même un peu exagérée, comme s'il existait un léger emphysème pulmonaire. La matité de la région précordiale est un peu augmentée.

L'auscultation de la poitrine au niveau du frémissement vibratoire permet d'entendre un bruit anomal, raclant, fort, non de souffle, mais bien un bruit de râpe dont le maximum d'intensité est derrière le sternum et à droite, et qui va en diminuant, si l'on s'approche de la clavicule, de même que lorsque l'on arrive sur la région précordiale.

Ce bruit de râpe est assez prolongé pour couvrir les bruits normaux du cœur, il commence avec la systole cardiaque et se prolonge pendant toute cette systole. Peut-être au second temps existe-t-il aussi un léger bruit de souffle, doux, aspiratif, mais je ne pourrais pas l'affirmer. Les bruits du cœur, ainsi masqués, sont très-difficiles à entendre.

Le pouls est très-régulier, d'une fréquence normale; il est aussi très-faible. Le sphygmographe nous donne une ligne ascendante ou diastolique très-courte qui correspond avec la petitesse du pouls; cette ligne est aussi convexe en dos d'âne; le plateau qui suit, très-marqué, indique un état athéromateux; enfin la ligne descendante présente très-peu d'oscillations.

Tels sont les seuls signes physiques qui nous permettent d'établir le diagnostic, les symptômes fonctionnels étant à peu près nuls; de plus, il n'y a pas d'œdème, et le malade n'éprouve aucune douleur.

Le siège du frémissement cataire et du bruit de râpe dans le second espace intercostal et derrière la partie droite du sternum correspond, non pas à une lésion du cœur, mais à une altération de l'aorte, et principalement de la portion ascendante de cette artère, c'est-à-dire depuis son orifice jusqu'à la crosse. Est-ce là un anévrysme de l'aorte ? Cependant nous n'avons pas de douleur rétro-sternale irradiant vers le bras et l'avant-bras ou vers la face, pas d'angine de poitrine, pas de toux, pas de bruit de cornage pendant la respiration, comme dans le cas de compression de la trachée par une tumeur anévrysmale, pas de dysphagie, pas de raucité de la voix, suite de la compression des filets du pneumo-gastrique, rien en un mot de l'anévrysme véritable de l'aorte, si ce n'est l'anémie et la dyspnée, encore cette dernière est-elle légère. Nous n'avons pas non plus ici de battements anomaux, aucune saillie des parois thoraciques, aucune aire d'une matité spéciale.

Il n'y a donc en réalité aucun des signes physiques positifs ni des symptômes fonctionnels de l'anévrysme de l'aorte.

Cependant notre malade présente une altération de ce vaisseau qui est, au point de vue anatomo-pathologique, un anévrysme. Mais, cliniquement, nous devons savoir qu'il existe deux formes d'anévrysme : une forme sacciforme, et une forme cylindroïde.

La forme en sac est constituée par une cavité accessoire, qui s'est développée sur le côté du vaisseau artériel et communique avec lui par un collet, cavité formée ordinairement par la rupture des deux tuniques interne et moyenne de l'artère. C'est ce que l'on appelle l'anévrysme véritable.

La deuxième forme est l'anévrysme fusiforme, cylindroïde; il est constitué par la dilatation de l'aorte qui forme alors un large sinus remontant jusqu'au niveau de la crosse. C'est cette seconde forme d'anévrysme que nous trouvons chez notre malade, et à cette lésion s'ajoutent : une dégénérescence graisseuse, des dépôts athéromateux, des incrustations cartilagineuses ou calcaires contre lesquelles les frottements du sang déterminent et le frémissement vibratoire et le bruit de râpe.

Pourquoi donc une pareille lésion ne donne-t-elle lieu à aucun symptôme? Je ne puis guère l'expliquer que par la position même de la tumeur qui ne produit aucune compression.

Cette altération de l'aorte a amené accessoirement une affection cardiaque, c'est-à-dire tout d'abord une insuffisance des valvules aortiques qui se sont peu à peu ratatinées par suite d'endo-artérite. De plus, le cœur étant obligé à plus d'efforts s'est dilaté, de là donc cette hypertrophie

dénotée à la percussion par une matité précordiale plus étendue ; cette hypertrophie elle-même a amené à son tour une légère insuffisance mitrale.

Notre diagnostic est donc : endo-artérite, dilatation anévrysmale de l'aorte descendante, insuffisance aortique, hypertrophie du cœur et légère insuffisance mitrale.

Quant au pronostic, il est fâcheux, beaucoup plus fâcheux que s'il s'agissait d'un anévrysme en sac, parce qu'il ne peut guérir, tandis que, dans cette dernière forme, des caillots peuvent se former et des dépôts fibrineux se faire, qui oblitèrent complètement, à un moment donné, le sac anévrysmal et donnent lieu à une guérison complète.

Si cet homme ne peut guérir, il peut néanmoins vivre un temps plus ou moins long, en raison de l'absence, pour ainsi dire, de tous symptômes fonctionnels. Mais, s'il peut vivre quelques années encore, nous devons savoir qu'il peut aussi mourir subitement, aujourd'hui même, demain ou quelque autre jour, dans un mois comme dans un an, par suite de la rupture des parois de l'aorte dégénérées et devenues cassantes, qu'il succombe à une émotion vive, à un effort violent ou même sans cause directe.

Il peut mourir aussi assez promptement par embolies, à la suite des petites concrétions qui se détacheraient et seraient entraînées dans le torrent de la circulation ; soit qu'elles aillent former une embolie cérébrale et donner lieu à un ramollissement du cerveau, soit qu'elles parviennent dans les membres et produisent une gangrène spontanée, etc.

En tous cas, cette lésion anévrysmale, latente encore aujourd'hui chez notre malade, ira fatalement en se développant, la dyspnée augmentera, et, si aucun de ces accidents terminaux ne survient, peu à peu cet homme se cachectisera, s'affaiblira et succombera alors à la moindre des choses. Enfin nous devons dire encore qu'il peut survenir des hémoptysies, ou quelque apoplexie pulmonaire.

Quant au traitement, nous savons malheureusement que la dilatation anévrysmale est une affection incurable, et que nous ne pourrons lui opposer qu'un traitement palliatif, médicinal et hygiénique.

Le traitement médicinal a lui-même aussi bien peu d'action, et le seul médicament qui ait parfois produit quelque amélioration dans les cas d'endo-artérite, c'est l'iodure de potassium. Nous le lui avons donc ordonné, depuis la cessation des symptômes bronchiques dont il était atteint à son arrivée ici, à la dose de deux grammes par jour. S'il avait eu des palpitations, nous eussions prescrit la digitale. Mais ici elle n'est pas nécessaire. De plus, contre l'anémie si marquée qu'il présente, nous lui faisons prendre du vin de quinquina, des toniques, des reconstituants, du bon vin, de l'eau ferrugineuse aux repas. Enfin, ce que nous devons surtout recommander à ces malades, c'est une bonne hygiène : nulle fatigue, aucun excès, point d'exercices violents, une marche lente, pas d'émotions, enfin une vie calme sans veille aucune.

EMPOISONNEMENT

PAR LES GRAINES DE L'EUPHORBIA LATHYRIS, *L.*, ET NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LEUR USAGE THÉRAPEUTIQUE (1)

Par MM. E. Sudour et A. Caraven-Cachin.

Le 1er octobre, nous fûmes appelés auprès d'un enfant de neuf ans, gravement malade pour avoir mangé plusieurs graines de l'*Euphorbia lathyris, L.* Un traitement astringent et opiacé apporta, dès le lendemain, un grand soulagement dans l'état du malade ; mais nous résolûmes de faire des expériences sur nous-mêmes. Voici les conclusions de nos observations :

1° Le principe contenu dans les graines de l'*Euphorbia lathyris* appartient à la classe des purgatifs drastiques. Il est inégalement réparti dans les diverses graines : les unes sont très-pauvres en principe actif, les autres sont très-riches.

2° Un effet vomitif précède presque toujours l'action purgative, même quand la substance a été prise à petite dose (1). L'action peut se manifester après quarante-cinq minutes ; mais elle peut aussi être beaucoup retardée et ne se montrer qu'au bout de trois heures.

3° Ces graines agissent en produisant une action irritante sur la muqueuse des voies digestives ; cette action se porte principalement sur le gros intestin et à l'arrière-gorge, sous forme d'angine, lorsque la mastication a été suffisamment prolongée.

4° A haute dose, cette substance produit des effets toxiques qui peuvent se diviser en trois périodes : 1° période algide ou de refroidissement (vomissements, diarrhées) ; 2° période d'excitation (phénomènes nerveux, vertige, délire) ; 3° période de réaction (chaleur, sueurs abondantes).

5° Les opiacés constituent le plus prompt et le meilleur remède pour combattre les effets des graines de l'*Euphorbia lathyris.*

6° Les doses prescrites dans divers ouvrages de botanique médicale (six à douze graines) sont exagérées ; à cette dose, ces graines pourraient occasionner des irritations gastro-intestinales extrêmement graves. Cette substance, très-active et d'un dosage difficile, ne doit être employée dans aucun cas en médecine.

(1) Académie des sciences. — Séance du 10 octobre 1881.

(1) L'ingestion de deux graines, avec mastication prolongée, a suffi, chez l'un de nous, pour amener des vomissements très-douloureux.

OBSÈQUES DE M. LE DOCTEUR HOUEL.

Nous donnons aujourd'hui, comme nous l'avons annoncé dans notre précédent numéro, les différents discours qui ont été prononcés au cimetière Montparnasse, sur la tombe de M. le docteur Houel.

Discours de M. le professeur Vulpian,

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Messieurs,

Depuis quelques années, la mort frappe la Faculté de coups brusques et répétés. Que de vides inopinés parmi les professeurs et les agrégés ! Aujourd'hui un nouveau coup, non moins soudain que les autres, vient de nous enlever encore un membre du corps de l'agrégation, notre cher et bien regretté conservateur des musées et collections de la Faculté.

Membre de la Société anatomique, de la Société de biologie, de la Société de chirurgie, ancien président, vice-président de ces diverses sociétés, il a inséré dans leurs Bulletins ou Mémoires des travaux nombreux et intéressants. Il ne m'appartient pas de rappeler ici les principales publications de M. Houel, afférentes à la chirurgie, ni même celles qui concernent des questions générales ou spéciales d'anatomie pathologique ; mais je ne saurais laisser à d'autres le devoir d'exprimer les regrets que fait éprouver à la Faculté la mort du conservateur de ses musées.

C'est en 1848, — il y a trente-trois ans, — que M. Houel fut nommé conservateur-adjoint, et chargé, à ce titre, plus spécialement, du musée Dupuytren. En 1876, il devint conservateur en remplacement de M. Maissiat.

Les deux chiffres suivants disent éloquemment tout ce que M. Houel a fait pour le musée Dupuytren. En 1848, lors de son entrée en fonctions, le musée Dupuytren contenait 1,100 pièces ;

en 1876, il en renfermait 6,000. Ce musée était pour lui une véritable passion. Il assistait à toutes les séances de la Société anatomique pour y recueillir les pièces qui y affluent chaque semaine : dès qu'il les avait obtenues, il les préparait, les disposait, les classait avec le plus grand soin, et il éprouvait une satisfation sans mélange à chaque accroissement des collections d'anatomie pathologique.

Il vivait tellement dans ce musée et pour ce musée qu'il avait fini par le considérer comme son bien propre. Qui de nous ne l'a entendu dire : « Mon musée » ? Et il nous semblait presque avoir des droits à parler ainsi, lui qui avait tant enrichi ce musée et qui s'y mettait sans cesse à la disposition de tous les travailleurs français ou étrangers.

Le tourment le plus grand peut-être de sa vie a été la nécessité où il s'est trouvé depuis une quinzaine d'années de refuser un bon nombre de pièces parce que la place lui faisait défaut. Chacun de ses rapports contient l'expression de ses regrets sur cette insuffisance d'espace. Il sentait que, s'il n'en eût pas été ainsi, le musée Dupuytren, grâce aux conditions qu'offre une ville comme Paris, serait devenu le plus beau musée d'anatomie pathologique du monde, et il s'affligeait sans cesse de ce que les projets d'agrandissement dont on avait parlé depuis longtemps ne se réalisaient pas : c'est ce dont il se plaignait encore avec vivacité dans un rapport que j'ai reçu la veille de sa mort et qui est peut-être son dernier écrit.

J'ai dit qu'en 1876 M. Houel était devenu conservateur : il avait pris alors la direction du musée Orfila, tout en gardant celle du musée Dupuytren. Il était déjà quelque peu souffrant à ce moment, et l'on aurait pu croire que l'âge et l'état valétudinaire de sa santé allaient attiédir son ardeur. Il n'en a rien été. C'est même à dater de cette année que son activité semble prendre des forces nouvelles. Il entreprend alors la publication du catalogue du musée Dupuytren, et il publie coup sur coup cinq volumes accompagnés de planches, ouvrage très-considérable et tout à fait important.

Bientôt après, il se livre au classement des pièces du musée Orfila, complète plusieurs de ses collections, en installe de toutes nouvelles, celle, par exemple, de médecine opératoire, due à l'initiative de mes collègues MM. Verneuil et Le Fort, et il publie le catalogue de ce musée.

Il ne lui restait plus, pour achever sa tâche, qu'à publier le sixième volume du catalogue du musée Dupuytren. Ce volume devait être consacré à la description de toutes les pièces tératologiques. M. Houel, qui avait étudié d'une façon très-complète les monstruosités, se proposait de faire de ce volume une sorte de manuel qui aurait présenté, sous la forme la plus méthodique et avec des figures à l'appui, l'état actuel de la science, si pleine d'intérêt, fondée par les Geoffroy Saint-Hilaire. Il lui fallait, m'écrivait-il il y a quelques jours, deux ans pour mener cette entreprise à bonne fin. Hélas ! il avait compté sans la mort, dont il avait cependant aperçu et même reconnu les avant-coureurs, et qui allait l'arracher brusquement à ses chères occupations, à toutes les affections dont il était entouré et qu'il méritait si bien !

Homme honnête, sûr et essentiellement bon, son souvenir sera ineffaçable dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu de près.

Nous perdons en lui un de nos fonctionnaires les plus zélés et les plus dévoués : comme doyen, je ne fais que remplir un devoir en venant lui dire un dernier adieu au nom de la Faculté.

Discours de M. Paul Berger,

PROFESSEUR AGRÉGÉ.

MESSIEURS,

Il y a quelques mois à peine, nous voyions se fermer la tombe d'un de nos plus jeunes et plus brillants collègues. C'est Houel aujourd'hui, l'un de nos anciens vénérés, dont nous venons rendre les restes à la terre. En lui adressant, au nom des agrégés ses collègues, ce dernier adieu, je salue avec respect le souvenir d'une existence toute d'honneur et de travail.

Nul, mieux que Houel, ne l'a mérité, ce témoignage d'estime et d'affection que nous venons lui rendre. Ce titre d'agrégé était pour lui la plus précieuse des qualités ; il l'a prouvé en honorant et faisant respecter davantage encore ces fonctions, qu'il a remplies plus longtemps qu'aucun de nous ne les remplira peut-être. Plusieurs fois rappelé à l'exercice, vous l'avez vu cette année même siéger aux jurys d'examen, et prouver ainsi qu'il était toujours membre de cette société, ou plutôt de cette famille, à laquelle nous appartenons.

Associé par Nélaton, le maître pour lequel il avait un culte, à son enseignement et à la direction de son service, il exerça avec succès la chirurgie à l'hôpital des Cliniques. Mais ses aptitudes l'entraînèrent sur un autre terrain que celui de la pratique.

Depuis de longues années son temps se partageait entre les sociétés savantes et la direction et l'étude des collections d'anatomie pathologique de la Faculté.

A la Société de chirurgie, à la Société de biologie, à la Société anatomique, il obtint les honneurs du fauteuil. Vous savez la part qu'il prit à la vie scientifique de ces assemblées. Il parlait peu, mais sa parole avait toujours la légitime influence que donne le jugement joint au savoir. Il aimait surtout, comme arguments, à produire des faits, et ces faits étaient tirés du trésor que la Faculté avait mis à sa disposition et dont il sut si bien profiter.

Combien de générations d'élèves et de médecins se sont succédé dans les salles du musée Dupuytren qui ignorent ce qu'elles doivent à ce savant modeste pour le travail obscur, ingrat en apparence, auquel il se livrait, lorsqu'il décrivait, interprétait, classait les pièces confiées à sa garde ! Combien l'ignoreraient encore sans la publication récente du catalogue qui fut le fruit de ses labeurs ! C'est à cette œuvre surtout que son nom restera désormais attaché.

Quoiqu'il connût la gravité du mal dont il était atteint depuis des années, il espérait vivre assez pour voir ses chères collections pourvues d'une plus large installation et plus digne de les recevoir. Il ne s'abusait pas néanmoins, et il entrevoyait le terme de son existence avec la calme sérénité du sage. Les nombreux avertissements de la maladie n'avaient altéré ni ses facultés ni son humeur. Il sut conserver jusqu'à la fin l'affabilité, la bonhomie, qui, avec la loyauté et la modestie, étaient les principaux traits de son caractère.

Tel nous l'avons connu, tel il restera dans mon souvenir et dans le vôtre, mes chers collègues. Nous conserverons fidèlement la mémoire de l'ami défunt, qui fut avant tout un homme de bien et un homme de travail.

Discours de M. de Saint-Germain.

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

MESSIEURS,

Le mercredi 19 octobre dernier, notre collègue Houel nous a été enlevé d'une manière aussi cruelle qu'inattendue.

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Houel avait autrefois brigué l'honneur d'appartenir au corps des chirurgiens des hôpitaux ; mais il fit partie de ce groupe de candidats distingués dont la place était marquée parmi nous, et qui, rebutés par quelques échecs, abandonnèrent la lutte au moment où la victoire semblait devoir leur être rendue plus aisée par les vides nombreux que la mort allait faire dans nos rangs.

Pour n'appartenir point à la Société des chirurgiens, Houel eut cependant l'occasion de montrer dans un grand hôpital les qualités solides qui le distinguaient.

Élève affectionné de Nélaton, celui-ci fit de lui son aide, bientôt son lieutenant, et pendant longtemps Houel, en l'absence du maître, fut chargé du service chirurgical de l'hôpital des Cliniques, un des plus importants et des plus actifs de la capitale.

Notre collègue voua à Nélaton une reconnaissance qui ne s'arrêta pas au tombeau, et vous pouvez vous souvenir de la chaleur avec laquelle il défendait son maître quand il croyait voir dans nos

discussions une attaque, si légère qu'elle fût, dirigée contre sa chirurgie.

Une voix plus autorisée que la mienne vous dira les nombreux titres scientifiques de notre collègue, soit comme membre des Sociétés anatomique et de Biologie, soit comme conservateur du musée Dupuytren, admirable collection dont il était l'âme ; il ne m'appartient de le considérer que comme membre de notre Compagnie.

Plus ancien par rang de nomination que la plupart d'entre nous, il n'occupa que tard le fauteuil de la présidence, et je puis affirmer, sans crainte d'être démenti, qu'il mérita cet honneur par les plus rares qualités.

Représentant fidèle de la tradition, d'une exactitude exemplaire, d'une impartialité absolue dans la direction de nos discussions, il savait faire exécuter, dans toute sa vigueur, le règlement dont le moindre article lui était familier et se conciliait pourtant, par son extrême urbanité et sa grande bienveillance, la sympathie et l'estime de tous.

Longtemps encore après qu'il eut quitté le bureau, il était consulté par ses successeurs ; sa parole faisait foi et sa grande expérience ne se trouvait jamais en défaut, qu'il s'agît d'un précédent à invoquer ou d'une décision à prendre.

Il se savait du reste aimé dans notre Compagnie, assistait avec bonheur à nos séances, et ce dut être pour lui un profond chagrin que de renoncer à y paraître aussi souvent quand la terrible affection qui le minait depuis longtemps déjà le contraignit à prendre quelque repos.

Ce repos n'était pourtant pas absolu, car il donna jusqu'à son dernier jour ses soins aux élèves du lycée Saint-Louis, dont il était chirurgien, et c'est pendant son service qu'il fut mortellement atteint.

Ne le plaignons pas, Messieurs. S'il est pour nous une mort enviable entre toutes, c'est celle qui nous atteint sur notre champ de bataille ; c'est celle qui nous frappe debout.

Pour moi, qui depuis de longues années déjà avais reçu de Houel de nombreuses marques de bienveillance, c'est avec un profond sentiment de tristesse que je viens, tant en mon nom qu'au nom de la Société de chirurgie, saluer d'un dernier adieu devant cette tombe ouverte un ancien président, un collègue aimé de tous, qui fut un honnête homme et un homme de bien.

Discours de M. Dumontpallier.

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Messieurs,

C'est au nom de la Société de biologie que je prends la parole sur la tombe de notre regretté collègue.

Charles Houel fut un des membres fondateurs de notre Société en 1849.

Depuis cette époque, notre collègue se montra toujours assidu à nos séances. Deux fois il fut élu vice-président de la Société de biologie, et c'était avec une scrupuleuse exactitude qu'il accomplissait les devoirs de sa présidence. Souvent il prenait la parole sur les questions d'anatomie pathologique et de tératologie. Ses études spéciales et sa grande expérience, servie par une mémoire riche de faits, donnaient à ses remarques et à ses communications une grande autorité.

Je ne saurais faire ici l'analyse des travaux originaux de Charles Houel ; ses collègues de la Société de chirurgie et de la Faculté de médecine ont déjà dit quelle était l'étendue des connaissances du chirurgien et de l'anatomiste.

Dans les dernières années de sa vie, Charles Houel, voulant témoigner sa gratitude envers la Faculté de médecine, qui l'avait nommé conservateur de ses musées, consacra la plus grande partie de son temps à la rédaction du catalogue du musée Dupuytren. Cet ouvrage devait comprendre six volumes ; cinq volumes sont déjà publiés et resteront un document précieux pour les anatomo-pathologistes.

Houel avait obtenu le titre de professeur agrégé de la Faculté de médecine, au concours de 1860. Il dut souvent regretter d'avoir abandonné trop tôt les concours du Bureau central. Il eût dignement dirigé un service de chirurgie, et il en donna les preuves dans les suppléances fréquentes que lui conféra le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

Houel avait l'amour du devoir ; chaque matin, à la même heure, on le rencontrait se rendant au lycée Saint-Louis, dont il était le chirurgien. Depuis plusieurs mois il était souffrant, mais il voulut lutter jusqu'à la dernière heure, et il est mort en faisant sa visite à l'infirmerie du lycée. Houel était d'une grande bienveillance; il ne comptait que des amis, et il n'eut d'autre ambition que celle de bien faire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les examens de fin d'année, les examens de doctorat et la soutenance des thèses commencent aujourd'hui, 24 octobre, à la Faculté.

— Les volontaires d'un an qui partent au mois de novembre prochain et sont candidats au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, sont informés qu'ils subiront la deuxième épreuve dans la séance du mercredi 2 novembre 1881.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour un emploi de chef de clinique interne s'ouvrira le lundi 7 novembre 1881 à huit heures du matin.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé et les étudiants ayant soutenu les cinq premiers examens de doctorat. Un traitement annuel de 1,000 fr. est attaché à ces fonctions.

Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat de la Faculté, sera clos trois jours avant l'ouverture du concours.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le jeudi 22 décembre 1881.

Les aspirants devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté *trente jours au moins* avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

Nul ne pourra être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, s'il ne jouit de ses droits civils, s'il ne présente un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie obtenu devant une des Facultés de l'État.

— M. Saint-Loup est nommé, pour trois ans, doyen de la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand en remplacement de M. Gruey, appelé à d'autres fonctions et nommé doyen honoraire.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours public, pour deux places de chirurgien-adjoint, sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 20 mars 1882, à trois heures.

Un autre concours public, pour trois places de médecin-adjoint, sera ouvert, au même hôpital, le lundi 3 avril 1882, à trois heures.

Les candidats devront, au jour de l'ouverture du concours, avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de médecine française, être âgés de vingt-sept ans au moins, être Français ou naturalisés Français.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes des hôpitaux des villes où siège une Faculté ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Le lundi 12 décembre 1881, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille un concours public pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 19 décembre, à trois heures, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Les candidats aux places d'internes auront à justifier de huit

inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme stagiaire.

Les internes seront nourris, logés, éclairés et chauffés dans les hôpitaux. Ils recevront un traitement de 360 francs la première année, de 420 francs la deuxième année et de 480 francs la troisième année.

Les élèves externes recevront un traitement de 300 francs par an.

— Un congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra à Naples au mois de septembre 1882.

— L'administration de l'Assistance publique de Paris vient de souscrire pour une somme de 500 francs au monument de Broca, en mémoire des services qui lui furent rendus par notre regretté maître en 1871.

— M. le docteur Tautain, médecin auxiliaire de la marine, est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Perrisseau (L.-F.) vient de mourir à l'âge de vingt-neuf ans. Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Boussard, qui vient de succomber à Saint-Florentin, à l'âge de soixante-huit ans.

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Braye, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tarascon.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Du développement du typhus exanthématique, sous l'influence des eaux malsaines et d'une mauvaise alimentation; observations recueillies pendant une épidémie par le docteur S. Robinski, membre de la Société médicale de Berlin. In-8° de 112 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur la doctrine de Darwin: la lutte pour l'existence et l'association pour la lutte, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11849.

N° 124. — JEUDI 27 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 27 OCTOBRE 1881. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On se serait cru volontiers hier à la Société de chirurgie. Le gros des chirurgiens a donné au sujet de la communication faite par M. Guéniot dans la dernière séance. MM. L. Labbé, Verneuil, Gosselin, Trélat, Tillaux, se sont succédé à la tribune, et M. Guéniot se disposait à y monter à son tour, lorsque M. le Président a levé la séance. L'heure était sonnée et même dépassée.

Il s'agissait, on s'en souvient, dans la communication de M. Guéniot, d'un cas de polype fibreux inséré près du col de l'utérus chez une femme enceinte et dont l'ablation a été faite à l'aide du serre-nœud ou constricteur à anse métallique de M. Maisonneuve, modifié pour la circonstance. A l'occasion de ce fait, M. Guéniot, examinant et discutant les divers procédés en usage, exposait les motifs qui lui faisaient préférer en général, dans cette opération, les instruments mousses aux instruments tranchants, et, en particulier, dans les cas analogues à celui auquel il avait eu affaire, le serre-nœud à l'écraseur de Chassaignac. D'où une première opposition de M. Blot, dont on doit se rappeler les termes.

L'opposition ne s'est pas arrêtée là. MM. Labbé et Verneuil ont défendu chacun leur procédé, celui du moins auquel ils donnent la préférence, M. Labbé le galvanocautère, M. Verneuil l'écraseur. Puis est venu M. Gosselin avec la bienveillante intention de mettre ses collègues d'accord en déclarant tous les procédés également bons ; non sans une petite restriction, toutefois, en faveur du plus simple de tous, celui des ciseaux, dont il se sert habituellement.

Oui, sans doute, tous les procédés sont également bons, est venu dire à son tour M. Trélat, tant qu'il ne s'agit que de petits polypes insérés sur le col ou dans le voisinage du col de la matrice. Mais la question n'est pas là : la question est de savoir si ces mêmes procédés sont applicables et surtout s'ils sont suffisants dans les cas autrement graves et difficiles de polypes volumineux, insérés profondément, sans pédicules ou avec des pédicules difficilement accessibles aux instruments et insaisissables. C'est sur le diagnostic et sur la distinction de ces dispositions si différentes des polypes que doit porter la question. Et, à l'appui de ce que venait de dire M. Trélat, M. Tillaux a rappelé loyalement la catastrophe qui lui est arrivée par l'application de l'écraseur dans un de ces cas de polype largement inséré sur le fond de l'utérus renversé.

C'est donc sur la question de l'indication même de l'opération, plutôt que sur le choix des procédés opératoires, que pourra beaucoup plus utilement porter désormais le débat, s'il doit continuer.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Fracture de la rotule, érysipèle phlegmoneux, mort.
II. Orchite, fongus du testicule, castration.

I. Avant de vous parler d'un malade auquel je vais pratiquer dans quelques instants la castration, je veux faire passer sous vos yeux une pièce très-intéressante qui provient d'un homme qui a succombé hier.

Entré à l'Hôtel-Dieu, il y a trois mois environ, pour une fracture de la rotule, cet homme avait été traité par un bandage inamovible et par une bande élastique. Le bandage a été enlevé à l'époque voulue, mais l'on s'est aperçu qu'il avait irrité un peu l'épine du tibia et donné lieu à la formation d'une petite eschare.

Quinze jours après que le bandage eût été enlevé, cet homme a commencé à se lever et a essayé de se servir de son membre. Il était passé dans les salles de convalescence lorsqu'on me prévint un matin, à l'heure de ma visite, qu'un érysipèle était survenu autour de la petite plaie du tibia, laquelle en était le point de départ. C'est ce malade qui a succombé subitement hier à un érysipèle phlegmoneux profond qui, s'étendant rapidement en haut et en bas, a occupé bientôt tout le membre inférieur depuis la racine de la cuisse jusqu'aux orteils. L'articulation du genou elle-même paraissait envahie par la suppuration.

Une petite eschare a donc été le point de départ d'une infection purulente généralisée, débutant par un érysipèle phlegmoneux contracté à l'hôpital. Il y a ainsi un danger très-grand à laisser des malades séjourner longtemps dans les foyers hospitaliers, alors même qu'ils n'ont qu'une toute petite plaie, laquelle, sous l'influence de l'atmosphère des hôpitaux, peut occasionner des accidents rapidement mortels. Nous profiterons de cet évènement pour voir ce qu'est devenue la fracture de la rotule, dont l'accident qui l'a causée remonte à trois mois environ.

L'articulation que nous avons ouverte à l'amphithéâtre était remplie d'un pus très-bien formé, consécutif à l'appa-

rition de l'érysipèle phlegmoneux. Mais ce qui est le plus intéressant, c'est de voir comment se sont comportés les fragments osseux. Tout d'abord nous reconnaissons que le pus a commencé à dissoudre la cicatrice fibreuse qui unit les deux fragments rotuliens, et nous apercevons une ulcération du tissu fibreux du cal qui aurait fini par disparaître, si le malade eût vécu quelque temps encore avec son genou rempli de pus.

Cela, du reste, n'a rien d'étonnant, et le même fait se rencontre fréquemment pour des cicatrices extérieures qui se trouvent facilement détruites en quarante-huit heures, lorsqu'un érysipèle se déclare ; on voit alors des plaies, parfaitement fermées, se rouvrir. Nous avons ici un fait analogue produit par la purulence et caractérisé par un commencement de destruction du cal fibreux qui unissait solidement les fragments de la rotule.

II. Quant au jeune homme que je vais opérer, c'est un garçon coiffeur, âgé de vingt-neuf ans, qui nous raconte très-mal l'histoire de sa maladie. Inquiet de son mal, effrayé de l'opération qu'il va subir, il ne sait pas nous rendre compte de ce qui lui est arrivé. Aussi n'est-ce qu'à la suite de nombreuses questions maintes fois répétées que nous arrivons à reconstituer l'historique des accidents dont il est atteint.

Il y a trois mois qu'à la suite de grandes fatigues, il aurait éprouvé dans le ventre de violentes coliques et dans l'aine du côté gauche une douleur très-vive. Le médecin qu'il aurait consulté à cette époque aurait diagnostiqué une hernie inguinale gauche, serait parvenu à la réduire et l'aurait maintenue au moyen d'un bandage. Les douleurs auraient néanmoins continué, et l'auraient forcé à garder le lit. Huit jours plus tard, il se serait aperçu que son testicule grossissait rapidement et devenait très-volumineux.

Il fit appeler alors un autre médecin qui fit une ponction avec aspiration dans la tumeur. Il en sortit deux cuillerées à café d'un liquide rose, qui n'était pas du sang, mais qui était ainsi teinté par une ou deux gouttes de sang provenant de la piqûre du trocart et non d'une hématocèle. Cette ponction ne procura aucun soulagement au malade. Mais une seconde ponction, pratiquée quelques jours plus tard avec le trocart, donna lieu à un écoulement de sang abondant qui, cette fois, soulagea notablement l'opéré. Néanmoins le testicule continua à grossir. C'est alors que cet homme se décida à entrer dans notre service, il y a de cela environ une douzaine de jours.

Il était alors, et il est encore aujourd'hui, dans l'état suivant : le scrotum du côté gauche est gonflé et tendu ; de la piqûre faite par le trocart on voit sortir une sorte de petit champignon que j'ai déjà excisé une première fois ces jours-ci, pensant que c'était là quelque fongus du testicule.

Par acquit de conscience, car je pensais bien ne pas avoir affaire à des accidents syphilitiques, je lui ai ordonné l'iodure de potassium à l'intérieur, tandis qu'à l'extérieur je lui ai prescrit des cataplasmes et des onctions avec l'onguent napolitain. Non-seulement je n'ai obtenu aucune diminution de la tumeur, mais celle-ci a encore augmenté d'un tiers. Du reste ce malade nous a affirmé qu'il n'avait jamais eu la vérole ni la moindre blennorrhagie.

Le scrotum gauche est envahi par une tumeur arrondie qui forme une masse élastique, non fluctuante, bien qu'au centre il puisse exister quelque épanchement dont nous ne pouvons pas nous rendre compte. Cette tumeur n'est pas adhérente aux téguments.

De plus, le long du cordon et au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal, dans lequel elle semble s'engager, on sent une autre tumeur qui s'y enfonce de un à deux centimètres environ et s'y arrête brusquement. Cette seconde tumeur a le volume d'une noix ordinaire. Dans le canal inguinal même on ne trouve rien, et le cordon n'est ni noueux ni épaissi.

Si l'on pratique le toucher rectal, on sent une prostate saine, une vésicule séminale gauche qui n'est ni dure, ni élastique, mais seulement gonflée, distendue par du liquide et fluctuante. Du côté droit la vésicule séminale est normale.

Enfin j'ajouterai que le malade n'a point de fièvre, que sa température est normale, le pouls bon, et qu'il mange modérément sans éprouver aucun phénomène morbide du côté du tube digestif.

La tumeur dont il est atteint n'est point de mauvaise nature ; elle caractérise une maladie presque aiguë du testicule, une sorte d'orchite qui paraît tendre à la chronicité, orchite qui, par suite du gonflement rapide et de l'étranglement des cordons nerveux, a simulé une hernie étranglée. C'est dans ces cas-là que Vidal a proposé de faire le débridement du testicule par l'incision de la tunique albuginée.

Donc, à la suite d'efforts et de fatigues, cet homme a eu une orchite aiguë, dont la seconde ponction a modifié les douleurs en débridant la tunique albuginée. Aujourd'hui il existe une orchite aiguë avec fongus testiculaire sortant par la plaie de la ponction non cicatrisée. Si notre diagnostic est exact, nous devons préserver les voies séminales inférieures, et, comme de toutes façons le testicule est perdu, quant à ses fonctions, que de plus le fongus, qui existe actuellement, ne fera qu'augmenter, nous devons nous hâter d'intervenir en faisant la castration.

Je vais commencer par découvrir la petite tumeur située à l'entrée de l'orifice inguinal, afin de m'assurer de sa nature et de pouvoir opérer sur elle selon les indications qu'elle me fournira. J'isolerai le cordon par une ligature que je serrerai de façon à interrompre toutes communications vasculaires et nerveuses. J'isolerai aussi à son tour la grosse tumeur testiculaire, je lierai aussi les artères scrotales qui sont ici très-volumineuses. L'opération sera peut-être un peu plus longue, mais elle sera aussi plus sûre. Enfin, la tumeur étant disséquée, j'en ferai l'ablation à deux centimètres au-dessous de la ligature du cordon, afin que celle-ci, n'étant plus retenue par le testicule, ne puisse pas glisser, et, s'échappant, donner lieu à quelque hémorrhagie mortelle.

— L'examen de la tumeur pour laquelle nous avons fait l'autre jour la castration du testicule droit chez un garçon de vingt-neuf ans confirme pleinement le diagnostic que nous avions cru pouvoir émettre.

Comme vous l'avez vu, l'opération n'a rien présenté de particulier, si ce n'est que, lorsque nous avons pratiqué une incision au niveau du canal inguinal pour mettre à découvert la tumeur qui se trouvait logée à l'entrée de l'orifice du canal, nous n'avons trouvé ni sac herniaire, ni hydrocèle du cordon, mais bien une accumulation de liquide séreux infiltré dans l'épaisseur des membranes des parois du cordon.

Cette infiltration est due à la contraction des fibres muscu-

laires du petit oblique et du transverse, prolongées dans les bourses, qui donnent lieu à des phénomènes d'étranglement, comme l'a très-bien indiqué Gerdy.

La théorie des orchites spontanées ou par effort avec étranglement du cordon est-elle bien fondée? Elle paraît ici justifiée, puisque le début de la maladie est un effort qui s'est accompagné promptement d'un gonflement dont les phénomènes douloureux ont simulé l'étranglement par les fibres musculaires.

Quoi qu'il en soit, j'ai fait une incision longitudinale de trois centimètres, je suis arrivé sur une tumeur liquide, j'ai fait ensuite la ligature du cordon et j'ai terminé l'opération par la castration du testicule malade.

Une coupe pratiquée sur la tumeur nous a montré que celle-ci n'était pas de mauvaise nature, mais que les neuf dixièmes des éléments qui la constituent sont formés par une espèce de magma spongieux, ayant les apparences d'un exsudat grisâtre, comme du pain que l'on aurait trempé dans du café au lait très-clair. Au milieu de la masse on trouve çà et là des caillots sanguins, ainsi que quelques points jaunâtres, qui ne sont autre chose que du pus. Dans l'exsudat, j'ai trouvé des éléments granuleux, des globules de pus et des leucocytes comme dans toute tumeur inflammatoire.

Quant au dixième restant de la tumeur, situé à la partie postérieure, il représente d'abord l'épididyme, et plus profondément on aperçoit le testicule, ou mieux ses débris, réduits à quelques filaments jaunes.

Si donc l'on reconstitue la tumeur, on trouve : 1° une partie convexe dirigée en avant, formée par un exsudat, des caillots et du pus ; 2° en arrière, des débris du testicule et de l'épididyme.

Si nous cherchons l'explication des phénomènes qui ont amené la formation de la tumeur, plusieurs hypothèses peuvent être invoquées : 1° exsudat dans la cavité vaginale constituant une hydrocèle primitive, puis hématocèle, enfin suppuration, et le testicule resté en dehors aurait été refoulé et atrophié ; 2° oblitération de la tunique vaginale, et, au-dessous de la tunique albuginée, exsudat et destruction du testicule sauf un ou deux cônes séminifères. Quel que soit le lieu positif où l'exsudat s'est formé, sous quelle influence celui-ci s'est-il produit ? Si c'est une hématocèle, il faut admettre une simple affection inflammatoire. Si c'est le testicule qui était malade, est-ce du tubercule ? de la matière phymatoïde ? Notre malade serait-il phthisique ? Si nous examinons la poitrine, nous trouvons bien au sommet du poumon droit de la matité et du souffle, mais rien d'autre. Cependant la prostate est saine, ce qui est rare dans les affections tuberculeuses du testicule. Je crois donc pouvoir repousser cette hypothèse, sans crainte d'erreur.

La maladie serait-elle d'origine syphilitique ? C'est bien ainsi que la lymphe syphilitique se produit, s'épanche, vient étouffer les cônes séminifères et refouler le testicule. Mais le traitement antisyphilitique a échoué ; il est vrai que l'iodure de potassium n'a aucune efficacité dès que la lymphe a tourné à la suppuration.

Quoi qu'il en soit, je penche volontiers pour une orchite inflammatoire chronique simple, suite d'efforts violents et de grandes fatigues, engorgement testiculaire, vaginalite et accidents inflammatoires consécutifs à la ponction, étouffement et refoulement du testicule.

Quant au pronostic qui doit suivre la castration opérée samedi, il me paraît favorable, et la guérison semble devoir être prochaine, à moins de complications que nous ne saurions prévoir.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Épanchement pleurétique et congestion pulmonaire.

Parmi les malades que nous venons d'examiner à la visite, il en est un qui doit nous arrêter tout particulièrement, celui du n° 25, qui est atteint d'une pleurésie droite avec épanchement.

Cet homme est malade depuis quinze jours ; il a été pris tout à coup de frissons avec claquements de dents, de fièvre, d'une grande gêne respiratoire accompagnée d'une douleur de côté assez modérée. Ces phénomènes se sont presque tous rapidement éteints, et la douleur de côté elle-même existe à peine aujourd'hui. Mais ce que nous constatons actuellement, c'est une inégalité de sonorité dans les deux côtés de la poitrine et aussi à différents niveaux du côté malade. En effet, à droite nous constatons une sonorité tympanique, un bruit skodique dû au refoulement des poumons par le liquide épanché dans la plèvre, ou à de la congestion pulmonaire. Dans la fosse sus-épineuse nous trouvons une tonalité et une sonorité à peu près normales, tandis qu'à partir de l'angle de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine, il existe une matité d'autant plus prononcée que l'on se rapproche de la partie inférieure. De plus, absence complète de murmure vésiculaire en bas, murmure vague un peu plus haut; enfin, à la racine des bronches, on entend un souffle un peu large, mais qui n'est, cependant, ni aigre ni aigu comme dans la pleurésie. Nous savons du reste qu'il ne faut pas toujours s'en rapporter à ce souffle, dont l'absence ne signifierait pas qu'il n'y a pas d'épanchement, car, lorsque celui-ci est abondant, ou le souffle n'existe pas, ou, s'il existe, il tient à une autre cause.

Lorsque l'on vient à palper la poitrine, on constate, depuis le bas jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse, l'absence de toutes vibrations thoraciques, tandis qu'au-dessus de ce point, la main les perçoit aussi nettement que du côté gauche. Enfin, hier, on entendait de l'égophonie, laquelle aujourd'hui a disparu.

Nous sommes donc en présence d'un épanchement pleurétique qui nous est prouvé par une matité profonde occupant les deux tiers inférieurs de la poitrine, par l'absence de vibrations thoraciques et par l'évolution de la maladie en 15 jours. Un signe sur lequel nous devons revenir, c'est que la matité s'étend au-dessus du point où cessent les vibrations. Partout où la matité est profonde, il existe une certaine quantité de liquide, tandis qu'au-dessus de l'épanchement la diminution de la sonorité est due à de l'hyperémie ou de la congestion pulmonaire, qui s'est associée à l'épanchement dans une mesure difficile à reconnaître.

En effet, lorsque le liquide enveloppe un poumon congestionné, les signes de la congestion se trouvent complètement masqués, c'est même cela qui a fait nier par certains auteurs l'existence de la congestion pulmonaire dans la pleurésie.

Si le poumon refoulé par l'épanchement n'est pas congestionné, il s'atélectasie peu à peu, s'élève et surnage ; mais s'il a été primitivement congestionné, il ne flotte plus, il reste plongé, par suite du manque d'air, au milieu du liquide

qui s'élève peu à peu autour de lui. C'est dans ces conditions qu'une masse liquide relativement peu considérable pourra s'élever à une hauteur beaucoup plus grande que dans le premier cas où l'épanchement aura été cependant beaucoup plus abondant.

C'est ainsi que, dans le premier cas, vous aurez des signes bien nets de pleurésie, avec la conservation des vibrations thoraciques au-dessus du niveau de la matité. Dans le second cas, au contraire, le poumon moins rapproché des parois fera entendre un souffle différent du souffle pleurétique, un souffle voilé, vague, descendant profondément au milieu de l'épanchement; les vibrations diminuent peu à peu, sans présenter cette disparition brusque et nette au niveau d'une certaine ligne correspondant à celui de la masse liquide.

Dans le premier cas, vous aurez affaire à une pleurésie sans congestion pulmonaire, ou, si celle-ci existe, avec des phénomènes insignifiants d'hyperémie du poumon; dans le second cas, vous aurez à la fois congestion et pleurésie.

Or, chez notre malade nous n'avons pas de phénomènes bien nets, pas de souffle voilé, une absence complète du murmure vésiculaire et suppression des vibrations thoraciques dans une grande étendue de la poitrine du côté droit, puis au-dessus une zone sans aucun signe d'épanchements, malgré la présence de la matité et d'une sonorité moindre. De ces faits nous concluons donc chez lui à certain degré d'hyperémie du poumon.

Quant à la quantité du liquide épanché, elle ne me semble pas devoir être très-considérable, bien que le périmètre de la poitrine *paraisse* très-augmenté ($0^{m},02$ environ). Je dis « paraisse », à cause des inégalités normales que l'on rencontre en dehors de tout épanchement pleurétique selon tel ou tel squelette. C'est ce qui fait que Woillez prenait, non pas les dimensions d'un seul côté de la poitrine, mais bien le périmètre total du thorax, ce qui exige des observations poursuivies pendant plusieurs jours pour suivre la marche de la maladie et en tirer des indications utiles. Ici l'entrée récente de notre malade ne nous a pas encore permis de le faire, et nous devons nous borner pour aujourd'hui à signaler cette différence de deux centimètres d'un côté à l'autre, ce qui est déjà quelque chose. De plus, le foie déborde un peu les fausses côtes.

D'après la hauteur de la matité, d'après le refoulement du foie un peu en bas, et des poumons en haut, nous pensons pouvoir évaluer la quantité de liquide épanché à 2 litres ou 2 litres 1/2 environ.

Ce diagnostic posé, quel traitement devons-nous faire chez un malade arrivé au quinzième jour d'une pleurésie à forme subaiguë avec fièvre médiocre ? La question est assez délicate. Lorsque l'on a affaire à un épanchement récent, considérable, donnant lieu à des accès de suffocation qui menacent d'emporter le malade, il faut pratiquer la thoracentèse. Il le faut encore dans les cas d'épanchements moindres, qui tendent à disparaître sous l'influence d'un traitement médical. Quant à l'époque à choisir pour intervenir, elle est aussi assez difficile à déterminer. Vous avez des médecins qui opèrent toujours, d'autres qui diffèrent toujours.

Quant à moi, je ne diffère pas toujours, même lorsque l'épanchement est peu abondant; car, si l'on attend trop longtemps, le poumon finit par se fixer dans l'état d'affaissement qu'il a peu à peu contracté, et il est alors plus difficile d'opérer sans amener des phénomènes de suffocation parfois des plus graves. De plus, cet affaissement persistant du poumon facilite la reproduction de l'épanchement.

Il y a des malades, comme le nôtre, chez lesquels l'épanchement peu considérable reste stationnaire. Dans ce cas, devons-nous ponctionner la poitrine? Oui, et sans trop attendre, afin d'éviter la reproduction d'un épanchement en quantité égale; oui, du moment qu'un traitement actif a été employé sans succès pendant une quinzaine de jours. Dans le cas où le malade n'a pas été traité énergiquement au début, on peut encore essayer pendant quelques jours l'effet d'une médication appropriée; mais, si, parvenu à la troisième semaine, vous n'avez obtenu aucun résultat, qu'il n'existe ni fièvre, ni travail phlegmasique, opérez alors sans attendre davantage.

Quant à la quantité de liquide à retirer, elle varie selon les conditions où se trouve le malade. L'épanchement est-il récent, retirez tout sans crainte d'accident, le poumon est encore assez souple pour pouvoir être distendu par l'air. Est-il plus ancien, retirez le liquide en plusieurs fois, même s'il n'est pas très-abondant, à plus forte raison si l'épanchement est considérable, afin d'éviter des accidents dangereux, parfois même fatals. Enfin, l'épanchement date-t-il de quinze jours ou de trois semaines, et est-il de quelque abondance, ne le retirez qu'en plusieurs fois. Si le poumon est fortement congestionné, vous retirerez la moitié la première fois; la seconde fois, vous agirez très-prudemment encore, en ayant soin de vous arrêter au moindre accès de toux. Généralement, dans ces cas, en deux ou trois fois on peut vider la plèvre sans crainte d'accidents sérieux.

M. Dieulafoy parle de retirer seulement 500 grammes, la première fois; pour moi, c'est trop peu dans le cas d'épanchement de 2 ou 3 litres, et je ne crains pas de retirer la moitié du liquide épanché. Ce n'est que dans les ponctions ultérieures, s'il est nécessaire, que je retirerai des quantités moindres.

C'est ainsi que j'opérerai d'ici à deux ou trois jours chez mon malade du nº 25 de la salle des hommes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

PRÉSENTATIONS

M. LÉON COLIN présente :

1° De la part de M. le docteur Gustave Drouineau (de la Rochelle), un mémoire intitulé : *Des conditions sanitaires des ouvriers des grands chantiers;*

2° De la part de M. le docteur Alphonse Laveran, médecin-major de première classe à Constantine, une troisième note relative aux éléments parasitaires trouvés dans le sang des malades atteints d'impaludisme.

Des divers groupes d'artérites. — M. LANCEREAUX, en déposant sur le bureau un exemplaire du deuxième fascicule du tome deuxième de l'*Anatomie pathologique* (1), donne les indications suivantes sur la manière dont il y a traité la question des artérites.

Les artérites, dit-il, sujet très-obscur jusqu'ici, ont été de ma part l'objet d'une attention toute particulière. Je les ai divisées en trois grands groupes : artérites circonscrites, artérites en plaques, et artérites généralisées. Chacun de ces groupes diffère non-seulement par l'étendue, mais aussi par les causes et le mode de terminaison de l'altération. Les artérites circonscrites sont des lésions toujours limitées qui affectent les artères de moyen calibre et

(1) Voir le numéro du 18 octobre.

aboutissent fréquemment à des formations anévrysmales. Ce groupe comprend l'artérite syphilitique, qui se localise de préférence aux artères de l'encéphale, l'artérite tuberculeuse, qui atteint le plus habituellement les branches de l'artère pulmonaire, et enfin l'artérite embolique, qui se rencontre dans toutes les artères, mais surtout dans celles des membres.

Les artérites en plaques ont pour siège spécial l'aorte, où se produisent des plaques saillantes de plusieurs centimètres d'étendue, laissant entre elles des intervalles parfaitement sains. Caractérisée par la formation de foyers multiples de tissu embryonnaire disséminés dans les tuniques, cette artérite est également suivie d'anévrysmes : telle est même la cause ordinaire des anévrysmes de l'aorte. Elle est généralement observée chez les marins et chez les militaires ; elle a été attribuée par les médecins anglais à la syphilis : c'est là une erreur que je me suis efforcé de combattre en démontrant par des faits que cette artérite prend naissance sous l'influence d'une intoxication palustre, maladie non moins fréquente que la syphilis chez les marins et les soldats anglais, comme aussi chez nos marins et nos soldats d'Afrique.

Quant aux artérites généralisées, qui comprennent la plupart des désordres décrits sous le nom d'athérome, elles ont pour caractère d'envahir le système artériel tout entier et de se localiser de préférence à la tunique interne, qui est fréquemment surmontée de petites saillies mamelonnées, et d'affecter les tuniques élastiques d'un élargissement habituel du calibre des artères, des dilatations partielles et très-rarement des anévrysmes. Ces artérites se rapportent à trois grandes maladies, qui sont le saturnisme, la goutte et l'herpétisme.

COMMUNICATIONS

Bactéries dans la lèpre. — M. CORNIL lit une note sur le *siège des bactéries dans la lèpre et sur les lésions des organes dans cette maladie.*

Les bactéries de la lèpre, dit M. Cornil, découvertes par Hansen, ont été étudiées par plusieurs médecins et tout récemment par M. Neisser, qui les a cultivées, par MM. Hillairet et Gaucher, qui les ont également cultivées et inoculées à des animaux. J'ai publié déjà des observations de lèpre recueillies à Grenade dans le service de M. Hernando.

Les tubercules lépreux de la peau et des muqueuses caractérisés par de grandes cellules remplies de petites bactéries sont aujourd'hui bien connus ; mais il reste encore bien des points à résoudre relativement au siège des bactéries dans les organes et aux formes différentes qu'elles y présentent.

Les bactéries des tubercules cutanés, telles qu'elles ont été décrites par Hansen et que je les ai vues dans mes premiers examens, sont très-minces et petites. C'est à peine si on les voit nettement avec un grossissement de 3 à 400 diamètres. Mais dans d'autres organes parenchymateux tels que le foie, le testicule, organes mous ou contenant des cavités à l'état normal, les bactéries acquièrent une dimension beaucoup plus considérable. Cela résulte très-vraisemblablement de ce qu'elles ne sont gênées ni comprimées, et qu'elles peuvent se développer en toute liberté. Elles sont libres, par exemple, dans la cavité testiculaire et cinq ou six fois plus larges que celles des tubercules de la peau. Elles acquièrent en largeur jusqu'à 12 et 15 millièmes de millimètre.

Dans les tissus fibreux, entre les lamelles et les fibres de la cornée, dans le névrilème, dans le tissu sclérosé d'un ganglion lymphatique, dans le tissu cellulo-adipeux, etc., les bactéries s'interposent partout entre ces fibres et ces lamelles. Elles se disposent alors en longs filaments, placés bout à bout, dont les articles sont séparés par des cloisons transparentes. Ces filaments composés, qu'on peut suivre sur les coupes dans une étendue de 100 à 150 millièmes de millimètre, sont tantôt rectilignes, tantôt infléchis, recourbés sur eux-mêmes, et ils offrent la même disposition générale que les grands filaments de la bactérie charbonneuse.

Enfin, dans le protoplasma des cellules, dans les détritus accumulés dans les tubes testiculaires, dans les vaisseaux sanguins, on trouve des spores libres ou accumulés en amas qui remplissent par place les vaisseaux capillaires.

(Le travail de M. Cornil est renvoyé à une commission, composée de MM. Hardy, Th. Roussel et Laboulbène.)

M. LE PRÉSIDENT informe que, d'après une décision du conseil, il y a lieu de déclarer trois vacances ouvertes : une dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Maurice Raynaud ; une dans la section d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Moreau, et une dans la section des académiciens libres, en remplacement de M. Littré.

M. le président annonce ensuite que, mardi prochain se trouvant le 1er novembre, jour de la Toussaint, la séance aura lieu jeudi.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inoculation de la péripneumonie de l'espèce bovine.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE DE L'ESPÈCE BOVINE

M. LEBLANC combat de nouveau les propositions formulées par M. Bouley. Il est suffisant, dit-il, d'abattre les bêtes malades comme le font déjà tous les propriétaires, sans perdre beaucoup d'argent à pratiquer le contact ou les inoculations. Au lieu de dépenser beaucoup d'argent d'une manière aussi inutile, il serait, dit M. Leblanc, préférable d'en consacrer une partie à organiser un service vétérinaire par toute la France, car ce service existe à peine dans quelques départements.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES POLYPES UTÉRINS.

M. LABBÉ. M. Guéniot, dans son intéressante communication, me paraît avoir laissé dans l'ombre un point important. Les méthodes anciennes n'ont plus rien à faire avec la chirurgie moderne. En effet, aujourd'hui nous nous préoccupons surtout de mettre tout en œuvre pour éviter les accidents infectieux ; c'est pourquoi toute opération lente, à temps successifs, ayant pour but la destruction d'une production morbide par gangrène ou par suppuration, doit être laissée de côté. C'est ainsi que la méthode de Levret, pour le traitement des polypes utérins, la ligature, qui consiste, comme on sait, à amener la chute lente, progressive, de la tumeur, est aujourd'hui complètement abandonnée. Il est cependant un procédé moderne qui s'en rapproche beaucoup par certains côtés : c'est la ligature élastique, préconisée par certains chirurgiens éminents. Quant à moi, je ne l'accepte pas, et je lui fais le même reproche qu'à la méthode de Levret, c'est-à-dire d'agir avec trop de lenteur. Il y a, dans ce procédé, des éléments d'infection ; il est donc du devoir du chirurgien d'agir plus rapidement, si la chose est possible, et elle l'est.

L'excision, bien que défendue par des chirurgiens très-autorisés, me paraît également devoir être rejetée ; elle a pour inconvénient, à mes yeux, d'ouvrir parfois des vaisseaux importants et d'exposer à des hémorrhagies. Il est une opération mixte, l'excison combinée avec la cautérisation ponctuée, qui me semble acceptable ; mais mieux vaut encore ne recourir qu'à un seul temps de cette double opération. Quant à l'écraseur linéaire, quelque admiration d'ailleurs que je professe pour son inventeur, je n'en comprends l'emploi que dans certains cas précisément analogues à celui de M. Guéniot, où le pédicule est parfaitement accessible et facilement abordable ; où l'opération, en un mot, est des plus simples et des plus faciles. Mais il est une variété de polypes utérins dont il faut s'inquiéter : ce sont ces polypes fibreux, volumineux, qui s'insèrent par une large implantation sur le fond même de l'utérus, l'entraînent avec eux en descendant dans le vagin et déterminent ainsi une véritable inversion, un renversement plus ou moins complet de l'utérus. L'emploi de la chaîne de l'écraseur, dans ces cas, peut être des plus dangereux, et il faut que les jeunes chirurgiens sachent bien que cette chaîne d'écraseur attire les tissus, peut en conséquence englober dans son anse le fond même de l'utérus, et qu'ils peuvent ainsi en amener la perforation et voir les intestins sortir par le

fond de l'utérus, comme cela est arrivé un trop grand nombre de fois. Le choix de l'instrument à employer est donc ici de la plus haute importance. Pour ces polypes, à base large, s'insérant sur le fond même de l'utérus, l'écraseur linéaire doit être laissé de côté. Le serre-nœud serait plutôt applicable, dans ces cas; il offre cet avantage qu'on peut se le procurer partout; mais je lui préfère de beaucoup, quant à moi, l'anse galvanocaustique. Là, en effet, où vous placez cette anse, elle fait sa section, de telle sorte que vous savez toujours exactement le point où vous agissez. En outre, la section obtenue par cet instrument est nette et absolument sèche. Quand vous avez bien placé votre anse sur le point que vous voulez sectionner et bien perpendiculairement à l'axe de la tumeur, vous faites passer un courant très-faible pour porter l'anse au rouge sombre, et vous sectionnez lentement votre tumeur sans provoquer la moindre hémorrhagie, contrairement à ce qui aurait lieu si vous portiez l'anse au rouge blanc.

C'est donc au galvanocautère qu'il faut recourir dans les cas surtout où il s'agit de tumeurs volumineuses et vasculaires. Cet instrument m'a rendu, tout récemment encore, les plus grands services dans un cas où il s'agissait d'un volumineux polype implanté sur le fond de l'utérus, chez une femme déjà d'un certain âge, mais qui avait conservé les organes génitaux d'une jeune fille, de telle sorte que l'introduction de la main était des plus difficiles. J'ai dû enlever la tumeur par morcellement à l'aide de l'anse galvanique et en me servant du spéculum de Sims qui, dans ces cas, rend également les plus grands services. J'ajouterai que, avant comme après l'opération, j'ai recours à toutes les précautions de la méthode antiseptique.

M. VERNEUIL. Il y a huit jours, nous entendions un premier réquisitoire contre l'écraseur linéaire; aujourd'hui nous venons d'en entendre un second, plus violent encore que le premier. Je suis, quant à moi, entièrement opposé à mes deux collègues. M. Guéniot, tout en déclarant que c'est un bon instrument, y trouve de sérieux inconvénients; M. Labbé l'accuse d'avoir commis des désastres en ouvrant le fond de l'utérus. Les cas de renversement complet de l'utérus déterminé par la présence d'un polype sont extrêmement rares et même exceptionnels. Je ne connais qu'un cas de mort publié par M. Tillaux à la Société de chirurgie; je demanderai donc à M. Labbé de nous donner des renseignements bibliographiques plus complets sur les cas malheureux auxquels il a fait allusion. M. Labbé nous propose l'anse du galvanocautère. On connaît mon opinion sur l'anse galvanocaustique; il fut même un temps où nous étions seuls, Broca et moi, à l'employer. Je ne suis donc pas l'ennemi de cet instrument, loin de là. Mais, à partir du moment où j'ai pu tenir d'une main l'écraseur et de l'autre le thermocautère, je n'ai plus eu besoin de l'anse galvanique. Combien y a-t-il de pays en France où l'on puisse trouver un galvanocautère? Il faut songer que nous ne sommes pas seulement des opérateurs, mais aussi des instructeurs, et que nous devons tenir compte des conditions dans lesquelles doivent se trouver la plupart de ceux que nous instruisons; il ne faut donc pas abandonner l'écraseur linéaire. J'ajouterai que, pour l'ablation des polypes utérins, l'anse galvanocaustique est plus difficile à manier que l'écraseur, qu'en outre elle ne met pas plus sûrement à l'abri d'accidents hémorrhagiques et infectieux. On doit donc lui conserver la prééminence pour l'ablation des polypes utérins. M. Guéniot dit que l'anse métallique est plus facile à introduire que la chaîne d'écraseur. Je ne suis pas de son avis, surtout si l'on emploie la chaîne si heureusement modifiée par M. Desprès (de Saint-Quentin), ou si l'on a soin, comme je le fais, de la rendre rigide en l'entourant d'un fil de fer en spirale qui l'oblige à rester béante. On répond ainsi aux justes desiderata exprimés par M. Guéniot relativement à l'emploi de l'écraseur pour l'ablation de ces polypes. Je me résumerai donc en disant que l'écraseur linéaire, avec les modifications dont j'ai parlé, constitue le meilleur instrument pour ces opérations, qu'il est d'une introduction facile et qu'il n'offre aucun danger.

M. GOSSELIN. Je laisserai de côté, dans l'intéressante communication de M. Guéniot, cette importante particularité de l'intervention chirurgicale pendant l'état de grossesse; je laisserai de côté également les volumineux polypes qui remplissent la cavité vaginale et nécessitent le morcellement pour leur ablation, comme dans le cas dont a parlé M. Labbé; je ne m'occuperai que des petits polypes qui font saillie dans le vagin. Sans vouloir exagérer avec M. Guéniot les avantages du serre-nœud de Maisonneuve, avec M. Labbé ceux du galvanocautère, avec M. Verneuil ceux de l'écraseur linéaire, je dirai que tous ces instruments sont bons, mais que je préfère encore l'excision avec les ciseaux. On s'effraie à tort de l'hémorrhagie; on en a très-rarement avec les ciseaux; sur 50 opérations de polypes utérins que j'ai faites avec les ciseaux, je n'ai eu qu'une seule hémorrhagie, facilement arrêtée d'ailleurs par le tamponnement. Je rappellerai, à cette occasion, que les pertes sanguines qu'ont les femmes atteintes de polypes viennent, non pas du polype lui-même, mais de la muqueuse utérine congestionnée. L'excision de la masse polypeuse ne saurait donc entraîner des dangers sérieux d'hémorrhagie. Ce qu'il faut surtout chercher à éviter, ce sont les accidents septiques qui doivent préoccuper le chirurgien bien plus que l'hémorrhagie dans ces cas. Nous possédons aujourd'hui des moyens sûrs d'éviter ces accidents. Pour parer à l'inconvénient signalé par M. Guéniot, à la traction de l'utérus lui-même, nous avons la pince de Museux qui remplit ce double office d'immobiliser le polype et de tendre un peu le pédicule. Sans condamner aucun des instruments dont il a été question, je donne la préférence à la simple excision avec des ciseaux, en maintenant la tumeur avec la pince de Museux.

M. TRÉLAT. J'ai éprouvé un plaisir toujours croissant en entendant ceux de mes collègues qui viennent de se succéder à cette tribune. Je partage entièrement l'opinion de M. Gosselin. Sans vouloir discuter ici les avantages et les inconvénients de la torsion préconisée par M. Richet, du serre-nœud de Maisonneuve, de l'écraseur linéaire, du galvanocautère, je dirai que chacune de ces méthodes opératoires a ses indications et ses contre-indications, que chacun de ces instruments possède des facultés spéciales que nous devons bien connaître, que ces divers modes opératoires sont applicables à des circonstances déterminées. La difficulté n'est pas dans le choix de l'instrument ou de la méthode opératoire; elle est dans la nécessité de faire préalablement un diagnostic exact, de se rendre compte du siège exact, du volume, du véritable point d'implantation de la tumeur. Pour les petites tumeurs, tous les procédés sont bons; pour les tumeurs moyennes, l'excision avec les ciseaux est avantageuse. Mais, là où surgissent les difficultés, sans parler encore des tumeurs si volumineuses qu'elles ne peuvent être enlevées que par le morcellement, c'est en présence de ces tumeurs à développement lent, n'ayant pas encore franchi le col utérin et nécessitant une intervention prompte parce qu'elles mettent la vie des malades en danger par les hémorrhagies qu'elles entraînent. Que sont ces tumeurs? où siègent-elles? où est leur pédicule ou leur point d'implantation? Ne renferment-elles pas de gros vaisseaux? J'en ai trouvé, quant à moi, du volume du petit doigt; la paroi utérine n'est-elle pas amincie? Et ici nous trouvons l'explication des désastres signalés par M. Labbé. Telles sont autant de questions à résoudre avant de fixer le choix du procédé opératoire, car il en est, de ces tumeurs, qui défient toutes les méthodes. La difficulté n'est donc pas instrumentale. Avec l'écraseur, avec le galvanocautère, avec le thermocautère, avec l'anesthésie, avec les moyens antiseptiques, nous jouissons de ressources variées, puissantes et précieuses; mais ce qui reste difficile et ce qui demande de l'expérience, de la lecture et de l'observation clinique, c'est d'arriver à déterminer, préalablement à toute intervention, le siège, le volume, la profondeur, la pédiculisation des corps fibreux utérins. Je me résumerai donc en disant que, dans la chirurgie des corps fibreux intra-utérins, la difficulté n'est pas d'ordre instrumental, mais bien dans le diagnostic.

M. TILLAUX. M. Trélat me paraît s'être écarté de la question. Dans la communication de M. Guéniot, il ne s'agit que de polypes sortis de la cavité utérine, ayant franchi le col utérin, et non de tumeurs fibreuses intra-utérines. Il faut distinguer les premiers en deux catégories, ceux qui s'implantent sur le fond de l'utérus, et

ceux qui s'implantent sur l'une des parois du col. Lorsqu'ils s'implantent au fond de l'utérus, ils peuvent renverser celui-ci en cul-de-bouteille, de telle sorte qu'il n'y ait plus de ligne de démarcation entre le polype et l'utérus renversé. C'est là une variété de polypes très-importante, car pour celle qui s'implante sur une paroi du col il n'y a aucune difficulté. C'est dans un cas de l'autre variété que j'ai eu recours une fois à l'écraseur et que j'ai déterminé une perforation du fond de l'utérus. Je me crois donc autorisé à dire : Dans les cas où ces polypes ne sont pas parfaitement pédiculisés, ne vous servez jamais de la chaîne d'écraseur, ni d'aucune autre chaîne ou serre-nœud. N'endormez jamais les malades dans ces cas, et vous aurez un renseignement très-précieux tiré de la sensibilité : tant que la malade sentira, vous serez sur la muqueuse utérine ; à partir du moment où elle cessera de sentir, vous serez sur le polype, car les polypes fibreux de l'utérus sont tout à fait insensibles. Alors seulement vous pouvez sectionner.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 octobre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATION

Fonction d'accommodation de l'ouïe. — M. Gellé, pour étudier cette ponction, procède de la façon suivante. Il exerce sur la membrane du tympan des pressions variables et interroge l'acuité auditive aux différents instants de l'expérience. Il se sert pour cela d'un tube en caoutchouc mis en communication avec l'oreille du sujet et, par l'autre bout, avec une poire insufflatrice qui peut être comprimée à volonté. Un diapason étant mis en vibration sur le trajet du tube, l'oreille normale perçoit nettement le son. Si l'on augmente la pression sur la surface du tympan en comprimant la poire, l'intensité du son diminue aussitôt. Dans une oreille malade, au lieu de simples atténuations ce sont de véritables suppressions du son qu'on observe quand on comprime la poire. Ces suppressions s'accompagnent souvent de douleurs vives et du vertige de Ménière.

M. Gellé a cherché à obtenir des mesures manométriques des diverses pressions nécessaires pour produire ces phénomènes. Avec ce procédé on peut, dit-il, facilement interroger l'appareil d'accommodation de l'ouïe.

Sclérose du pancréas par la ligature du canal de Wirsung. — MM. Arnozan et Vaillard démontrent que la ligature du canal de Wirsung détermine chez le lapin une véritable cirrhose. Les altérations paraissent débuter autour des canaux excréteurs, puis de là gagner les espaces interlobulaires où elles se développent avec rapidité. La sclérose devient ainsi intra et circumlobulaire, et les éléments sont peu à peu atrophiés, d'une part par les canaux qui se dilatent, de l'autre par le tissu conjonctif qui prolifère. Au quatorzième jour, cette atrophie est déjà très-avancée. Les lésions péri-articulaires évoluent parallèlement aux lésions de la tunique épithéliale des conduits.

Microbes du pemphigus aigu. — M. Gibier de Savigny. Le microbe du pemphigus est une bactérie constituée, à l'état adulte, par une série d'articles disposés en chapelet, de 2 millièmes de millimètre sur une longueur de 4 à 40 millièmes de millimètre, composés de deux à vingt articles arrondis qui se confondent au niveau du point en contact. A l'état jeune elle est formée de granulations arrondies semblables à celles qui constituent les bâtonnets, mais isolées ou groupées. On trouve cette bactérie dans le liquide des bulles fraîches. Elle se trouve aussi dans l'urine fraîche. La culture de l'urine ou du liquide des bulles permet d'en obtenir la reproduction. La maladie infectieuse que caractérise cette bactérie ne paraît pas inoculable.

Tonus des muscles striés. — M. Mendelssohn a fait, sous la direction de M. Marey, des recherches sur ce sujet. Il soumet les muscles à une tension déterminée obtenue par la traction qu'exerce sur leur tendon le levier d'un tambour à air comprimé ; la valeur manométrique de la pression exercée dans le tambour donne la mesure de la traction à laquelle le muscle est soumis. Ce muscle inscrit sur un cylindre enregistreur la courbe des modifications qu'il subit dans les différentes parties de l'expérience.

Pour montrer les rapports du système musculaire avec le système nerveux, M. Mendelssohn établit qu'un muscle encore soumis à l'influence des centres nerveux revient exactement à sa longueur primitive après un raccourcissement produit par une excitation. Au contraire, lorsque le nerf moteur a été coupé, le muscle présente un allongement persistant après s'être contracté. Or cette influence des centres nerveux que supprime la section des nerfs est précisément celle qui commande au tonus musculaire. Le tonus est donc un phénomène permanent mis seulement en évidence d'une manière plus complète par la tension à laquelle le muscle est soumis. La nature nerveuse du tonus est encore démontrée par la disparition de cette propriété quand on sectionne la moelle, le nerf moteur étant intact, l'animal étant curarisé. Si la section du nerf moteur augmente l'extensibilité du muscle (perte du tonus), elle diminue sa force de retrait électrique. Le tonus, selon M. Mendelsshon, n'est donc qu'une forme spéciale de l'électricité du muscle dépendant d'une influence nerveuse.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté tendant à donner le nom de Bichat à l'hôpital établi dans les bâtiments du poste-caserne n° 39, porte Saint-Ouen.

— On annonce que le conseil de surveillance de l'Assistance publique a été saisi dans sa séance de jeudi dernier d'un projet de création d'un certain nombre de places d'internes dans chacun des services de clinique médicale établis dans les hôpitaux. Ce projet aurait été renvoyé à une commission médicale composée de MM. Vulpian, Moutard-Martin et Nicaise.

Choléra. — Un télégramme du ministre d'Espagne à Tanger exprime la crainte que le choléra ait éclaté au Maroc, à la suite du retour des pèlerins de la Mecque.

Enfin le courrier qui vient d'Aden annonce qu'à la date du 11 octobre aucun cas de choléra n'avait été observé depuis quinze jours. On considérait par suite l'épidémie, qui d'ailleurs n'a atteint aucun Européen, comme complètement terminée.

Fièvre jaune. — L'épidémie est maintenant terminée à la Martinique. L'assainissement des hôpitaux et du fort Saint-Louis va être prochainement effectué.

Une lettre de Saint-Louis du Sénégal datée du 8 octobre dernier donne aussi les renseignements suivants sur l'état sanitaire de cette colonie :

« Pas de décès de fièvre jaune depuis le 27 septembre à l'hôpital, et depuis le 5 octobre en ville. Pas de nouveaux cas, et bonnes nouvelles de tous les camps avoisinant Saint Louis. On espère que la commission sanitaire se réunira vers le 20 octobre pour délibérer sur la levée de la quarantaine; mais tout le monde s'accorde à proclamer qu'à côté de cette mesure il faudra rigoureusement interdire la ville de Saint-Louis à tout homme de troupe ou marin. »

— M. le professeur Verneuil a commencé à l'hôpital de la Pitié ses leçons de clinique chirurgicale, il les continuera les lundis, mercredis et vendredis à neuf heures du matin.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11885.

N° 125. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 29 OCTOBRE 1881. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains tièdes et l'acide phénique.

Notre collaborateur M. le docteur A. Brochin fils a fait, dans la dernière séance de la Société de médecine pratique, une communication sur une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde qu'il a eu l'occasion d'observer récemment dans l'infirmerie d'une institution spéciale. Les heureux résultats que notre collaborateur a obtenus dans le cours de cette épidémie par l'association des bains tièdes et des lavements phéniqués nous ont paru mériter d'être portés à la connaissance de nos lecteurs. Nous lui donnons ici la parole :

« Médecin dans un établissement où se trouvent réunies un grand nombre de jeunes filles, la plupart venant de la province ou de l'étranger, j'ai vu dans les mois d'août et de septembre s'y développer une épidémie de fièvre typhoïde qui a porté sur près de vingt malades.

Voici l'histoire d'une de ces malades :

Le 8 septembre, se présente à la consultation la nommée B..., âgée de vingt-quatre ans, se plaignant d'une forte douleur de tête qu'elle ressent surtout depuis deux jours ; elle n'a pas la moindre fièvre ; elle n'a pas eu d'épistaxis, ni de diarrhée, ni de dépression des forces ; elle ne présente aucunement l'aspect typhique ; pas de gargouillement ni de sensibilité dans la fosse iliaque ; l'examen de la langue révèle seulement un léger état saburral. Bien que, en raison de l'épidémie qui régnait dans la maison, mon attention fût tout naturellement appelée sur la fièvre typhoïde, j'avoue que j'écartai ce diagnostic et que je crus avoir affaire à une simple névralgie, compliquée d'un peu d'embarras gastrique. Je prescrivis, en conséquence, une purgation, du lait coupé avec de l'eau de Vals et du bromhydrate de quinine à la dose de trente centigrammes.

Le lendemain 9, à huit heures du matin, l'état saburral est plus prononcé, le pouls est à 88. Le 10, même état, pouls à 92. Les douleurs de tête n'avaient pas diminué, mais il n'y avait toujours ni diarrhée, ni sensibilité, ni gargouillement dans la fosse iliaque ; la céphalalgie et l'embarras gastrique avec un peu d'élévation du pouls étaient les seuls symptômes que je pusse constater, quelque attention d'ailleurs que j'apportasse dans mon examen. Le 11, le pouls est à 96 le matin, à 100 le soir. Je prescris un éméto-cathartique pour le lendemain matin. Le 12, à la suite de cette médication, le pouls tombe à 92 et la malade paraît en voie d'amélioration, lorsque, dans la nuit du 12 au 13, c'est-à-dire vers le septième jour de son état maladif, elle est prise presque brusquement d'un délire des plus agités, des plus intenses ; en même temps le pouls monte à 120, la température, prise pour la première fois, est de 40°. Je la trouvai dans cet état le lendemain matin, à mon arrivée ; je constatai sur le ventre la présence d'un certain nombre de taches lenticulaires qui ne pouvaient plus me laisser aucun doute sur le diagnostic. Voici dès lors le traitement que j'instituai : Le matin, un grand bain, à 35°, de vingt minutes ; deux heures après, un lavement contenant 50 centigrammes d'acide phénique ; dans la journée, un second bain comme le premier ; le soir, un lavement avec du camphre et 50 centigrammes de musc. Déjà après le premier bain le délire s'apaise, le pouls de 120 tombe à 100 ; la température cependant se maintient à 40°. Moins de 20 minutes après le lavement phéniqué, la malade est prise d'une diaphorèse excessive ; le pouls, qui était remonté à 112, retombe à 100 ; la température tombe de 40 à 39. Mais, dans le court intervalle qui a séparé ce lavement du second bain, l'agitation de nouveau devient extrême, le pouls remonte à 120, le thermomètre à 40°. Pendant et après le bain, un calme relatif se produit ; un quart d'heure après le thermomètre marque de nouveau 39, et la malade s'endort.

Cependant, le 14 septembre, neuvième jour de la maladie, l'état paraît s'être encore aggravé. Le délire est incessant, l'agitation est telle qu'il faut recourir à la camisole de force, la face est rouge, congestionnée, la peau sèche et brûlante, la langue est noirâtre, fuligineuse. Le ventre est ballonné. Les taches lenticulaires se sont considérablement accrues ; on en trouve non-seulement sur le ventre, mais aussi sur la poitrine, le cou et même sur les bras. Le pouls est à 140, la température à 41. L'état semble absolument désespéré. Nous prescrivons, d'accord avec M. Ferrant, appelé en consultation et qui a bien voulu m'éclairer de ses conseils : le matin même, vingt grammes d'eau-de-vie

allemande ; dans la journée, trois ou quatre grands bains à 34° ou 33°, d'une demi-heure ; dans l'intervalle de ces bains, deux lavements contenant chacun 50 centigrammes d'acide phénique ; le soir, un lavement au camphre et au musc. Ayant vu, ce jour-là, la malade quatre fois, j'ai pu constater par moi-même qu'après chaque bain, comme après chaque lavement phéniqué, la température s'abaisse, non plus seulement d'un degré, mais d'un degré et demi et même de deux degrés ; c'est ainsi que de 41 elle tombe à 39 1/2, puis remonte à 40 pour redescendre à 38, etc., si bien que la règle de conduite indiquée à l'infirmière, d'ailleurs très-zélée et très-intelligente, qui nous secondait, fut la suivante : prendre la température toutes les deux heures ; aussitôt qu'elle atteindra 40°, plonger la malade dans un bain à 33° ; trois fois dans la journée, entre deux bains, donner un lavement avec 50 centigrammes d'acide phénique.

Le lendemain, même prescription, en réduisant à deux les lavements phéniqués. Ce traitement fut rigoureusement suivi du 14 au 19 septembre, c'est-à-dire pendant cinq jours. La malade a pris jusqu'à quatre bains et trois lavements phéniqués dans la même journée. La température, qui le 14 était montée à 41, a été en diminuant jusqu'au 19, où elle varie entre 38 et 37,5, chiffres qu'elle n'a plus dépassés jusqu'à la fin de la maladie. En outre tous les deux jours on donnait une purgation, le plus souvent 15 à 20 grammes de citrate de magnésie. Les lavements de camphre et de musc étaient administrés chaque fois que le délire s'accentuait.

La malade se trouvait si bien dans ses bains qu'on avait quelquefois de la peine à l'en faire sortir ; l'agitation disparaissait presque aussitôt, elle y restait parfaitement calme et tranquille. La température de ces bains n'a jamais été audessous de 33° ; à ce degré même la malade se plaignait un peu du froid ; elle les préférait de beaucoup à 34° ou à 35°.

Environ dix à quinze minutes après chaque lavement phéniqué, elle était prise d'une sueur extrêmement abondante, et presque aussitôt on constatait l'abaissement du pouls et de la température. Enfin, le 19, c'est-à-dire au quatorzième jour, l'état de la malade était des plus satisfaisants et n'inspirait plus aucune inquiétude. Moins d'un mois après le début des accidents, elle se levait et était presque complètement guérie. Pendant tout le cours de sa maladie, même aux jours où elle fut le plus gravement atteinte, elle prit toujours du bouillon, du lait et du vin.

La malade, auscultée tous les jours, n'a jamais présenté la moindre complication pulmonaire, contrairement à la plupart des autres malades qui ont eu de la bronchite ou de la congestion pulmonaire. J'ajouterai que ses selles n'ont jamais été fétides, contrairement aussi à ce qui avait eu lieu chez les autres qui, jusqu'ici, n'avaient pas été soumises à ce traitement.

A partir de ce moment, toutes celles qui furent atteintes par l'épidémie ont été traitées de la même façon et avec le même succès. Six malades, dont deux gravement atteintes, furent ainsi guéries en moins de trois semaines. Actuellement encore (20 octobre) l'une de ces malades, complètement guérie depuis plus de dix jours, a été reprise avant-hier d'un peu de diarrhée, de malaise et de fièvre. Hier matin, le pouls était à 120 et la température à 40. Je prescrivis aussitôt un bain et deux lavements phéniqués ; ce matin, je n'ai plus trouvé que 100 pulsations et 39°. J'ai prescrit encore un bain et un seul lavement, et je suis bien convaincu qu'en moins de trois jours je vais ainsi ramener la température à son chiffre normal.

Ces observations nous permettent de confirmer de la façon la plus précise l'opinion, déjà émise par plusieurs de nos confrères, que l'on a dans l'acide phénique et dans les bains tièdes deux puissants moyens de combattre l'hyperthermie. Or je n'ai pu rien constater de semblable chez d'autres malades traitées par les purgatifs, les ablutions froides, les révulsifs énergiques (sinapismes, ventouses, vésicatoires répétés), les antispasmodiques (camphre, musc, opium) et le sulfate de quinine, même à hautes doses (1 gramme par jour).

Je me résumerai donc en disant que l'association, dans le traitement de la fièvre typhoïde, des bains tièdes et des lavements phéniqués, me paraît constituer, jusqu'ici, la meilleure de toutes les médications à opposer à cette terrible maladie. »

Contraction idio-musculaire ou myoœdème au point de vue clinique.

On désigne sous le nom de contraction idio-musculaire ou de myoœdème (gonflement du muscle) ce phénomène qui survient quand un stimulus local, un choc brusque avec l'index est porté subitement sur un muscle. On voit apparaître alors à l'endroit percuté un petit nodule saillant sous la peau, qui disparaît au bout de quelques instants. Nous n'avons pas à faire ici la physiologie de ce phénomène, notre intention étant de ne nous en occuper qu'au point de vue de sa valeur séméiologique dans certains états morbides déterminés. Les éléments de cette étude vont nous être donnés par une thèse de M. le docteur D. Labbé sur ce sujet, faite sous l'inspiration de son maître M. Labadie-Lagrave.

Commençons par noter que ce phénomène, qui se produit d'ailleurs à l'état normal, sous les seules conditions de la stimulation, mais qui n'est appréciable, en général, que chez les personnes maigres ou chez qui la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée est assez peu épaisse pour permettre aux nodosités musculaires d'apparaître sur la peau, ne prend une valeur sémiotique qu'autant qu'il est exagéré, tant par sa durée que par l'intensité de l'intumescence nodulaire.

Mais, pour apprécier cette exagération, il est indispensable de rappeler en quelques mots comment les choses se passent à l'état normal.

Si chez un individu maigre, mais sain d'ailleurs, on vient à percuter brusquement avec un doigt sur le thorax, particulièrement sur la face antérieure du grand pectoral, on détermine un petit gonflement passager, avec tremblotement, dont la durée ne dépasse pas une ou deux secondes. Cette durée n'a jamais paru plus considérable chez un sujet sain, ou tout au moins indemne des affections qui, comme on va le voir tout à l'heure, en déterminent l'exagération. Quant au volume du gonflement, que l'on a comparé à celui d'une lentille ou d'un grain de café, il est difficile de le déterminer d'une manière absolue, ce volume dépendant jusqu'à un certain point du degré de développement des muscles sur le sujet exploré.

Une autre particularité importante à noter également ici, c'est que l'apparition, la durée, le volume du myoœdème, tous ses caractères, en un mot, sont identiques des deux côtés, quand il s'agit d'un individu à l'état normal.

Voyons maintenant quels sont les caractères qui peuvent faire de ce phénomène physiologique un signe pathalogique. Nous rappellerons ici, en passant, que ce phénomène a été signalé depuis longtemps déjà par quelques pathologistes ;

mais ce n'est qu'assez récemment qu'il a été étudié cliniquement et d'une manière un peu sérieuse, au point de vue de la sémiologie et des notions utiles qu'il pourrait fournir pour la détermination de certains diagnostics obscurs et difficiles.

L'auteur qui s'est le plus occupé de ce sujet, dans ces derniers temps, M. Lawson-Tait, de Dublin, en a décrit deux variétés : la plus commune est la formation instantanée d'une saillie sur le lieu percuté ; la seconde est constituée par le nodule ou l'intumescence dite de Storres ; il se produit après un tremblement contractile du muscle, courant en sens inverse, partant de l'extrémité des fibres musculaires et venant se heurter tumultueusement pour s'élever en formant un module. M. Lawson-Tait désigne cette seconde forme sous le nom d'irritabilité nodulaire fasciculaire, pour la distinguer de la première.

La durée de l'intumescence nodulaire, très-courte, comme on l'a vu plus haut, dans l'état normal, est toujours exagérée dans les cas pathologiques ; M. Labbé l'a vue durer depuis quatre secondes jusqu'à dix et même quinze secondes.

Le volume de l'intumescence, qui, à l'état normal, représente en moyenne le volume d'une lentille à celui d'un grain de café, sauf les variations proportionnelles au développement musculaire, présente aussi de grandes variations à l'état pathologique ; tantôt elle apparaît avec le volume d'une noisette, ou d'une olive, ou d'une amande.

En résumé, la durée plus prolongée, le volume plus grand et l'inégalité entre deux côtés, tels sont les caractères du myoœdème pathologique.

Le siège de prédilection du myoœdème est la région pectorale ; c'est sur les grands pectoraux, en effet, qu'il est le plus facile à provoquer. Le moyen le plus simple pour le produire est la percussion immédiate faite avec un seul doigt et par un choc brusque, assez énergique. Il est bon d'ajouter que le myoœdème ne peut pas être provoqué indéfiniment au même point. Au bout de six à huit ou dix chocs successifs, le muscle ne répond plus à l'excitation ; et il faut un repos variable de un quart d'heure à une demi-heure pour qu'on puisse le reproduire.

C'est surtout dans la tuberculose pulmonaire que le myoœdème a une véritable valeur sémiotique. D'après Lawson-Tait, l'irritabilité nodulaire serait non-seulement un signe de la phthisie existante et dûment constatée par d'autres symptômes, mais encore il serait un signe certain de tuberculose latente. M. Labbé ne se montre point convaincu par les faits que Tait rapporte à l'appui de cette dernière proposition, mais il pense que la présence bien constatée de ce phénomène et limitée à un côté de la poitrine avec les caractères qui lui ont été assignés, doit appeler sérieusement l'attention sur le poumon ou la plèvre de ce même côté. Dans plusieurs des observations qu'il rapporte au cours de son travail, son attention a été appelée sur les organes respiratoires uniquement par ce signe, les malades ne se plaignant d'ailleurs d'aucun symptôme de ce côté. Dans la plupart des autres faits, le myoœdème coïncidait toujours avec des lésions assez avancées, ce qui, par parenthèse, diminuait beaucoup l'importance de ce signe ; il l'a constaté du reste chez presque tous les phthisiques qu'il a rencontrés depuis qu'il a entrepris ce genre de recherche.

M. Labbé a cherché s'il existait un rapport bien établi entre le myoœdème et le degré, la période de l'évolution tuberculeuse. D'après Lawson-Tait, le myoœdème serait une indication certaine d'un dépôt tuberculeux en voie de ramollissement, et son intensité serait en proportion directe de la rapidité de la destruction pulmonaire. Comme Stokes, il a toujours vu l'irritabilité plus marquée du côté où la maladie était plus sérieuse, où le ramollissement était le plus avancé, et, dans plusieurs des exemples, elle était bornée absolument au côté affecté. Ce que M. Labbé a vu confirme assez bien ces dernières propositions. Sur ses 20 observations de tuberculeux, il a trouvé le myoœdème en rapport avec la lésion ; chez 13 malades, son exagération, comparée à l'autre côté, a coïncidé avec le degré le plus avancé de la lésion ; chez 5 autres, il était égal des deux côtés, alors que les signes stéthoscopiques étaient les mêmes ; enfin, chez les deux autres, il a paru moins prononcé et en rapport inverse de la lésion.

Est-on autorisé, d'après ces faits, à faire du myoœdème un signe absolu du ramollissement, paraissant et disparaissant avec lui, comme le veut Lawson-Tait? Tel n'est pas l'avis de M. Labbé. Chez deux malades dont il rapporte l'histoire, le myoœdème était des plus manifestes, et l'autopsie est venue, dans les deux cas, lui démontrer qu'il n'y avait aucun travail de ramollissement.

Le myoœdème n'est pas, d'ailleurs, comme on va le voir, l'apanage exclusif de la tuberculisation pulmonaire et encore moins du ramollissement tuberculeux.

Il a été constaté aussi dans la pleurésie, dans la pneumonie où il est toujours exagéré du côté malade, dans la fièvre typhoïde, où il apparaît vers le premier septénaire et est toujours généralisé.

En résumé, sans avoir une importance et une signification décisives, ce signe peut du moins aider à mettre sur la voie dans la recherche d'une localisation thoracique et concourir par son rapprochement avec les autres signes à affirmer le diagnostic dans les cas douteux et incertains. C'est à peu près là ce qui ressort de plus net de l'étude de M. Labbé sur ce sujet.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Budin.

Orifice microscopique du col de l'utérus, phénomènes d'oblitération au moment de l'accouchement chez une femme primipare.

Hier, dans l'après-midi, on est venu me prévenir de l'entrée dans les salles d'une femme qui présentait très-probablement une oblitération du col de l'utérus, affection rare dont je n'ai vu encore que peu d'exemples.

Dès mon arrivée dans les couloirs, j'ai été frappé des cris formidables qui étaient poussés par cette femme, âgée de trente-neuf ans, enceinte pour la première fois, bien que mariée depuis quatorze ans, et parvenue à terme. Les premières douleurs étaient apparues vers neuf heures du matin ; cependant, et malgré la violence des contractions utérines, le col, à l'arrivée de la malade, avait conservé à peu près sa longueur normale ; de plus, le doigt ne pouvait pénétrer dans le canal cervical. Telles étaient les données qui me furent fournies lorsque l'on vint me prévenir. Par suite mon premier soupçon fut celui d'une oblitération de l'orifice interne du col. M. Ribemont, qui l'avait examinée avant moi, me fit part de ses impressions tout en émettant des réserves au sujet d'un diagnostic précis. Lorsqu'il avait pratiqué le toucher quelque temps avant mon arrrivée, le col était encore long d'un centimètre et demi à un centi-

mètre environ ; depuis, la dilatation lui avait paru complète ; il avait cru sentir les membranes, le segment inférieur de l'utérus formant saillie comme celles-ci, et, n'ayant pas trouvé d'orifice du col, il avait pensé à une oblitération de l'orifice externe.

Dans les cas où l'on est ainsi amené à hésiter grandement, à quoi donc pourrait-on avoir affaire? Serait-ce, comme je l'ai déjà dit, à quelque oblitération du col, soit de son orifice interne, soit du canal cervical, soit de son orifice externe ? Serait-ce à une déviation du col ? à une dilatation complète ? à l'existence d'une cloison transversale du vagin? à un col effacé par des grossesses antérieures? à un vagin s'insérant sur le col ? à quelque tumeur fibreuse ? Telles sont les diverses hypothèses que nous avions à passer en revue, nous rappelant les conditions anatomiques normales de l'utérus pendant la grossesse, et pendant le travail, soit dans la période d'effacement, soit dans celle de dilatation du col.

L'oblitération de l'orifice interne a été signalée une fois par M. Depaul, chez une femme à terme qui était extrêmement anémiée par suite de vomissements incoercibles. Elle avait eu, antérieurement à sa grossesse, une affection du col de l'utérus qui avait été traitée par des cautérisations au nitrate d'argent. M. Depaul, en la touchant pendant le travail, n'avait pu pénétrer dans le col par suite de la présence d'une membrane bouchant l'orifice interne. La femme ayant succombé quelque temps après, on reconnut aussi que les vomissements étaient le résultat d'un cancer de l'estomac méconnu pendant la vie. C'est le seul cas d'oblitération de l'orifice interne du col utérin connu dans la science.

Chez notre femme, l'effacement du col ne nous permettait pas de supposer pareille lésion.

Était-ce donc une oblitération du canal cervical ? Au premier abord on aurait pu le croire, et ceci me rappelle l'observation d'une femme chez laquelle, à la suite de cautérisations au fer rouge, le canal était devenu fibreux au point de nécessiter, pour l'accouchement, plusieurs incisions avec le bistouri. Ici nous ne pouvions avoir rien de semblable : cette femme est primipare, elle n'a jamais eu aucune affection utérine et n'avait même jamais été touchée par aucun médecin, et de plus, je le répète, le col était effacé.

Restait donc l'oblitération de l'orifice externe. Le toucher me fit reconnaître un amincissement très-marqué du segment inférieur de l'utérus, mais je ne trouvais pas d'orifice. A ce sujet, je dois vous dire qu'il existe deux variétés d'oblitération de l'orifice externe : l'une qui peut être de nature fibreuse et résulter d'une suppuration du col consécutive à l'accouchement, et se produire pendant le cours d'une seconde grossesse très-rapprochée de la délivrance. J'en ai observé un cas. Ici cela ne pouvait pas être, cette femme n'ayant jamais été enceinte et n'ayant jamais présenté aucun état pathologique de l'utérus.

La seconde variété est l'agglutination de l'orifice externe, qui se produit quelquefois chez les femmes primipares par l'accumulation des glaires que sécrètent les glandes calciformes. Cette agglutination est beaucoup moins grave que l'oblitération fibreuse, elle est plus facile à détruire. Bien que la malade ait déclaré n'avoir perdu encore ni eaux ni glaires, je fus frappé, après l'avoir touchée, de constater sur mon doigt la présence de glaires jaune-verdâtre, comme si elles avaient été teintées par du méconium. MM. Ribemont et Porak, ayant à leur tour pratiqué le toucher, trouvèrent la même chose. Il n'y avait donc pas d'oblitération externe.

Avions-nous donc affaire à une déviation du col? Un certain nombre de ces déviations passent inaperçues, soit que le col soit remonté en arrière dans le cul-de-sac postérieur au voisinage de la face antérieure du sacrum et plus ou moins rapproché de l'angle sacro-vertébral ; soit qu'il se reporte, au contraire, en avant contre la symphyse pubienne, voire même quelquefois au-dessus de son bord supérieur. Dans ces cas de déviation, les contractions utérines, portant sur le segment inférieur de l'utérus, l'amincissent peu à peu, au point de pouvoir sentir à travers ses parois les fontanelles de la tête de l'enfant.

Aussi je ne saurais trop vous recommander, lorsque vous touchez une femme en travail, d'explorer avec le plus grand soin toute la cavité du bassin, en allant aussi haut que possible jusqu'à ce que vous rencontriez le col. Commençant par le cul-de-sac antérieur, vous explorez successivement le cul-de-sac latéral gauche, le postérieur et le latéral droit, pour revenir au point de départ, et, si dans aucun d'eux vous n'avez trouvé le col, vous le rencontrerez certainement au centre, faisant saillie.

C'est ainsi que, interne à la Maternité, je fus un soir appelé à Lourcine pour une femme en travail depuis trois jours, chez laquelle on avait diagnostiqué : présentation du siège, enfant mort. Le travail était très-avancé, et, après une exploration des plus minutieuses, je rencontrai en arrière dans le cul-de-sac postérieur l'orifice du col. Introduisant le doigt en crochet dans cet orifice, je ramenai celui-ci en bas, et, une demi-heure plus tard, la femme accouchait d'un enfant parfaitement vivant.

Deux faits de déviation du col en avant ont été rapportés. L'un d'eux ayant été pris pour une oblitération du col, l'accoucheur pratiqua une incision du corps de l'utérus dont il avait pris le segment inférieur pour le col ; il y eut une hémorrhagie épouvantable à laquelle la femme succomba.

L'examen de notre malade d'hier ne nous a montré aucune de ces déviations. Quant à une dilatation complète, absolue, on sent toujours dans ce cas un certain bourrelet au-dessous de l'insertion du vagin. Il est aussi des cas où, sans que la dilatation soit complète, le col est tellement mince et tellement appliqué sur la tête du fœtus que l'on croit la toucher. Mais avec le doigt on sent toujours un petit orifice.

J'ai vu il y a deux ans un médecin commettre une erreur incroyable chez une de ses clientes. Il s'agissait de la femme d'un négociant qui, en rentrant le soir d'une promenade au bois, avait perdu ses eaux ; le lendemain matin surviennent les premières douleurs ; elles persistent toute la journée, mais lentes et sourdes, et notre confrère de faire une application de forceps sans autre résultat que les cris déchirants de la femme, cris devant lesquels il est forcé de s'arrêter. Extrêmement inquiet, ce médecin vient en hâte me chercher, je l'accompagne volontiers, et, à notre arrivée, nous trouvons sa cliente sur le point de se mettre à table. Je l'examine, je la touche avec soin, je trouve bien la tête engagée, mais point de douleurs, le col n'était pas effacé, il n'y avait pas le moindre commencement de travail ! la tête était seulement coiffée par le segment inférieur de l'utérus. Notre confrère s'était complètement mépris.

Mais, revenant à la femme qui est le sujet de cette conférence, j'ajouterai que chez elle il n'y a pas de cloison transversale du vagin, point de col effacé par une grossesse

antérieure, puisqu'elle n'a jamais été enceinte, point de vagin inséré directement sur le col, enfin point de tumeur fibreuse.

Toutes les hypothèses possibles que nous avions mises en avant ainsi passées en revue et résolues par la négative, à quoi avions-nous donc affaire?

Nous étions en présence d'une femme de trente-neuf ans, primipare, aux tissus durs, résistants, ayant des douleurs violentes, avec un col au début du travail résistant aussi, puis s'effaçant peu à peu et disparaissant, sans oblitération ni déviation, mais chez laquelle je trouvai, par un toucher des plus attentifs, un orifice microscopique imperceptible.

Dans ces conditions, j'ai fait comme dans le cas d'oblitération par agglutination, j'ai appuyé avec la pulpe de l'index sur l'orifice externe afin de triompher de sa résistance et de le forcer à s'ouvrir. Quelques instants après, les douleurs continuant, le doigt pénétrait facilement. Ce matin la femme est accouchée, vers huit heures, d'un enfant très-beau, très-bien constitué, mais mort depuis une heure ou une heure et demie à peine, car entre six et sept heures l'auscultation avait fait encore entendre très-distinctement les battements du cœur. L'état du cœur aurait dû être tout autrement surveillé, et, si toutes les dix minutes on eût ausculté, comme on doit toujours le faire en pareil cas, la femme eût été délivrée une heure plus tôt par une application de forceps, et l'enfant serait venu vivant.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Taches pigmentaires de la peau et emplâtre mercuriel. — M. le docteur Unna (de Hambourg) préconise, pour faire disparaître les éphélides et autres taches pigmentaires de la peau, des applications d'un emplâtre au précipité blanc ou de l'emplâtre mercuriel simple. Ces applications doivent avoir lieu le soir après lavage préalable de la peau avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool; le lendemain les bandelettes d'emplâtre seront enlevées.

Pour masquer les taches pendant le jour, M. Unna recommande l'emploi de la préparation suivante, sorte de fard dont l'usage est inoffensif pour la peau :

Chlorate de bismuth . . .	5 grammes.
Kaolin.	5 —
Vaseline.	de 20 à 40 —

Les régions de la peau qui sont envahies par les taches seront enduites de cette préparation, le matin, après un lavage préalable à l'eau pure.

Par l'usage alternatif de ces préparations au mercure et au bismuth, les taches pigmentaires disparaissent très-vite sans donner lieu à aucune altération de la peau. (*Le Médecin praticien.*)

Injections sous-cutanées d'eau pour prévenir les vomissements des phthisiques et de certains névropathes. — M. le docteur Raymond Tripier emploie les injections sous-cutanées d'eau pure pour prévenir les vomissements alimentaires des phthisiques. Dans ce but, il injecte à l'épigastre une seringue d'eau très-froide, soit avant, soit immédiatement après le repas. Sous l'influence de ces injections, il a souvent vu cesser des vomissements incoercibles qui résistaient à l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas.

M. Raymond Tripier est parvenu à arrêter de la même manière les vomissements de certains dyspeptiques, et notamment ceux des femmes dites nerveuses qui redoutent l'emploi de la morphine. C'est surtout à ces derniers malades qu'il convient de ne pas faire connaître la nature du liquide injecté. (*Lyon médical.*)

Du persil comme antilaiteux. — Si l'on recouvre les seins d'une nourrice de feuilles de persil fraîchement cueillies, renouvelées plusieurs fois par jour et à mesure qu'elles se fanent, le lait ne tardera pas à disparaître. Cet épithème peut être employé toutes les fois qu'il y aura impossibilité de faire boire à la malade pour une cause quelconque les tisanes et les purgatifs prescrits en pareille circonstance. Les feuilles de persil sont donc d'autant plus précieuses que les agents antilaiteux, susceptibles d'être employés à l'extérieur, sont très-peu nombreux.

Comment le persil agit-il? à quel principe doit-on attribuer son action? Ce que l'on sait seulement, dit M. Stanislas Martin, en en préconisant l'usage, c'est que les matrones romaines le faisaient entrer dans la composition de leurs philtres, et qu'elles l'employaient à l'extérieur comme résolutif. Le naturaliste Ulzachi, qui vivait à Athènes vers 480 avant l'ère chrétienne, fait mention d'une plante aromatique, πέτρα, qui pousse entre les pierres, qui sert d'aliment, et dont quelques-unes des parties sont employées dans l'art de guérir, enfin qui pourrait bien être notre plante herbacée des jardins, le persil. (*Bull. gén. de thérap.*)

Onguent pour les lèvres. — La formule suivante est recommandée par le docteur Bienert, d'Orechow (Russie). La cire jaune, mise à la place de la cire blanche, empêche l'onguent de devenir rance, et la présence d'acide salicylique le conserve pendant longtemps.

Blanc de baleine.	18 parties
Cire jaune.	100 —
Huile d'amandes douces . .	150 —
Orcanette.	12 —
Huile de bergamote	2 —
— de limons	2 —
Pommade au jasmin	4 —
Acide salicylique.	3 —

(*Revue de thérap.*)

Préparation tonique. — M. le docteur Lay recommande la préparation suivante, dont il prescrit une cuillerée à café trois fois par jour avant les repas :

Sulfate de fer desséché. .	4 grammes
Sucre blanc purifié. . . .	30 —
Eau de fleurs d'oranger. .	90 —
Sulfate de quinine. . . .	4 —
Acide sulfurique.	Q.S. pour dissoudre
Teinture de quinquina. .	120 grammes
Teinture d'écorce d'oranges amères.	30 —

Mêlez et filtrez. (*The therap. Gaz.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Houel (voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 25 octobre). Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Taille hypogastrique. — M. MONOD fait un rapport verbal sur une communication de M. le docteur Bois, relative à deux cas de taille hypogastrique suivis de succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme chez lequel une ankylose résultant d'une ancienne coxalgie rendait impossible la taille périnéale. Le calcul n'était pas très-volumineux, il ne pesait que 25 grammes. M. Bois fit la taille hypogastrique; il ne fit pas de sutures, mit un tube à drainage à la partie inférieure de la plaie, pansa avec l'alcool camphré et le lendemain plaça une sonde uréthrale. Le quatrième jour, l'urine

ne sort plus par la plaie ; après cinq semaines, la cicatrisation était complète.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme de quinze ans chez lequel l'opération fut pratiquée de la même façon que chez le premier malade, avec cette particularité que M. Bois introduisit un ballon de caoutchouc dans le rectum, pour faire saillir la vessie, selon le procédé de Petersel. Les suites furent encore plus simples que celles de la première opération ; dès le second jour, le drain et la sonde uréthrale durent être enlevés, à cause de l'indiscipline de l'enfant ; le onzième jour, il ne sortait plus rien par la plaie ; le dix-huitième jour la guérison était complète.

M. Bois, encouragé par ces deux succès, n'admet plus aujourd'hui que la lithrotritie ou la taille hypogastrique.

M. Monod, remplaçant M. Guyon à l'hôpital Necker, a eu l'occasion de pratiquer trois fois la taille hypogastrique, et, dans les trois cas, le résultat définitif a été malheureux. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante-trois ans, qui avait un calcul volumineux, mesurant 5 centimètres de long sur 5 de large ; il n'y eut pas de difficultés ; l'extraction fut facile ; M. Monod pratiqua la suture de la plaie et de la vessie, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Il plaça un drain à la partie inférieure de la plaie, puis une sonde à demeure dans la vessie. Les suites de l'opération furent des plus simples ; il ne restait qu'une petite fistule lorsque le malade fut pris d'érysipèle et succomba alors qu'il pouvait être considéré comme guéri. Dans le second cas, le malade mourut cinq jours après l'opération. On ne trouva pas de péritonite, mais on trouva du pus dans le tissu cellulaire prévésical. Enfin, le troisième malade a succombé également, au cinquième jour, à un abcès gangreneux de la cavité prévésicale. Mais la pierre, chez ce dernier malade, était énorme et son extraction n'avait pu être faite sans produire des déchirures.

M. Monod propose, en terminant, de mettre à l'étude à la Société de chirurgie cette question de la taille hypogastrique.

M. DESPRÈS. Giraldès professait que la taille hypogastrique était calomniée et qu'elle devait être préférée à toutes les autres tailles. Il y a quatre ans, j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* deux observations de guérison obtenue par un médecin de province à la suite de la taille hypogastrique. Mais, dans ces cas de guérison, il s'agit toujours d'enfants ou de jeunes sujets ; il n'en est plus de même quand il s'agit d'adultes et surtout de vieillards ; ils succombent tous à la suite de la taille hypogastrique. Cependant, si j'avais affaire à un homme de cinquante à cinquante-cinq ans, d'une robuste constitution, ayant les urines très-claires et portant une pierre d'un moyen volume, je préférerais encore la taille hypogastrique à la taille périnéale ou à la taille latéralisée. C'est une opération facile à faire, dont les suites peuvent être favorables dans certaines conditions de santé. Mais, pour les vieillards affaiblis, il ne faut pas recourir à cette opération.

M. LEFORT. Nous sommes, en France, peu expérimentés sur la taille hypogastrique, que nous avons, jusqu'ici, réservée seulement aux mauvais cas. La mortalité est grande à la suite de cette opération pratiquée dans ces conditions. Les éléments nous manquent donc pour l'étude que sollicite M. Monod.

Traitement des kystes périostiques des maxillaires. — M. TERRILLON. On sait que ces kystes périostiques sont très-fréquents au maxillaire supérieur. Ils sont, le plus souvent, le résultat de l'altération du sommet d'une racine dentaire. Ces kystes peuvent suppurer pendant très-longtemps, sans arriver à la guérison. Il faut les ouvrir largement et y appliquer le drainage.

Pour satisfaire au désir d'une malade qui voulait conserver sa dent, M. Terrillon fit sur place la résection de la partie malade de la racine, directement dans l'ouverture du kyste. La guérison fut obtenue très-rapidement ; la dent est restée saine et solide. Ce petit point de pratique correspond à un point de doctrine générale : on sait que, dans ces derniers temps, on a préconisé, dans ces cas, l'extraction de la dent, la résection de sa partie malade, puis sa réimplantation.

Un dentiste, M. Martin (de Lyon), a proposé, au congrès d'Alger, d'aller chercher directement avec un petit trépan spécial la partie malade de la racine pour la réséquer sur place. C'est une opération analogue qu'a pratiquée M. Terrillon, mais plus facilement, parce qu'il y avait un kyste largement ouvert.

M. MAGITOT a eu également l'occasion de faire directement, sur place, sans greffe, la résection de racines dentaires malades. Il a eu deux guérisons par ce procédé de section directe. Mais ces cas n'enlèvent rien à la valeur de la greffe. Il n'a eu que ces deux cas sur cent sept greffes qu'il a faites.

Le greffe a cet avantage de bien permettre de se rendre compte de l'étendue de la lésion. M. Magitot préfère donc la greffe à l'opération de M. Martin (de Lyon), qui ne lui semble acceptable que dans les cas analogues à celui de M. Terrillon, c'est-à-dire dans les cas où il y a préalablement une large ouverture du kyste. Plusieurs chirurgiens ont pratiqué d'ailleurs cette opération ; MM. Anger et Péan, entre autres, ont eu chacun des succès par ce procédé.

Doigts à ressort. — M. BLUM fait une communication sur ce sujet. (Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Nicaise, Delens et Marc Sée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 octobre 1881, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de première classe : MM. les docteurs Minzior, médecin-major de deuxième classe au 15e régiment de dragons ; Évrard, médecin-major de deuxième classe au 9e régiment de hussards ; Mabboux, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Lille ; Raimond, médecin-major de deuxième classe au 86e de ligne ; Annequin, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran ; Salomon, médecin-major de deuxième classe au 18e régiment de chasseurs ; Roufflay, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Maubeuge ; Landrin, médecin-major de deuxième classe au 40e de ligne.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Burcker, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

— *École supérieure de pharmacie.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1881-1882 de l'École supérieure de pharmacie de Paris s'ouvriront le samedi 5 novembre 1881. Le registre des inscriptions, ouvert le samedi 15 octobre, sera fermé le samedi 5 novembre sauf pour les volontaires d'un an, pour lesquels il ne sera clos que le samedi 15 novembre.

Les cours auront lieu dans l'ordre suivant :

Zoologie. — M. le professeur A. Milne-Edwards, les mardis, jeudis et samedis, à midi. Il traitera de l'anatomie et de la physiologie de l'homme et des animaux.

Histoire naturelle des médicaments. — M. le professeur Planchon, les lundis, samedis et vendredis, à quatre heures et demie du soir. Il s'occupera de l'étude des médicaments simples fournis par les dicotylédones gamopétales et polypétales.

Chimie générale. — M. le professeur Riche, les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures du soir. Après avoir donné les généralités de chimie générale, le professeur traitera spécialement des métalloïdes.

Physique. — M. le professeur Le Roux, les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures trois quarts du matin. Il traitera de l'hydrostatique, de la pesanteur, des propriétés générales de la matière, de l'acoustique et de la lumière.

Pharmacie galénique. — M. le professeur Bourgoin, les lundis, mercredis et vendredis, à huit heures et demie du matin. Le professeur traitera des principaux groupes de médicaments au double point de vue de la forme pharmaceutique, de la composition chimique et des principales falsifications. Il fera aussi l'histoire des médicaments internes.

Cours complémentaire de botanique cryptogamique. — M. Marchand, professeur agrégé libre, le mardi, le jeudi et le samedi, à neuf heures trois quarts. Il exposera les caractères généraux des différents groupes de plantes cryptogames, en insistant principalement sur les caractères fournis par l'organogénie, l'anatomie et la physiologie.

Les travaux pratiques auront lieu trois fois par semaine le lundi, le mercredi et le vendredi, de midi à quatre heures du soir. — 1° Pour la première année, chimie, sous la haute direction de M. le professeur Riche ; M. Moisson, maître de conférences et chef des travaux ; 2° pour la deuxième année, chimie, sous la haute direction de M. le professeur Jungfleisch ; M. Villiers, chef des travaux chimiques ; 3° pour la troisième année, botanique, sous la haute direction de M. le professeur Chatin ; M. Gérard, maître de conférences et chef des travaux.

— Les volontaires d'un an, candidats au concours de l'internat, sont prévenus que la séance dans laquelle ils devaient subir la seconde épreuve, primitivement fixée au mercredi 2 novembre prochain, est reportée au lundi 7 du même mois.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Le Monnier, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, est, en outre, chargé, pendant l'année scolaire 1881-1882, d'un cours de botanique et histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de cette ville.

— Les articles 1 et 2 de l'arrêté réglementaire du 8 mars 1880 pour la nomination, par la voie du concours, aux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont modifiés de la manière suivante :

Il sera ouvert chaque année à Paris, au commencement du mois de décembre, un concours public pour la nomination aux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les concours seront annoncés une première fois, trois mois à l'avance, par des affiches apposées : dans les hôpitaux, hospices et asiles de la Seine, à la Faculté de médecine de Paris, dans les Facultés de médecine, écoles préparatoires de médecine et dans les asiles publics d'aliénés des départements. — Une seconde annonce devra être faite dans les mêmes lieux, un mois avant l'ouverture du concours. — Une annonce devra être également faite dans les principaux journaux de médecine et dans les principaux journaux politiques.

Pourront concourir à l'internat en médecine, dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions. — Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours.

Il n'est rien changé aux dispositions des autres articles de l'arrêté réglementaire du 8 mars 1880.

— En outre des nouveaux aménagements dont l'hôpital Saint-Louis doit être l'objet, comme nous l'avons annoncé dans notre numéro du 13 septembre, nous apprenons qu'il est question aussi de la construction d'un second amphithéâtre, celui qui existe actuellement étant absolument insuffisant pour les besoins de l'enseignement et l'affluence des élèves qui suivent les cours professés dans cet établissement.

Ce nouvel amphithéâtre serait élevé dans la grande cour centrale de l'hôpital, vis-à-vis de l'amphithéâtre actuel.

— M. le docteur Paul Garnier, inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin-inspecteur, en remplacement de M. le docteur Linas, démissionnaire.

— M. le docteur Tholozan, médecin du schah de Perse, vient de faire don au Muséum de deux animaux très-rares dans les jardins zoologiques : un lion et une lionne de Perse. Ces deux animaux sont nés dans la ménagerie du schah, à Téchéran. Ils sont très-doux ; leur pelage est plus clair que celui des lions du Soudan et du Sénégal ; leur poil plus long, plus fourni ; la crinière du mâle est plus fine ; enfin, ils sont très-hauts sur pattes.

— M. le docteur de Mahy vient d'être élu député de la seconde circonscription de l'île de la Réunion, ce qui porte le nombre des médecins qui font partie de la nouvelle Chambre législative à cinquante.

Aux trois pharmaciens également élus députés dont nous avons précédemment donné les noms, nous devons ajouter ceux de MM. Lacôte, pour la Creuse, et Peytral, pour les Bouches-du-Rhône.

— Dimanche dernier a eu lieu l'inauguration officielle du nouvel hospice-hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

— M. le professeur Ball commencera son cours clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne le dimanche 6 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

— M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons cliniques le jeudi 3 novembre 1881, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Dans la première partie de son cours, il terminera ce qui a trait à l'orthopédie (malformation des mains et des doigts. Strabisme. Revue des appareils prothétiques, etc.). — La seconde partie sera exclusivement consacrée à la chirurgie des enfants.

— M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera des leçons cliniques le vendredi 4 novembre 1881, à neuf heures du matin, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera des leçons de thérapeutique le mercredi 9 novembre 1801, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Consultations cliniques tous les samedis.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11867.

N° 126. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1881. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 2 novembre 1881.

M. BOUILLAUD

Il y a quelques semaines à peine, à l'occasion d'une communication d'un de ses collègues sur un point de pathologie générale relatif aux maladies virulentes et infectieuses, M. Bouillaud montait à la tribune de l'Académie de médecine, et, dans une de ces abondantes improvisations qui lui étaient si familières et où sa merveilleuse facilité dont il n'était pas toujours suffisamment maître, et sa prodigieuse mémoire, l'entraînaient trop souvent au point de ne plus savoir se limiter, il s'évertuait à montrer, dans un large coup d'œil rétrospectif, comment, depuis Galien jusqu'à nos jours, la médecine avait toujours été en possession d'une doctrine des maladies contagieuses et d'une notion formelle du fait de la putridité dans certains états morbides. Il rappelait comment il avait lui-même établi une distinction radicale entre les fièvres putrides et les fièvres purement inflammatoires en se fondant sur une étude anatomo-pathologique des caractères différentiels que présente le sang dans ces deux cas.

Qui se serait douté alors, en entendant cette voix claire et bien timbrée, soutenue plus d'une heure durant sans faiblesse, à la vue de cette physionomie si vive, de cette allure presque juvénile, que M. Bouillaud fût à ce moment si près de sa fin, que ce discours, où il venait d'évoquer un de ses titres devant la postérité, serait le dernier, et qu'à un si court intervalle il devait nous servir de texte d'introduction à la petite notice que nous allons essayer de crayonner, en attendant le jugement de l'histoire sur son compte ?

M. Bouillaud, quoique plein de verdeur encore, malgré son âge avancé, — il était dans sa quatre-vingt-sixième année, — était déjà devenu pour nous, depuis longtemps, un ancien. Bien qu'il se soit posé souvent en victime et en incompris, il n'en a pas moins eu le temps de jouir en réalité de sa gloire. Il a été, en effet, et il restera une des gloires médicales de notre époque. Ainsi que M. Béclard le disait naguère d'Andral, son ancien émule, il était de ceux qui avaient préparé le temps présent; il appartenait à cette génération du commencement du siècle qui n'avait cessé de lutter pour le triomphe de ses idées et dont les efforts féconds, comme les fautes mêmes, font aujourd'hui une bonne part de notre expérience.

« A l'époque où je fus nommé à une chaire d'enseignement clinique (1831), dit-il dans la préface de son *Traité de nosographie médicale*, les principes fondamentaux de la grande réforme que Broussais avait fait subir à la doctrine le plus généralement adoptée avant lui, avaient fini par remporter une victoire décisive. Mais qu'il restait à faire encore pour appliquer ces principes à toutes les maladies déjà connues ! Que de maladies dont les éléments divers n'avaient pas été suffisamment analysés et précisés, sans compter celles qui n'avaient pas encore été découvertes ! Le principe même de la localisation, pour une foule de maladies, était en défaut et comme non avenu..... »

C'est son honneur d'avoir cherché à remplir ce programme et d'être parvenu à en réaliser une partie. Tel a été, en effet, le but et telle a été la portée réelle de ses premières œuvres. C'est à ce programme qu'il s'était imposé que l'on doit ces belles recherches cliniques qui l'ont conduit à la découverte de l'endocardite rhumatismale et de la loi de coïncidence à laquelle son nom reste attaché; les notions nouvelles qu'il a introduites dans la science, sur l'artérite, sur la phlébite et l'influence de l'oblitération des veines sur la formation des hydropisies partielles, sur les localisations cérébrales à la détermination desquelles il a fait concourir les expérimentations physiologiques avec les observations cliniques, en particulier sur les fonctions du cervelet considéré comme organe de coordination des mouvements, sur la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, plus exactement et plus complètement précisée depuis; ses recherches sur les altérations du sang dans les fièvres, dans la chlorose et dans les anémies. Signalons encore les découvertes qu'on lui doit dans le diagnostic des maladies du cœur et des gros vaisseaux, grâce à ses persévérantes recherches d'auscultation, et la part qui lui revient à côté de celle que l'histoire a faite déjà à cette brillante pléiade de ses contemporains, Petit et Serres, Louis, Chomel, Bretonneau, Forget, etc., dans l'un des plus grands et des plus incontestables progrès de la médecine moderne, la réduction des anciennes espèces fébriles continues en un type unique, l'affection typhoïde.

La plupart de ces recherches et de ces découvertes, toutes si connues aujourd'hui, ont été consignées dans un grand nombre de mémoires insérés aux recueils de l'époque, d'articles de dictionnaires et d'ouvrages importants, devenus

classiques pour la plupart et que nous aurions à peine besoin de rappeler ici : le traité clinique et physiologique de l'encéphalite, le traité clinique et expérimental des fièvres prétendues essentielles, publiés en 1825 et 1826; le traité clinique des maladies du cœur, 1835 et 1841 ; l'essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale, 1837 ; la clinique médicale de la Charité, 1837 ; le traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie, 1840; le traité de nosographie médicale, 1846 ; le traité de la chlorose et de l'anémie, 1859, etc.

Mais ce n'est pas dans ses œuvres écrites seulement qu'il faut chercher les titres de M. Bouillaud et les éléments d'appréciation de l'influence qu'il a exercée sur son époque. C'est dans son enseignement, c'est dans les nombreuses polémiques qu'il a soutenues et souvent engagées lui-même dans la presse, c'est dans les discussions académiques auxquelles il a si souvent pris une part active et souvent brillante, qu'il faudrait le suivre et l'étudier pour donner, de sa valeur et du rôle important qu'il a eu dans les choses médicales de notre temps, une suffisante idée, et de sa personne une esquisse physionomique quelque peu ressemblante. Mais c'est là une tâche que le temps ne nous permet pas d'accomplir. Nous ne pouvons qu'à peine indiquer çà et là quelques traits.

Dans l'enseignement, qu'il a commencé jeune et qu'il a continué avec éclat pendant de longues années, tout en pouvant se réserver un repos si légitimement acquis dans une vieillesse honorée, M. Bouillaud a apporté, — et c'est un des grands mérites qu'il lui faut reconnaître, — les habitudes de précision, de rigueur dans l'observation et dans l'application des procédés d'exploration, qui ont jusqu'à un certain point justifié l'épithète un peu prétentieuse d'école exacte dont il s'était constitué le chef. Il a formé à ces habitudes toute une génération d'élèves, dont quelques-uns sont devenus depuis des maîtres éminents à leur tour. Il y a répandu avec une sorte de prodigalité les enseignements qui ressortaient de ses propres découvertes et des travaux de ses deux maîtres favoris, Bichat et Broussais; mais il les mêlait trop souvent à ces discussions passionnées, à cette polémique ardente contre de prétendus adversaires dont l'opposition ou les simples résistances l'irritaient au plus haut degré. De là, sans doute, ces surexcitations de l'orgueil qui lui faisaient repousser avec une sorte d'indignation le rôle de sectaire de la doctrine physiologique qu'on lui attribuait généralement, pour se proclamer lui-même chef d'école : « Je ne suis de l'école de personne, » dit-il un jour fièrement à la tribune de l'Académie; « je suis de mon école. »

Puisque nous sommes naturellement amené par ce souvenir à l'Académie de médecine, passons rapidement sur la fin de son enseignement de la Charité, où le peu de succès d'imitation qu'avaient eu ses méthodes thérapeutiques, en particulier sa méthode des saignées coup sur coup, malgré ses prétentions hautement exprimées de savoir seul traiter les fièvres, où le vide qui commençait à se faire dans son amphithéâtre avaient jeté une teinte sombre et un air de mélancolie sur ses dernières leçons, qui semblaient empreintes de l'idée dominante d'ingratitude et de persécution, et rappelons en quelques mots quelle a été sa participation aux travaux de cette compagnie savante.

L'Académie a été la première confidente naturelle de la plupart des travaux que nous avons rappelés plus haut. Mais, dans ces dernières années, où il n'avait plus de découvertes ni d'observations nouvelles à exposer devant elle, c'est par la part qu'il a prise aux grandes discussions sur les questions de doctrine, de pathologie générale, d'étiologie, etc., qu'il a continué à donner son apport à la science et à payer largement sa dette de reconnaissance comme académicien et ancien président. Personne n'a oublié ses discours toujours brillants, sinon toujours justes, et toujours pleins de souvenirs et d'érudition, sur l'organicisme et le vitalisme, sur la nomenclature médicale, sur la physiologie du cœur, sur l'apoplexie et la congestion cérébrale, et les derniers débats à l'occasion des récents travaux de M. Pasteur. Disons qu'en général, dans ses discours académiques et surtout dans ses dernières discussions, M. Bouillaud avait considérablement modifié sa manière et son ton. En présence des égaux devant qui il parlait, bien qu'il fût un des premiers parmi eux, ce n'était plus ce ton arrogant du professeur des premières années, ni les accents aigris et plaintifs des derniers échos de sa chaire. A l'Académie, sa discussion était digne, courtoise, véritablement académique, souvent même bienveillante et de bon goût; et, s'il restait encore rigide sur les principes et quelque peu intolérant à l'endroit des opinions qui n'étaient pas les siennes, il savait respecter les personnes et adoucir la forme de ses objections. « Je le crois, » dit-il un jour à un de ses collègues, qui venait de rapporter un fait de magnétisme, qu'il mettait au même rang que la quadrature du cercle et le mouvement perpétuel, « je le crois parce que vous me le dites; mais, si je l'avais vu, je ne le croirais pas. »

Du reste, cette aménité que montrait M. Bouillaud dans ses rapports publics avec ses collègues était devenue, avec les progrès de l'âge, le fond même de son caractère, et on la retrouvait dans les rapports privés. Celui qui écrit ces lignes, et qui plus d'une fois a usé à son égard de ses droits de critique, en a souvent recueilli des gages touchants. L'incompris et le persécuté d'autrefois, s'il lui restait peut-être le souvenir de quelques illusions perdues, a dû revenir sur ses anciennes impressions et reconnaître que tout sentiment de justice n'était pas éteint chez ses contemporains, quand il s'est vu de plus en plus entouré du respect de tous, à l'Académie, à la Faculté, parmi tous ses confrères de la ville et de la province, par toutes les générations successives des étudiants, et, enfin, lorsque, il y a quelques années, il lui fut décerné spontanément et avec une unanimité peut-être sans précédent dans l'histoire de la médecine, la présidence d'honneur du Congrès international où s'étaient réunies toutes les célébrités médicales du monde entier. Sa famille a pu recueillir avant-hier le témoignage vivant de cette admiration respectueuse que l'avenir ratifiera, pour l'homme illustre qu'elle vient de perdre, en voyant l'affluence qui se pressait autour de son cercueil.

M. Bouillaud, professeur honoraire à la Faculté de médecine, ancien doyen, ancien membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, ancien député, commandeur de la Légion d'honneur, laisse deux sièges d'académicien vacants, l'un à l'Académie des sciences, l'autre à l'Académie de médecine. Par une volonté expresse, qu'on a dû respecter, il n'a été prononcé aucun discours sur sa tombe, et aucun appareil militaire n'a eu lieu pour les honneurs dus au légionnaire. On trouvera plus loin le compte-rendu des obsèques. — B.

HOTEL-DIEU. — M. RAYMOND.

Affection mitrale, pneumonie chronique, asystolie.

La malade dont je veux vous entretenir aujourd'hui est beaucoup trop souffrante ce matin pour que j'aie pu la faire amener à l'amphithéâtre et vous la montrer; j'aurais craint qu'elle n'eût une syncope.

C'est une femme de trente-neuf ans, découpeuse, qui est couchée au lit nº 16 de la salle Sainte-Jeanne. Elle souffre d'une dyspnée extrême; les mouvements respiratoires s'élèvent à 60 ou 64 par minute, ils sont très-courts. La figure est pâle, jaune, contrastant singulièrement avec l'aspect des pommettes bleuâtres, des lèvres violacées et des paupières œdématiées. Les mains et les extrémités inférieures sont également le siége d'un œdème dans lequel la pression des doigts reste longtemps marquée, s'effaçant difficilement. Enfin les veines du cou sont très-dilatées, ainsi du reste que tout l'appareil veineux, et la peau, froide, présente un abaissement véritable de la température.

On ne remarque aucun phénomène cérébral, et la malade a conservé toute sa lucidité d'esprit. Par contre, elle souffre beaucoup de la tête, elle a des tintements d'oreille des plus pénibles, et à peine s'endort-elle qu'elle est réveillée par des cauchemars presque incessants.

Le pouls est petit, très-irrégulier, si peu perceptible qu'il est incomptable. Aujourd'hui même je ne le sens plus du tout. La dyspnée, déjà si vive à son arrivée à l'hôpital, a encore augmenté. Le premier bruit du cœur s'entend très-bien à la pointe et à la base; le second a disparu, ou plutôt on ne le perçoit plus qu'au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, où il se trouve renforcé. Il n'existe aucun bruit de souffle, pas de murmure asystolique, pas de pouls veineux ni hépatique.

Quant à l'appareil respiratoire, la percussion indique une matité presque absolue en haut, en arrière et à gauche au niveau des fosses sus et sous-épineuses, dans une étendue de 10 à 12 centimètres. Au dessous, cette matité est remplacée par une sonorité exagérée. En avant, la matité occupe une étendue de quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule. Par contre, du côté droit, la sonorité est normale.

A l'auscultation, on trouve, à gauche et en haut, de la bronchophonie, un souffle tubaire à l'inspiration, mais pas le moindre râle sec ou humide. Un peu plus bas, correspondant à la sonorité exagérée, il y a quelques râles ronflants. Enfin, des deux côtés, à la base, on entend des râles sous-crépitants fins.

Les vibrations thoraciques sont exagérées. L'expectoration est abondante, le matin principalement; elle l'était surtout il y a six jours, à l'entrée de la malade à l'hôpital; les crachats sont muco-purulents. Le ventre est douloureux, la douleur siége notamment dans l'hypochondre droit, au niveau du foie, dont les dimensions sont augmentées; l'organe hépatique déborde en effet les fausses côtes de trois travers de doigt et dénote un état congestif et cirrhotique. La douleur, à son niveau, est exagérée par la pression.

Le ventre présente aussi un certain degré de tympanisme; il existe encore un peu de constipation. Cependant l'appétit est conservé, la langue est humide et les digestions restent bonnes. Quant aux urines, elles sont peu abondantes, leur couleur est très-foncée et leur composition ne dénote pas d'albumine.

Tel est le tableau actuel de la maladie constituée par un état asystolique.

Ce mot d'asystolie, créé par Beau, n'est pas le terme convenable, parce qu'il signifie « sans systole », tandis que le sphygmographe indique encore des battements. Aussi l'expression d'asthénie cardio-vasculaire, proposée par M. Rigal dans sa thèse inaugurale, lui est-elle de beaucoup préférable. Je n'entrerai pas ici dans beaucoup de détails sur cette question, vous engageant à consulter les travaux qui ont été publiés à ce sujet. Je dirai seulement : Prenez 10 ou 15 malades asystoliques, le tableau ne sera pas toujours comparable; chez l'un vous trouverez, comme phénomènes prédominants, des accidents cérébraux; chez un autre, des accidents rénaux; chez un troisième, des accidents hépatiques ou pulmonaires, etc. C'est ainsi que l'on voit certains malades, d'après les phénomènes qu'ils éprouvent, sentir quelques jours à l'avance qu'ils vont se trouver aux prises avec un accès d'asystolie.

Grâce à de nombreuses recherches, et notamment aux beaux travaux de M. Potain, le champ de l'asystolie se trouve aujourd'hui notablement agrandi. C'est ainsi que l'on peut diviser son étiologie en six causes. La première serait une lésion du cœur proprement dite, et surtout une lésion de l'orifice mitral. La seconde, une affection pulmonaire, non pas un état aigu, le fait est rare, et l'on ne cite encore que très-peu d'observations de pneumonie double aiguë qui en aurait été le point de départ. M. Parrot a rapporté aussi le cas d'une phthisie rapide. Mais l'asystolie apparaît bien plutôt dans les affections chroniques du poumon qui ruinent le champ de la circulation pulmonaire. En troisième lieu nous devons indiquer les affections gastriques et hépatiques : ainsi la dilatation chronique de l'estomac et la cirrhose chronique du foie dont M. Potain a signalé les rapports étroits avec l'état du cœur droit. Dans un quatrième groupe, nous placerons les affections rénales, comme cela est connu depuis longtemps déjà. Dans un cinquième ordre se rangent les affections nerveuses. M. Debove a rapporté un fait intéressant d'asystolie chez un malade atteint de goître exophthalmique avec palpitations violentes. D'autres auteurs ont cité aussi le fait d'un jeune homme atteint de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'une douleur extrêmement violente, s'étendant du cou au deuxième espace intercostal gauche et s'exaspérant encore par la pression. Cette névralgie a été rapportée au pneumo-gastrique; elle s'accompagnait de battements désordonnés du cœur, sous l'influence du plexus cardiaque, avec asystolie sans lésion des orifices de l'organe central de la circulation. Enfin le sixième groupe comprend la dégénérescence des vaisseaux.

Quant à notre malade, son état asystolique ne rentre pas dans le groupe des asystolies d'origine cardiaque, mais bien dans celui d'origine pulmonaire. En effet, bien que cette femme ne soit pas très-amaigrie, qu'au premier abord nous trouvions une lésion récente des voies respiratoires, une bronchite légère, une congestion pulmonaire des deux bases, nous avons aussi à gauche un état pulmonaire chronique caractérisé par une matité supérieure, d'une étendue de 10 à 12 centimètres. Ce n'est point un état tuberculeux, il n'en a pas la marche. Ce n'est pas davantage un cancer primitif du poumon; nulle cachexie, nulle douleur thoracique, pas de crachats sanguinolents ou rosés. Ce n'est pas non plus de la dilatation bronchique; l'expectoration en effet n'est pas considérable, il n'y a pas de gargouillement,

pas de toux, etc. Serait-ce une pleurésie chonique? non plus. Ce n'est, en réalité, qu'une pneumonie chronique.

Du reste, si nous consultons les antécédents de cette malade, nous obtenons les renseignements suivants : A l'âge de quinze ans, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu généralisé très-violent qui l'a retenue au lit pendant trois mois, et qui s'est accompagné de palpitations pour lesquelles, dit-elle, on lui a appliqué des ventouses. A dater de cette maladie, elle est devenue une véritable rhumatisante. Depuis lors, elle a eu deux fois une ictère avec douleur dans la région du foie, et chaque fois la jaunisse a précédé l'accès d'asystolie.

Depuis cinq ou six ans, elle est sujette à s'enrhumer, et chaque année elle entre à l'hôpital, comme cette fois, pour un accès d'asystolie. De plus, il paraît probable, d'après ce qu'elle nous raconte, qu'elle a eu il y a trois ans une pneumonie. Ces renseignements, tout incomplets qu'ils sont, sont importants, bien que les opinions soient partagées relativement à l'influence des affections du cœur sur le développement de la pneumonie chronique. Pour moi, je crois, je dirai plus même, je suis convaincu que l'affection chronique du cœur peut être le point de départ d'une pneumonie chronique comme toute cause affaiblissante, comme l'albuminurie, comme l'alcoolisme, etc. C'est ainsi qu'il suffit à certains cardiaques de contracter une pneumonie pour former bientôt un noyau de pneumonie chronique, lequel, en se développant plus ou moins rapidement, nous montre, à la mort du malade, un poumon dur et lardacé sur une étendue plus ou moins considérable. J'ai observé le fait plusieurs fois.

Chez la malade qui nous occupe aujourd'hui, je suis très-disposé à croire qu'il en est de même, et malheureusement l'évènement ne tardera pas à nous le prouver, l'état des plus graves de cette femme nous faisant redouter une mort prochaine.

Chez elle, le point de départ des accidents me paraît avoir été bien certainement une affection mitrale. Le jour de son entrée dans les salles, je lui ai fait faire des injections sous-cutanées d'éther, lesquelles rendent, en pareils cas, de très-grands services. Je ne l'ai pas saignée, je ne suis nullement partisan chez ces malades des émissions sanguines qui déterminent facilement des syncopes. J'ai eu sous les yeux deux exemples de malade succombant ainsi pendant la saignée. Je leur préfère de beaucoup les toniques, rhum, café, etc. C'est également ce que j'ai fait chez ma malade en y ajoutant un peu de digitaline.

THÉRAPEUTIQUE

Les capsules Thévenot.

Par M. le docteur W. Charaust.

I

La pharmacie est restée longtemps isolée au milieu de la merveilleuse évolution scientifique du commencement de ce siècle. Tandis que la physique et la chimie, en pleine possession de leurs méthodes, marchaient rapidement à la découverte de ces lois nouvelles dont l'application a changé totalement les conditions de la vie, la pharmacologie conservait ses vieux poids, ses mesures antiques, jusqu'à sa nomenclature, dont une partie remontait aux alchimistes et une autre à Hippocrate. Il a fallu près de quarante ans pour avoir raison de la routine; pour que des chercheurs, après avoir trouvé des améliorations, finissent par en démontrer l'utilité et les imposer, pour vaincre en un mot cette force d'inertie qui est pour le progrès ce qu'en chimie la cohésion est pour l'affinité, un implacable ennemi, tant qu'elle n'a pas été définitivement vaincue.

Quel est donc le but de la pharmacologie? Fournir au médecin des substances actives et les lui présenter sous une forme telle qu'il puisse aisément s'en servir. Quand, après avoir fait un bon diagnostic et saisi habilement les indications d'un cas donné, on se dit : « Il nous faut aujourd'hui un purgatif; demain peut-être nous donnerons des balsamiques », on fait de la médecine scientifique et abstraite; par malheur, il y a souvent, de la conception théorique à l'application, une distance infranchissable. Il vous faut un purgatif, mais parlez donc d'huile de ricin à un enfant indocile qui en a déjà pris et l'a vomie! Parlez de térébenthine ou de goudron à certaines femmes impressionnables à l'excès auxquelles l'odeur et même le nom suffisent pour donner des nausées, des vapeurs, comme on aurait dit il y a cent ans! C'est aux pharmacologistes à nous aider à traverser ce passage difficile, à nous donner le moyen de porter sans difficulté, jusque dans l'estomac, le médicament, à l'envelopper de telle sorte que son revêtement ne soit point à l'épreuve des sucs digestifs, qu'il puisse se dissoudre sans produire d'incidents inattendus ou nuisibles, sans gêner le fonctionnement de la muqueuse, que son ingestion ait lieu sans produire de sensations gustatives ou olfactives désagréables; en un mot sans éveiller la susceptibilité du malade toujours en défiance à l'endroit des prescriptions.

On se dit peut-être que la tâche est délicate, que pour la bien remplir l'initiative personnelle est seule indispensable, qu'il faut pour chaque cas un artifice nouveau, et que le pharmacien est un artiste auquel sont indifférents les progrès de l'industrie contemporaine; on se trompe. Ceux qui, en 1878, ont visité l'exposition de M. Thévenot, en ont eu la preuve. Ses capsules médicamenteuses sont connues depuis longtemps; on sait qu'elles répondent aux desiderata dont nous parlions plus haut, car elles peuvent contenir une dose aussi exacte que possible de substance active; elles sont parfaitement appropriées à une déglutition facile. L'enveloppe est assez résistante pour s'opposer à l'exhalation, de sorte qu'en les administrant on est certain de ne pas donner une simple enveloppe devenue inerte par l'évaporation du contenu quand il s'agit d'un produit volatil, et néanmoins assez ténue pour que sa dissolution se fasse en un clin d'œil. On croirait difficilement que, pour chacun de ces globules à l'aspect brillant et attirant, pesant à peine quelques centigrammes, il faille de la gomme, du miel, de la gélatine; que, pour les mélanger et les agglutiner, il faille des vases à ramollir, des bains-marie, des plaques de tôle forte amalgamées, une machine à appliquer des cadres et des étuves rayonnées. Quand on a su se servir adroitement de cet arsenal déjà compliqué, quand la pâte est irréprochable, il faut encore la diviser, la manipuler, la presser pour lui faire acquérir la disposition capsulaire.

On s'imagine aisément quel degré de persévérance a dû déployer l'inventeur, combien d'essais et de tentatives il a dû faire. L'histoire de la découverte et des perfectionnements est en effet curieuse; nous nous proposons de la donner dans un article ultérieur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 octobre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATION

M. DUMONTPALLIER donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de M. Houel (voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 25 octobre 1881).

Retentissement des affections du rein sur le cœur. — M. STRAUSS a fait, à ce sujet, une série d'expériences sur les cobayes. Bright, le premier, a démontré d'une façon indiscutable

l'existence de l'hypertrophie du ventricule gauche dans les inflammations chroniques des reins. Les auteurs expliquent différemment cette relation. Pour Sutton, l'hypertrophie cardiaque dépend non-seulement de la lésion rénale, mais encore de la lésion scléreuse des petits vaisseaux de toute l'économie. Debove et Letulle admettent la concomitance des lésions du cœur et du rein. M. Strauss, pour se faire une opinion, a déterminé sur des cobayes des néphrites expérimentales. Il n'agit que sur un seul rein, laissant à l'autre son fonctionnement normal. Il fait la gastrotomie avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, et fait ainsi aisément la ligature d'un uretère. Aucun des animaux n'a succombé. L'autopsie, pratiquée trois mois après, a révélé les faits suivants : distension de l'uretère et du bassinet, atrophie du rein réduit à une sorte de coque du côté de la ligature, hypertrophie du rein du côté sain, hypertrophie du cœur bien sensible surtout à la pesée. On peut donc conclure de ces expériences que l'hypertrophie du cœur est subordonnée à la lésion rénale.

M. Straus rapporte deux observations dans lesquelles, un cancer du col de l'utérus ayant comprimé inégalement les deux uretères, le cœur était hypertrophié. L'examen microscopique montre des lésions scléreuses du myocarde, les petites artères étaient aussi en voie de sclérose. La tendance à la sclérose de tous les organes doit, selon M. Quinquaud, être mise sur le compte de l'irritation du tissu conjonctif par les matériaux extractifs retenus dans le sang à cause de l'élimination incomplète de l'urine. Il faut donc faire intervenir l'action dyscrasique à côté de l'action mécanique, qui subordonne l'hypertrophie du cœur à la lésion rénale.

M. LABORDE. Le cobaye étant réfractaire au processus scléreux, il faudrait reprendre ces expériences sur le chien.

Lésions de l'oreille interne et de l'oreille moyenne à la suite de l'élongation du pneumo-gastrique. — MM. GELLÉ et WIET présentent les différentes parties de l'oreille interne et de l'oreille moyenne de lapins sur lesquels ils ont pratiqué l'élongation des deux pneumogastriques. Sur un de ces lapins, l'élongation a été pratiquée le 14 novembre ; l'animal fut sacrifié le 19. Du côté gauche, la bulle ouverte laisse voir à travers le tympan transparent une plaque rouge ecchymotique sur la partie inférieure du conduit auditif osseux. Un caillot rutilant remplit le méat et déborde ; la bulle est saine ; le pavillon est vascularisé. A droite, la bulle ouverte est pleine de pus blanc crémeux ; le tympan perforé, ramolli, laisse sortir le pus dans le conduit auditif externe. Les membranes de l'oreille interne sont vascularisées. Le bulbe est injecté ; il y a une légère hémorrhagie au-dessous du noyau du pneumo-gastrique droit, c'est-à-dire du côté où les troubles de l'oreille sont le plus intenses.

Ces altérations ne peuvent s'expliquer que par un réflexe dont la voie centripète est constituée par les nerfs vagues, le centre par le bulbe, et la voie centrifuge par les filets sympathiques.

Pemphigus des chevaux. — M. GIBIER (de Savigny). — Dans la dernière séance je crois avoir établi que le pemphigus aigu, appelé encore fièvre pemphigoïde, fièvre bulleuse, n'était autre chose qu'une maladie éruptive pouvant se terminer par la mort du malade. De plus, j'ai signalé, dans le liquide des bulles et dans l'urine recueillis et examinés suivant les préceptes que je tiens de M. Pasteur, des bactéries en bâtonnets et à l'état de spores cultivables.

Aujourd'hui je viens compléter ma dernière communication, depuis laquelle j'ai eu la bonne fortune d'observer, grâce à l'obligeance de M. Bouley, de l'Institut, et de M. le docteur Bouley fils, un pemphigus aigu fébrile chez deux chevaux de la même écurie. L'éruption était confluente à la partie antérieure du corps de ces chevaux, qui ont été atteints à cinq jours d'intervalle.

Quoique rare chez les animaux, le pemphigus a cependant été observé chez le chien, le mouton, la race bovine et la race chevaline, à l'état sporadique et surtout *épidémique*, par plusieurs savants vétérinaires. Chez l'homme, on a vu de petites *épidémies de pemphigus*, — tous les dermatologistes en font foi. Il n'y a rien de surprenant, après cela, que l'on découvre une bactérie chez les malades atteints de cette affection, bactérie devant, selon toute vraisemblance, être incriminée. Rappelons, de plus, que les symptômes cliniques et anatomiques du pemphigus aigu grave rappellent ceux des fièvres infectieuses.

Reste à savoir comment la bactérie pénètre dans l'économie et s'y développe. Cette question doit être réservée pour le moment. Cependant il faut remarquer que le malade dont l'histoire fait l'objet de cette communication était charcutier et qu'il consommait beaucoup de charcuterie. Cette profession est relatée dans plusieurs observations de pemphigus grave. La profession de tripier l'est également. Il y a peut-être là une piste ?

Si l'on pouvait douter jusqu'à présent de la nature infectieuse du pemphigus, il ne ne saurait en être de même aujourd'hui que l'existence du *microbe du pemphigus* a été constatée. Ajoutons que les indications thérapeutiques sont changées de ce fait : le pemphigus étant dû à un parasite, on devra avoir recours aux antizymotiques dans le traitement de cette affection.

La séance est levée.

Séance du 29 octobre 1881. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Influence des altérations de l'estomac sur le système nerveux. — M. LEVEN communique un nouveau fait qui vient à l'appui de l'opinion qu'il a souvent exprimée relativement à l'influence de cause à effet des maladies de l'estomac sur les troubles nombreux et variés du système nerveux. Il s'agit d'un jeune homme qui présentait depuis cinq ans des troubles variés du système nerveux, tels que syncopes, convulsions, contractures, attribués par les uns à l'hystérie, par les autres à l'épilepsie ou à l'hystéro-épilepsie. Ce malade a pris jusqu'à 5 grammes de bromure de potassium par jour sans aucune amélioration dans son état. M. Leven, ayant reconnu que ces troubles nerveux étaient tributaires d'une affection de l'estomac, a traité cette dernière et a vu, en très-peu de temps, tous les phénomènes nerveux disparaître.

M. DUMONTPALLIER demande quel traitement a prescrit M. Leven.

M. LEVEN. La première condition est de laisser l'estomac en repos, de ne pas lui donner de médicaments qui l'irritent. Le malade a été soumis au régime de la viande, du café et des œufs ; il prenait simplement des paquets de phosphate de chaux et de bismuth. On s'est bien gardé de lui donner des purgations et de l'eau de Vichy, qui ont pour effet d'élever la température locale de l'estomac. Aujourd'hui, ajoute M. Leven, on ne tient plus aucun compte de l'estomac, tout dépend du système nerveux, tandis que, si l'on observe bien, le système nerveux, le cerveau lui-même, sont le plus souvent tributaires de l'estomac.

M. LABORDE a observé un cas de névralgie viscérale se rapprochant du fait de M. Leven. Dans ces cas, il est un nerf qui joue un grand rôle : c'est le pneumo-gastrique, qui peut très-bien expliquer l'influence de l'estomac sur le cerveau.

Relation de la sensibilité générale avec la sensibilité spéciale dans l'hystérie. — M. FÉRÉ. Si l'on étudie les troubles oculaires des hystériques en dehors de l'attaque, on voit qu'il existe une relation manifeste entre la sensibilité générale et la sensibilité spéciale. Par exemple, une amaurotique d'un seul œil présente une anesthésie de toute la conjonctive et même de la cornée. L'hystérique, qui a des troubles d'achromatopsie et qui n'a perdu la perception que d'une seule couleur, ne présente que des troubles partiels de la sensibilité. Si, au contraire, il lui manque plusieurs couleurs, les troubles de la sensibilité générale sont plus accusés. Dans le transfert on voit de même les troubles oculaires passer d'un côté à l'autre.

Si, au moment de l'attaque, les pupilles étant contractées, on vient à presser l'ovaire du côté de l'hémianesthésie, on voit aussitôt, en même temps que l'attaque s'arrête, les pupilles se dilater. En résumé, il y a une relation évidente, dans l'hystérie, entre les troubles de la sensibilité générale et ceux de la sensibilité spéciale.

La napelline. — M. LABORDE. Dans l'opération qu'on fait pour obtenir l'aconitine, on obtient deux produits, dont un, la napelline, donne lieu à des effets hypnotiques bien plus remarquable encore que ceux de la morphine. M. Laborde fait, en ce moment, une série d'expériences sur les propriétés physiologiques de cet alcaloïde.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le professeur Bouillaud ont eu lieu lundi à Saint-Thomas-d'Aquin au milieu d'une assistance considérable. Le deuil était conduit par M. le docteur Auburtin, son gendre. La Faculté de médecine de Paris était représentée par son doyen, M. Vulpian, accompagné d'un grand nombre de professeurs et d'agrégés; l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, par leur président respectif, MM. Wurtz et Legouest, et de nombreux académiciens. Enfin la plupart des médecins des hôpitaux de Paris avaient tenu à rendre un dernier hommage à leur ancien maître et collègue.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Vulpian, Germain Sée, Béclard, Wurtz, Legouest et Henri Roger. Conformément à la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe, et les honneurs funèbres auxquels lui donnait droit son titre de commandeur de la Légion d'honneur ne lui ont été rendus par aucun détachement militaire. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse.

— A l'ouverture de la séance de l'Académie des sciences qui a eu lieu quelques instants après l'inhumation de M. Bouillaud, M. le président Wurtz a prononcé l'allocution suivante :

« Messieurs, nous venons de rendre les derniers devoirs à M. Bouillaud. La compagnie perd en lui une illustration médicale, un esprit élevé et, ce qui est plus rare, un grand caractère. Ses travaux, dont les premiers datent de plus d'un demi-siècle, conservent encore aujourd'hui leur valeur et leur actualité. La science lui doit de véritables découvertes en pathologie. Il me suffira de rappeler la détermination des rapports entre les maladies du cœur et les affections rhumatismales, la localisation dans les circonvolutions frontales de l'hémisphère gauche du siège de l'aphasie.

« J'ai la confiance que ces travaux et beaucoup d'autres du même ordre trouveront un jour un interprète autorisé. Pour le moment, il nous reste à honorer la mémoire de notre illustre collègue en levant la séance en signe de deuil. »

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Damien, agrégé des sciences physiques, est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences de physique.

M. Hallez, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille, est, en outre, maintenu pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de cette ville.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Roux (Joseph-Ignace-Alexandre), né le 17 avril 1854 à Niederrœdern (Alsace), pharmacien de première classe, est nommé préparateur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Granier, démissionnaire.

— *Choléra.* — Après être resté longtemps sans aucune information de la Mecque, le Conseil sanitaire international a reçu enfin des nouvelles officielles du choléra par le gouverneur général du Hedjaz. La mortalité, d'après cette dépêche, est en moyenne de trois à six par jour. Les pèlerins turcs auraient eu relativement peu à souffrir. Ce sont principalement les pèlerins de Java et du Soudan, c'est-à-dire ceux qui ont fait escale à Aden, qui sont atteints. Le gouverneur général affirme d'ailleurs très-nettement que la maladie a été importée par cette catégorie de pèlerins, et il confirme ce qui a déjà été dit de la négligence bien constatée du résident d'Aden, que l'on devrait rappeler sévèrement à l'accomplissement de ses devoirs.

Cette négligence, si nous en croyons la correspondance du *Temps*, n'est malheureusement pas un fait exceptionnel. Dernièrement le gouverneur général de Bombay a demandé que les provenances de sa province fussent exemptées de la quarantaine. A la suite des explications qui lui ont été demandées par le service sanitaire, il a été obligé de reconnaître qu'il existait à Bombay et à Surate des cas sporadiques de choléra; mais, d'après lui, cette situation ne motivait pas le maintien de la quarantaine. Le Conseil de santé d'Égypte a très-judicieusement jugé d'autre façon et a maintenu la quarantaine, ainsi que le Conseil de santé de Constantinople, et, jusqu'à nouvel ordre, les provenances de ces contrées et celles du golfe Persique seront soumises à la quarantaine à Bassorah.

De plus, afin de prémunir mieux encore l'Europe contre la propagation de l'épidémie cholérique pour les pèlerins retournant du Hedjaz, l'Égypte vient de prendre une excellente mesure. Le Conseil de santé a décidé que la quarantaine, au lieu de se faire à El-Tohr, au pied du Sinaï, serait subie par les pèlerins sur la côte arabique même, au lieu dit El-Wech ou El-Ouach. Ce point de la côte est une possession de l'Égypte. Il y existe une assez belle rade, mais il n'y a pas d'eau en quantité suffisante. On a dû y installer des appareils de distillation en même temps qu'on y transportait du matériel pour campement et de grandes quantités de vivres.

De son côté, le Conseil de santé de Constantinople va insister auprès du gouvernement ottoman pour qu'il participe à l'œuvre commune en envoyant des provisions dont les dépôts doivent être assez considérables pour nourrir des milliers de pèlerins pendant toute la période de quarantaine. En tout cas, ce qui est certain et rassurant, c'est que tous les pèlerins subiront ces rigueurs nécessaires, et que, si quelques-uns parviennent à s'y soustraire, ils seront inexorablement repoussés des ports de la Méditerranée.

Le gouvernement ottoman vient d'envoyer à la Mecque un renfort de cinq médecins, bien entendu musulmans, l'entrée du Hedjaz étant interdite aux chrétiens. Le Conseil de santé a expédié par la même occasion des caisses de médicaments et de matériel médical.

— MM. le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine; le docteur Fischer, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle; le docteur Hamy, conservateur du Musée d'ethnographie, sont nommés officiers de l'instruction publique.

M. Lejeanne, pharmacien de première classe de la marine, est nommé officier d'Académie.

— L'administration municipale de la ville de Paris a l'intention de créer trois dépôts mortuaires analogues à ceux qui existent à l'étranger. Ils seraient situés aux cimetières du Nord, de l'Est et du Sud.

Les corps seraient placés dans des cercueils spéciaux dont la partie supérieure, correspondant à la tête, serait mobile et percée de trous en prévision des cas où la mort ne serait qu'apparente. Dans une chambre voisine, la chambre dite de résurrection, on trouverait tous les appareils de nature à ramener à la vie un corps susceptible d'être ranimé.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Manoury (de Rouen), qui, de passage à Paris, y a succombé subitement avant-hier, mardi, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

— M. le professeur Robin commencera son cours d'histologie le samedi 5 novembre 1881, à cinq heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Jaccoud commencera son cours de pathologie médicale, le mardi 8 novembre 1881, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Bouchard commencera son cours de pathologie et thérapeutique générales, le jeudi 10 novembre 1881, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques le vendredi 4 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure (salle Saint-Jean).

— M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie vendredi 4 novembre, à deux heures, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, 172, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11878.

N° 127. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 5 NOVEMBRE 1881. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . . 9 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 4 novembre 1881.

La levée de la séance de l'Académie, après la communication de la correspondance et le compte-rendu fait par M. le président des obsèques de M. Bouillaud, nous laisse une place et un loisir que nous ne saurions mieux employer qu'en exposant ici un court résumé d'un travail très-remarquable que M. A. Gautier déposait dans l'une des précédentes séances sur le bureau de l'Académie. Il s'agit d'un sujet de chimie qui intéresse au plus haut degré la physiologie générale et la pathogénie; nous voulons parler des « alcaloïdes dérivés des matières protéiques sous l'influence de la vie des ferments et des tissus ».

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié la très-intéressante communication que M. Brouardel, tant en son nom qu'au nom de M. Boutmy, faisait à l'Académie dans sa séance du 10 mai dernier, sur un réactif propre à faire distinguer les ptomaïnes (alcaloïdes toxiques formés pendant la putréfaction cadavérique) des alcaloïdes végétaux, avec lesquels elles présentent de très-grandes analogies par leurs caractères chimiques comme par leurs propriétés physiologiques; d'où des erreurs possibles dans les expertises médico-légales, erreurs qu'il importait de prévenir.

Dans la courte discussion qui suivit cette lecture, la question, du point de vue purement toxicologique et juridique où elle avait été posée d'abord, s'éleva à des considérations générales de pathogénie et d'étiologie dans lesquelles microbes, microzymas et produits de la composition putride, non-seulement après la mort, mais même pendant la vie, furent mis en présence. La discussion fut trop courte pour qu'il en pût jaillir une grande lumière ; mais elle laissait voir un champ nouveau d'étude dont l'exploration semblerait faire espérer de féconds résultats. A côté des microbes, qui nous donnent la clef d'une partie de l'étiologie, l'étiologie de l'extériorité, les ptomaïnes nous apporteraient les éléments d'une détermination plus précise de cette étiologie intérieure des maladies dites spontanées, qu'on a niées faute de les comprendre, et qui ont été récemment, à l'Académie même, l'objet d'une si singulière confusion.

M. A. Gautier, qui avait pris sa part dans le petit débat que nous venons de rappeler et qui y était d'autant plus autorisé qu'à lui revient en grande partie l'honneur de la découverte de la formation des alcaloïdes en question par la putréfaction de l'albumine, vient, dans le travail que nous avons sous les yeux, de reprendre magistralement l'étude de ce sujet. Nous négligerons, et pour cause dans ce rapide résumé, la partie technique de ce travail, pour en faire ressortir les principales conséquences aux points de vue qui nous intéressent plus particulièrement.

Des alcaloïdes vénéneux existent dans les matières cadavériques; ils proviennent de la putréfaction des matières albuminoïdes ; ils ne sont identiques à aucun des alcaloïdes végétaux connus, mais on peut les confondre avec quelques-uns d'entre eux, et il convient de les distinguer soit par un ensemble de réactions chimiques appropriées, soit par l'étude attentive des symptômes de l'intoxication.

Tel est le premier ordre de vérités nouvellement établies, mais qui jusqu'ici ne sortent pas du domaine de la toxicologie et de la médecine légale.

Mais la notion de ces premiers faits a conduit à une conception beaucoup plus large de l'ensemble des problèmes qu'ils soulèvent.

Des expériences de M. Gautier, de celles de ses élèves et d'observations déjà anciennes, mais restées sans interprétation, il résulte que les matières alcaloïdiques se forment normalement dans l'économie par le processus ordinaire de la vie des tissus, qu'on les retrouve en plus ou moins grande quantité dans la bile, les urines, le suc musculaire ; qu'elles font partie de certaines sécrétions normales très-actives, telles que les venins qui leur doivent en partie leurs propriétés; qu'elles semblent se produire peut-être en quantité considérable dans quelques circonstances pathologiques et deviennent une des causes des troubles fonctionnels qui se succèdent dans beaucoup de maladies, tout spécialement lorsque le mouvement de désassimilation est exagéré, et surtout lorsque l'élimination des produits urinaires est enrayée.

Et d'abord on sait qu'à l'état normal on trouve dans quelques-unes de nos sécrétions une certaine quantité de bases alcalines. La plupart de ces alcalins, il est vrai, ne sont pas vénéneux ou ne sont que peu toxiques. Mais l'économie produit normalement des substances toxiques alcaloïdiques ou amidées très-manifestement toxiques (la créatine, les acides biliaires, certaines matières extractives de l'urine).

La découverte faite par M. G. Pouchet dans les urines normales d'un alcaloïde d'une énergie toxique considérable, assimilable aux ptomaïnes, et qui, à n'en pas douter, doit, lorsqu'il n'est pas éliminé par les reins, s'accumuler dans le

sang et déterminer des accidents pathologiques analogues à ceux de l'urémie, cette découverte, disons-nous, a conduit M. Gautier à rechercher si ces produits très-actifs et encore mal connus que produisent les glandes venimeuses, telles que le venin de cobra capello, par exemple, ne devraient pas tout ou partie de leurs propriétés redoutables à la présence d'alcaloïdes analogues aux ptomaïnes ou à des substances semblables à celles qu'on retrouve dans les urines normales et peut-être même dans la salive d'animaux supérieurs.

C'est ce que l'expérience a confirmé. M. Gautier est parvenu à retirer d'une petite quantité de venin de trigonocéphale, et surtout de naja de l'Inde, deux alcaloïdes précipitant par les réactifs généraux des bases organiques et donnant lieu à des produits semblables à ceux de la classe des ptomaïnes. Il s'agissait donc bien là, pour lui, de substances appartenant à cette classe.

Des corps toxiques analogues à ceux que l'on retire des venins se retrouvant à l'état normal dans nos urines, il était naturel de rechercher les mêmes substances dans la salive produite par les glandes correspondant à celles qui donnent les sécrétions vénéneuses des serpents. L'expérience a confirmé ce point de vue théorique. La salive normale humaine, examinée par M. Gautier, contient, en effet, une ou plusieurs substances toxiques, et, quoiqu'elle diffère beaucoup d'activité suivant le moment où elle est sécrétée par les diverses glandes salivaires, son extrait est venimeux au moins pour les oiseaux. A ce compte, le venin des serpents différerait de la salive humaine par l'intensité de ses effets, bien plus que par sa nature intime.

D'après quelques observateurs, l'empoisonnement par les poissons vénéneux des mers de Chine et d'Australie ressemblerait entièrement, aux points de vue physiologique et pathologique, à l'empoisonnement par le venin des serpents; nouvelle preuve, suivant M. Gautier, que les matières vénéneuses comparables aux venins classiques des ophidiens peuvent se produire à l'état normal dans les organes les plus divers : dans le foie et quelques parties de l'enveloppe cutanée chez les poissons des mers de Chine, dans les glandes de la peau chez les batraciens, dans divers organes appendiculaires chez la guêpe, le scorpion, etc. En un mot, les organes les plus variés sécrètent ces poisons partout produits chez les animaux dits venimeux, comme chez les animaux dénués en apparence de venin, mais qui semblent chez ceux-ci s'éliminer sans cesse par les urines, la salive, la peau, etc.

Voici les conclusions de ce remarquable travail. Les substances alcaloïques vénéneuses d'origine cadavérique sont caractérisées non-seulement par leurs fonctions basiques et leurs propriétés énergiquement réductrices, mais aussi par leur toxicité plus ou moins grande et leurs autres effets physiologiques, savoir : la dilatation, l'irrégularité, puis le resserrement de la pupille, le trouble des battements cardiaques, la stupeur ; plus tard, les convulsions tétaniques, la mort avec arrêt du cœur en systole; la coagulation difficile du sang après l'empoisonnement ; enfin la perte de la contractilité du muscle, sur lequel on fait agir inutilement, après la mort, l'excitation galvanique.

Ces propriétés caractéristiques appartiennent non-seulement à ces substances d'origine cadavérique découvertes par MM. Selmi et Gautier dans les matières albuminoïdes putréfiées, mais à un certain nombre de composés toxiques que l'on peut retirer des excrétions ou sécrétions normales des animaux supérieurs. L'exagération dans la formation de ces substances, sous l'influence de troubles morbides ou de l'arrêt de leur sécrétion, est très-probablement la cause d'un grand nombre de phénomènes anomaux dont l'évolution n'a été jusqu'ici que très-imparfaitement expliquée. Ces substances que l'on retire des cadavres, des matières animales en voie d'altération, des venins de serpents, appartiennent à la même famille que celles que M. Gautier a reconnues dans les urines normales, la salive, et ces matières apparaissent, en un mot, non pas comme des exceptions pathologiques ou des produits putrides cadavériques, mais comme des résidus nécessaires de la vie des tissus, pouvant normalement s'accumuler dans le sang, ou être normalement sécrétées pour les besoins les plus divers.

De ce que l'oxygène pénètre partout, grâce à la respiration et au sang, continue M. Gautier, il ne s'ensuit pas cependant que la vie, c'est-à-dire les phénomènes successifs d'assimilation et de désassimilation de nos tissus, soit essentiellement aérobie. Par la répétition et l'interprétation de l'une des expériences célèbres de Pottenkoffer et Voit sur la combustion animale, M. Gautier est arrivé à constater que les 4/5 environ de nos combustions internes sont de véritables fermentations aérobies, comparables à l'oxydation de l'alcool sous l'influence du *mycoderma vini* ou *aceti*, et que 1/5 de ces combustions désassimilatrices se produit aux dépens des tissus eux-mêmes, sans nul recours à l'oxygène étranger; en un mot, que cette partie des tissus vit à la façon des ferments anaérobies.

Si donc la vie intime de cette partie des cellules animales, groupées en tissus et vivant sans oxygène emprunté à l'air, est semblable, par la façon dont elle assimile et désassimile la matière organique, à la vie des ferments anaérobies, on doit observer dans nos produits d'excrétion les substances mêmes que l'on retrouve dans les fermentations anaérobies des mêmes matières albuminoïdes, c'est-à-dire dans les fermentations putrides. C'est ce qui a lieu en effet. On retrouve dans nos sécrétions l'ensemble des produits de la putréfaction proprement dite : l'acide carbonique, l'ammoniaque en partie libre, en partie à l'état de sels, en partie à l'état d'urée ; le phénol, l'indol des excréments et des urines ; les acides acétique, butyrique et les acides gras supérieurs ; l'acide lactique, succinique, phenylacétique, etc. ; la xanthine et la sartrine observés dans les urines comme dans les putréfactions ; l'hydrogène, l'azote, les gaz sulfurés et phosphorés du tube digestif, etc.

Quant à ces autres produits si importants de la putréfaction, ces alcaloïdes organiques, souvent toxiques, qui ont fait l'objet de cette étude, et que l'on devait dès lors s'attendre à trouver dans les urines, le sang, les liquides de nos glandes et de nos tissus, on vient de voir que M. Gautier les a signalés dans les urines, les venins et la salive, avec leur caractéristique chimique et physiologique. On devra s'attendre à les trouver également, quand on les cherchera, dans les liquides musculaires, les sécrétions glandulaires, le sang, où ils paraissent s'accumuler dès que les reins, la peau, le tube digestif, ne les éliminent pas. De là les phénomènes morbides variés qui résultent de l'action de ces substances sur le système nerveux.

Ce rapide aperçu suffira, nous l'espérons, pour faire comprendre ce que ces études physico-chimiques sur les fermentations peuvent apporter de lumière dans l'interprétation d'un grand nombre de phénomènes morbides.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Pleurésie traumatique.

Le malade du numéro 5 de la salle Saint-Charles est un homme de soixante-trois ans, fort, solide, jouissant ordinairement d'une bonne santé, en apparence du moins. Il est peintre en bâtiments et n'a jamais ressenti aucun phénomène d'intoxication saturnine, point de coliques, point de paralysie, rien autre que quelques douleurs fugaces dans les membres, comme tout le monde peut en éprouver.

Le seul phénomène plombique que nous trouvions chez lui, c'est le liséré nettement accusé du bord des gencives.

Cet homme est entré à l'hôpital, à la suite d'un accident, pour un coup violent reçu dans le côté gauche. Une douleur assez vive s'en est suivie qui persiste encore et s'est accompagnée d'une toux quinteuse, d'un malaise général, d'étouffements intenses, d'une assez grande difficulté à monter un escalier et à marcher, enfin d'un peu de fièvre.

Nous avons constaté, en effet, à son arrivée dans nos salles, de la toux, de la dypsnée, une douleur de côté assez vive à la base de la poitrine, au niveau d'une ecchymose, dont on voit encore les traces actuellement. Sont-ce là les suites d'une simple contusion, ou n'y a-t-il pas quelque autre chose en plus?

L'examen de la poitrine ne montre pas d'augmentation de volume du côté malade ; je dirai même que le côté opposé est peut-être un peu plus gros, comme cela est assez ordinaire chez les individus qui se servent surtout, dans leurs travaux manuels, du membre supérieur droit.

Les vibrations thoraciques, normales à droite, font complètement défaut à gauche. A droite, la percussion donne une sonorité ordinaire ; à gauche, elle fait entendre une matité qui s'élève jusqu'au-dessus de l'angle du scapulum, occupant environ les deux tiers inférieurs de la poitrine. A l'auscultation, on entend à droite le murmure vésiculaire troublé par quelques râles ronflants ; en haut et à gauche, mêmes râles avec un peu de sibilance ; en bas, du même côté, absence du murmure respiratoire correspondant à la matité démontrée par la percussion. On constate de plus à gauche un peu d'égophonie.

Ces différents phénomènes nous indiquent une pleurésie gauche avec épanchement, pleurésie consécutive à un traumatisme.

La pleurésie est rare chez les individus qui ont atteint l'âge de cinquante-cinq à soixante ans ; elle est exceptionnelle après soixante-dix ans, et, lorsque parfois on la rencontre, passé cet âge, elle est ordinairement une complication soit d'une tuberculose, soit d'un cancer du poumon ou de la plèvre. Par contre, la pleurésie traumatique est relativement assez fréquente chez le vieillard.

La pleurésie traumatique est le résultat de la propagation à la plèvre de l'inflammation musculaire, c'est une pleurite avec épanchement séreux dans la cavité pleurale ; affection ordinairement peu grave, qui guérit bien, soit d'elle-même, soit par l'application d'un vésicatoire, et dans laquelle, le plus souvent, les ventouses scarifiées sont inutiles. Une potion narcotique, telle qu'un julep gommeux avec 15 grammes de sirop diacode, contre la douleur de côté, est d'une bonne prescription surtout quand la pleurite se complique, comme ici, d'un peu de bronchite.

Ceci dit, j'en aurais fini avec ce malade, si, en l'examinant avec attention, je n'avais découvert chez lui d'autres lésions, dont il ne se doute pas, n'en souffrant nullement. Ce sont : un pouls bondissant, large mais très-dépressible ; des artères radiales un peu flexueuses par suite d'athéromes, des artères cubitales dilatées et agitées, des artères humérales, enfin, présentant un mouvement d'expansion assez considérable pour pouvoir être aperçu encore à une certaine distance ; il en est de même des artères crurales. Ce phénomène tout spécial est ce que l'on a appelé la danse des artères ; il est dû à un état athéromateux des vaisseaux, dont les parois sont devenues dures, presque cartilagineuses. De plus on perçoit dans les carotides, et dans les crurales surtout, un souffle fort, râpeux, simple et parfois double. En pareils cas, l'aorte et le cœur sont ordinairement altérés aussi. Ici nous trouvons peu d'impulsion de l'organe cardiaque, on ne sent pas les battements, la percussion délimite mal ses dimensions, mais à l'auscultation on entend un souffle doux, aspiratif, au second temps et à la base, qui se prolonge dans l'aorte.

Si l'on interroge le malade, il répond qu'il n'a jamais eu ni battements de cœur, ni étouffements, ni syncopes, ni étourdissements ; il répond qu'il travaille facilement et qu'il mange bien. Donc nuls phénomènes morbides qui soient en rapports avec les signes physiques dont on constate facilement l'existence.

La figure est d'une teinte pâle, jaunâtre, caractéristique de l'anémie saturnine. Les reins ne paraissent pas altérés, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Nous sommes donc ici en présence, du côté du cœur, d'une insuffisance de l'orifice aortique sans altération valvulaire, insuffisance qui s'est produite comme d'habitude par propagation de l'affection artérielle à l'organe cardiaque. C'est bien plutôt une affection artérielle, une maladie de l'aorte qui s'étend au cœur ; et dans ce cas on trouve une aorte dilatée en même temps qu'athéromateuse, tandis que les valvules restent saines. Or une dilatation plus grande en regard de valvules ayant conservé leurs dimensions normales produit une insuffisance de l'orifice aortique.

C'est en pareils cas que le cœur est généralement hypertrophié et dilaté, notamment le ventricule gauche, comme l'étendue plus grande de la matité dans le sens vertical le démontre ordinairement.

Mais chez notre malade nous ne sentons rien, nul signe d'hypertrophie ; aussi serions-nous assez disposé à songer à une dégénérescence graisseuse du cœur, comme cela se remarque fréquemment chez les sujets athéromateux.

Quant au pronostic, je dirai que, pour le moment, cet homme ne paraît pas très-malade ; il ne se doute même pas qu'il le soit en quoi que ce soit, en dehors de sa pleurésie traumatique. Mais que va-t-il devenir avec son insuffisance aortique ? Tout d'abord nous pouvons dire que celle-ci ne guérira pas. Mais d'autre part nous devons ajouter qu'il peut néanmoins vivre encore très-longtemps, quinze, vingt ans et plus même, la circulation sanguine n'étant pas entravée.

Cependant, si la vie peut se prolonger autant, elle peut aussi finir beaucoup plus tôt sous l'influence de quelque affection accidentelle, érysipèle ou pneumonie surtout, peu grave en soi, mais qui, par suite de l'affection du cœur préexistante, peut acquérir un degré de gravité extrême.

J'espère cependant bien que la pleurésie légère dont il est atteint ne saurait mettre sa vie en danger ; mais la durée de sa maladie sera plus longue, grâce à la lésion cardiaque.

Cet homme peut aussi, et surtout, mourir subitement les statistiques nous montrent qu'un cinquième des morts subites est la conséquence d'une insuffisance aortique. Il y

a chez ces malades plusieurs genres de mort subite possibles. Les uns sont sujets à des hémorrhagies cérébrales par le fait des athéromes artériels et de l'hypertrophie cardiaque. Le sang, plus violemment chassé dans des vaisseaux dont les parois altérées peuvent céder et se rompre, amènera une hémorrhagie cérébrale. Celle-ci peut encore survenir par thrombose et ramollissement, mais ces accidents sont plus rares dans l'insuffisance aortique, à moins de dégénérescence graisseuse du cœur. Enfin l'aorte, toujours malade, passe pour ainsi dire à l'état de cuir sec qui peut se casser, se rompre, et la mort est immédiate. Mais la mort est encore possible, soit par syncope, surtout dans la dégénérescence du cœur, soit par rupture du cœur lui-même, soit aussi parce que le cœur dégénéré est mal irrigué, mal nourri par ses artères coronaires qui reçoivent moins de sang.

Notre malade nous paraît d'autant plus menacé de mort subite qu'à ses athéromes artériels et à son insuffisance aortique se joint encore une dégénérescence graisseuse du cœur.

Quant aux causes des lésions artérielles et aortiques, nous les trouvons dans sa profession même, dans l'intoxication saturnine dont elles sont une des manifestations.

L'alcoolisme dispose aussi aux athéromes, mais chez lui cette cause ne paraît pas exister.

Quant au traitement de ces lésions, dont il ne souffre en rien, nous n'avons rien à faire, rien à lui prescrire qu'une bonne hygiène, une bonne nourriture, une vie sans fatigue, et un peu de quinquina contre l'anémie dont il est atteint. Mais, pour sa pleurésie traumatique, nous ordonnerons la teinture de digitale et l'application d'un vésicatoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1881. — Présidence de M. Guéniot.

CORRESPONDANCE

1° MM. Krishaber et Magitot se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. 2° M. Langlebert adresse une note sur une méthode qui consiste en injections de pommades préalablement préparées avec la vaseline comme excipient, et émulsionnées ensuite dans des quantités variables d'eau distillée. 3° M. Félix Hément signale le fait suivant : Dans une institution de sourds-muets, on a constaté quelques enfants auxquels la parole a été rendue avec l'accent de leur pays, dès les premiers moments où ils commencèrent à parler.

PRÉSENTATIONS

M. Guéniot présente en son nom une brochure sur l'acupuncture comme moyen de diagnostic des polypes utérins et du renversement de la matrice.

M. Henri Gueneau de Mussy présente, au nom de M. Riant, un travail intitulé : *Hygiène du cabinet de travail.*

M. le Président annonce la mort de M. Bouillaud, et, en signe de deuil, lève la séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre 1881. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Inoculation de la syphilis par l'intermédiaire des greffes épidermiques. — M. Féréol communique une observation recueillie par M. le docteur Deubel, et qui a pour titre : *Érysipèle gangreneux. Emploi des greffes épidermiques pour hâter la cicatrisation. Inoculation de la syphilis par l'intermédiaire des greffes.* Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de quarante-neuf ans qui, en janvier 1881, fut atteint d'un érysipèle gangreneux ayant pour point de départ une ulcération superficielle siégeant sur des hémorrhoïdes, envahissant le tiers supérieur de la cuisse gauche et détruisant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire de la face antérieure du membre. Le 7 mars, 45 greffes dermo-épidermiques prises sur cinq personnes de vingt à quarante ans furent placées sur la moitié externe de la plaie bourgeonnante, qui ne mesurait pas moins de 3 décimètres carrés ; 33 greffes contractèrent adhérences. Le 18 mars, 28 greffes furent prises sur la muqueuse buccale d'un lapin ; elles disparurent par fonte cellulaire. Le 23 mars, 40 greffes prises sur sept personnes de douze à cinquante ans furent placées sur la moitié interne de la plaie ; 30 conservèrent leur vitalité. Grâce à ces greffes, dont un grand nombre réussit, la plaie commençait à être entièrement cicatrisée, quand, le 5 avril, apparut sur la moitié externe de la plaie, qui avait reçu les premières greffes, une ulcération gris-bleuâtre, creusée en forme de godet, de la dimension d'une pièce d'un franc. Les jours suivants, se produisirent de nouvelles ulcérations semblables, et dans l'espace de trois jours la cicatrice fut complètement détruite. Dix semaines après l'application des premières greffes (19 mai), apparut une roséole abondante ; bientôt le malade eut une éruption croûteuse du cuir chevelu, et plus tard des plaques muqueuses dans la bouche. Un des fils du malade, âgé de vingt-cinq ans, et qui chaque fois avait fourni des greffes, vint trouver M. Deubel en se plaignant de douleurs et de démangeaisons à l'anus ; il avait des plaques muqueuses ; dix-huit mois auparavant, il avait eu un chancre pour lequel il n'avait pas jugé nécessaire de consulter un médecin. J'avais donc, dit M. Deubel, communiqué la syphilis à mon malade par le sang qui adhérait aux greffes prises sur son fils. Depuis quelques semaines seulement sa plaie est entièrement cicatrisée, c'est-à-dire huit mois après le début de son érysipèle.

Lésion valvulaire du cœur; mort subite. — M. Féréol nous communique un second fait qui lui a été adressé par un autre confrère. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, ouvrier mouleur, pâle, maigre et grand, cependant d'une bonne santé habituelle et sans antécédents personnels ou héréditaires, qui, un matin, étant parti dans les bois pour y chercher des oiseaux de proie, y fut trouvé mort peu de temps après. On crut à un assassinat ; il y eut une enquête. L'autopsie révéla la présence d'une lésion considérable du cœur et de l'aorte, qui aurait passé complètement inaperçue pendant la vie. Le cœur était énorme ; le ventricule gauche, en particulier, était très-hypertrophié. L'orifice aortique était rétréci, induré, et on y trouvait un grand nombre de végétations. Ce jeune homme, dans la profession qu'il exerçait, faisait de grands efforts.

Épidémie d'ecthyma. — M. Vidal. D'après la relation que M. du Castel vient de nous faire d'une épidémie d'ecthyma survenant chez des sujets varioleux, il semble bien qu'il y ait eu réellement une propagation contagieuse. Je suis d'autant plus disposé à l'admettre que l'ecthyma, ainsi que je l'ai démontré par des expériences, confirmées depuis par celles de Douaud (de Bordeaux) et de Vincenzo Tanturri (de Naples), est inoculable et par conséquent contagieux. On comprend très-bien que les germes de l'ecthyma aient pu trouver dans les excoriations de la peau produites par la variole une porte d'entrée facile. La multiplicité des lésions varioliques explique le très-grand nombre de pustules d'ecthyma développées dans un court espace de temps, presque simultanément, sur toutes les régions du corps, et la gravité de cette complication. J'ai employé intentionnellement le mot vague de germes pour désigner l'agent contagieux. Il est possible, il est probable même, qu'il ait pour éléments figurés les spores et les bactéries que M. du Castel a trouvées dans le liquide des pustules ecthymateuses. Vous avez entendu les sages réserves faites à cet égard par notre collègue : je m'y associe complètement.

Il est actuellement impossible de distinguer les unes des autres par leurs caractères microscopiques les microbes de l'ecthyma de ceux qu'on rencontre dans les bulles des diverses variétés de pemphigus, dans les vésico-pustules de l'impétigo, et même dans les phlyctènes produites par les vésicants.

Depuis plusieurs années, je m'occupe de cette étude. J'ai trouvé des bactéries et des spores brillantes isolées ou groupées par petits amas, en général de trois, quatre ou cinq, dans les pustules d'*ecthyma*, lorsque le liquide devient purulent. Leur maximum est du quatrième au sixième jour.

J'ai vu des microbes, en apparence identiques aux précédents, dans les bulles du *pemphigus*. En 1876, avec M. Déjérine, alors interne de mon service, nous les avons constatés dans les bulles du *pemphigus épidémique des nouveau-nés*.

Ce pemphigus, comme vous le savez, est inoculable et contagieux. Avec M. André, mon chef de laboratoire, nous les avons trouvés dans les bulles du *pemphigus diutinus* que je n'ai jamais réussi à inoculer. Vous les verrez encore dans les bulles de l'*érythème polymorphe* (érythème exsudatif multiforme), dont on a voulu faire un pemphigus aigu et qui n'est pas inoculable. Vous les trouverez même dans les bulles et les phlyctènes produites par les agents vésicants.

Dans l'*impetigo contagiosa*, Piffard, de New-York, Kaposi, Geber, E. Lang, et dernièrement encore Radcliffe Crocker, ont observé des spores et des chaînettes de spores. Deux fois j'ai pu vérifier l'exactitude de leur description. Mais, dans les autres variétés de l'impétigo, j'ai trouvé aussi des microbes qui me paraissaient exactement semblables aux précédents. Du reste toutes les variétés d'*impetigo* sont inoculables et contagieuses.

En résumé, dans toutes ces bulles, ces vésico-pustules et ces pustules, on trouve des microbes qui, à l'examen microscopique, même avec de forts grossissements (oc. 1, obj. 10 à immersion de Verick), ont une telle ressemblance qu'on ne peut les discerner les uns des autres. Pour affirmer leur spécificité, il faudrait les cultiver et reproduire la lésion par l'inoculation avec le liquide de culture. C'est ce qu'a fait M. Pasteur pour la bactérie du choléra des poules et pour la bactéridie des affections charbonneuses.

Mais, pour faire ces cultures, il faudrait la grande expérience, il faut tout au moins la rigueur scientifique de l'éminent savant dont je viens de prononcer le nom. Autrement on s'expose à commettre les erreurs les plus invraisemblables. A propos des microbes de la tuberculose, des bacilli du paludisme, je pourrais déjà vous en citer un certain nombre. Voici une de ces conclusions hâtives dont le résultat est assez bizarre pour nous montrer combien nous devons être prudents lorsque nous nous engageons dans cette voie d'expérimentation difficile. Au congrès médical international de Londres, un médecin de Rome, le docteur Angelucci, soutenait que, malgré leurs différences cliniques, le psoriasis, une variété de l'eczéma, et le molluscum contagiosum (acné varioliforme), étaient produits par un seul et même parasite. Ayant vu dans les squames du psoriasis, dans les croûtelles de l'eczema populosum et dans les comédons du molluscum contagiosum des spores réunies en zooglées, il les cultiva séparément. Dans les liquides de culture ces spores se développèrent et formèrent des bactéries. Ces bactéries ayant les mêmes caractères apparents, le docteur Angelucci se hâte d'affirmer leur identité, sans avoir cherché à la démontrer par le succès des inoculations.

Traitement de la phthisie pulmonaire. — M. DEBOVE a recours à la sonde œsophagienne pour nourrir les phthisiques atteints d'une inappétence absolue. Ayant dans son service une phthisique qui ne pouvait plus rien supporter, pas même le lait, il eut l'idée de la nourrir avec le tube de Faucher; il lui fit prendre, par ce moyen, d'abord un litre de lait, puis de la viande et des œufs. Cette malade, qui auparavant vomissait tout ce qu'elle prenait, put ainsi garder tout ce qu'on lui donnait; elle arriva à prendre ainsi, sans avoir de vomissements, deux litres de lait, 200 grammes de viande et dix œufs. Elle tolère très-bien tout cela; bien plus, l'appétit lui est revenu; son poids augmente de plus de 100 grammes par jour; en même temps, les phénomènes de la phthisie s'amendent; les sueurs ont disparu; les forces reviennent, ainsi que le sommeil et l'appétit. Devant un pareil résultat, M. Debove n'a pas hésité à employer le même moyen chez tous ses phthisiques.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a, dans ce moment-ci, dans son service, six femmes soumises à ce traitement, à ce véritable gavage, pourrait-on dire. Cela prouve bien que l'appétit n'est pas en rapport avec l'état de la muqueuse digestive. Il s'agit là de phthisiques sans appétit et qui vomissaient tout ce qu'elles prenaient. Depuis qu'elles sont soumises à ce mode de traitement, elles n'ont plus vomi; l'appétit renaît chez elles; les forces reviennent; les sueurs ont presque complètement disparu, la diarrhée n'a pas reparu. On sait, en effet, que tout ce qui élève la nutrition empêche les progrès de la tuberculose. Il y a là un nouveau sujet d'expérimentation bien digne de fixer l'attention des cliniciens.

M. JOFFROY a obtenu des effets analogues en donnant des lavements nutritifs à des cancéreux. Il a observé les mêmes phénomènes, c'est-à-dire que l'anorexie disparaît, l'appétit et les forces reviennent. Mais cette amélioration ne persiste pas, et chez les deux malades qu'il a observés, atteints, l'un d'un cancer à l'estomac, l'autre d'un cancer du rein, après cette amélioration passagère la mort est survenue rapidement.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

390. M. GODIN. Essai sur l'état physique dans la famille et au collège. — 391. M. ROMESTAN. Des kystes hydatiques des reins. — 392. M. BESSIÈRE. Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale. — 393. M. RICARD. Contribution à l'étude de la tuberculose des synoviales articulaires et des diverses formes cliniques qu'elle peut revêtir. — 394. M. DE BRICON. Quelques observations de rhumatisme cérébral. — 395. M. PELGRIN. Essai sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive. Conséquences qu'on peut en déduire au point de vue du siège de la formation de l'urée dans l'organisme. — 396. M. RODET. De la sonde œsophagienne à demeure. — 397. — M. PETIT. Des polypes naso-pharyngiens.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1881-1882 s'ouvriront à la Sorbonne le lundi 7 novembre 1881.

M. le professeur P. Desains commencera son cours de physique le mardi 8 novembre 1881, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications.

M. le professeur Troost commencera son cours de chimie le lundi 7 novembre 1881, à une heure, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Il exposera les lois générales de la chimie et fera l'histoire des métalloïdes.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera son cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, le mardi 8 novembre 1881, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il fera dans la première partie de son cours l'histoire des articulés et des vers.

M. Dastre, suppléant M. le professeur Paul Bert, commencera le cours de physiologie le lundi 7 novembre 1881, à trois heures et demie, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera de la physiologie générale du sang, de la circulation et de la sécrétion au point de vue expérimental.

M. le professeur Friedel commencera son cours de minéralogie le mercredi 9 novembre 1881, à une heure et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il étudiera les caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales.

M. Duclaux, maître de conférences, commencera un cours annexe de chimie biologique le mardi 8 novembre 1881, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera du rôle chimique et physiologique des ferments et de leurs applications industrielles.

— Les conférences commenceront le lundi 14 novembre 1881. Les étudiants n'y seront admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté des sciences et sur la présentation de leur carte d'entrée.

M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundi, mercredi, jeudi et vendredi de chaque semaine, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Lippmann, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin. Ces conférences auront lieu le mardi et le samedi, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques.

M. Jeannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie le mardi et le samedi de chaque semaine, à huit heures et demie du matin, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Jolly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique le mardi et le samedi, à dix heures et demie du matin, au laboratoire de la rue de Gerson, ainsi que des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs de chimie.

M. Salet, maître de conférences, fera, les mercredi et vendredi de chaque semaine, à trois heures et demie, dans son laboratoire, des conférences sur différents points de chimie indiqués par M. le professeur Wurtz.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours, de neuf heures du matin à midi et de une heure à cinq heures du soir, sous la direction de M. Riban, maître de conférences et directeur-adjoint du laboratoire de chimie. Les manipulations pour la licence ès sciences auront lieu le mercredi et le jeudi de chaque semaine, à neuf heures du matin.

M. J. Chatin, maître de conférences, fera, le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, tous les mardis, à huit heures du soir, et tous les mercredis et vendredis, à deux heures, des conférences sur des sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

M. Vélain, maître de conférences, fera, le lundi et le jeudi, à une heure, au laboratoire de géologie, des conférences sur diverses parties de la géologie. De plus, les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains.

Seront professés pendant le second semestre de l'année scolaire 1881-1882 : 1° la deuxième partie du cours de physique, par M. le professeur Jamin ; 2° la deuxième partie du cours de chimie ; 3° la chimie organique, par M. le professeur Wurtz ; 4° la deuxième partie du cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, par M. le professeur Milne-Edwards ; 5° le cours de botanique, par M. le professeur Duchartre ; 6° le cours de géologie, par M. le professeur Hébert ; 7° le cours annexe de physique céleste, par M. Wolf, chargé de cours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 octobre 1881, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Baudot, Dubujadoux, Morer, Bachos, Capdevielle, Vautrin, Mareschal, Voizard, Boutié et Bruant ;

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Breuil et Prestat.

— Il sera procédé, le mardi 8 novembre 1881, dans l'une des salles de la mairie du dixième arrondissement de la ville de Paris, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance. Le scrutin restera ouvert de midi à quatre heures du soir.

— Les dernières nouvelles d'Aden nous apportent les informations suivantes sur l'intensité du choléra dans cette ville. Le résumé exact de la marche de la maladie depuis son apparition jusqu'à sa disparition, c'est-à-dire du 2 août au 27 septembre, comporte 184 cas et 149 décès. Aucun cas ni aucun décès depuis le 27 septembre. Les 149 décès se décomposent ainsi : 12 Arabes, 132 Africains, 5 Indiens ; tous musulmans.

Il n'y a pas eu un seul cas parmi les Européens, les soldats indiens de la garnison, les juifs et les Parsis. La population d'Aden étant d'un peu plus de trente-cinq mille habitants, il s'ensuit que le choléra, dans l'espace de sept semaines, a enlevé quatre individus sur mille.

— L'épidémie de variole qui sévit depuis quelque temps déjà à Bordeaux a sensiblement augmenté dans ces derniers. C'est ainsi que l'on comptait récemment 40 varioleux à Pellegrin et 14 à l'hôpital des Enfants-Assistés. Dans l'espace de deux jours le chiffre des entrées s'est élevé à 11 malades atteints de la variole.

— *École d'anthropologie.* — Les cours de l'École d'anthropologie (15, rue de l'École-de-Médecine) ouvriront le 14 novembre prochain et se succéderont aux jours et heures ci-après :

1° *Anthropologie zoologique.* — M. le docteur Mathias-Duval, agrégé, le mardi à cinq heures. — Anthropogénie et embryologie comparée des vertébrés. Le professeur étudiera le développement et la morphologie comparée de la face et du crâne, ainsi que le mécanisme des muscles de la face dans l'expression des passions.

2° *Anthropologie anatomique.* — M. le docteur Topinard, le mercredi, à quatre heures. — Des caractères anthropologiques fournis par le visage, le crâne et le cerveau. Le professeur insistera sur les vices de développement du crâne, le poids du cerveau, les rapports topographiques du crâne et du cerveau et le système cranioscopique de Gall.

3° *Ethnologie.* — M. le docteur Dally, le vendredi à quatre heures. — Description des races humaines, leur répartition géographique, leur origine, leur filiation et leur évolution.

4° *Anthropologie préhistorique.* — M. G. de Mortillet, le lundi, à quatre heures. — Développement de l'humanité. Le professeur étudiera cette année les époques actuelles, la pierre polie, l'âge du bronze et les temps préhistoriques.

Des excursions compléteront les leçons.

5° *Géographie médicale.* — M. le docteur A. Bordier, le samedi, à quatre heures. — Applications de la géographie médicale à l'anthropologie. Les milieux. Formation des races et des espèces. Hérédité. Causes et mécanisme de la dégénérescence et de la disparition des races.

6° *Démographie.* — M. le docteur Bertillon, le vendredi, à cinq heures. — Statistique des peuples. Composition des groupes sociaux selon les âges, les sexes, les professions, etc., et leurs mouvements. Nuptialité, natalité et mortalité en chaque groupe.

Le professeur insistera sur la démographie des grandes villes et notamment sur celle de la ville de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur H. Mar-

tinet, qui vient de succomber après une très-courte maladie. Après avoir soutenu sa thèse, en 1880, sur les kystes hydatiques externes, Henri Martinet était venu se fixer à Épinal, auprès de son père, ancien médecin militaire et chirurgien de l'hôpital.

— M. le professeur Germain Sée commencera ses conférences de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 7 novembre 1881, à huit heures et demie du matin, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les mercredis seront consacrés aux démonstrations expérimentales dans le laboratoire de la Clinique.

— M. le professeur Panas commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 7 novembre 1881, à huit heures et demie, et les continuera les vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure. — Tous les mercredis : exercices ophthalmoscopiques et de médecine opératoire sur les yeux. Les mardis et samedis : visite des malades dans les salles à huit heures et demie. — MM. les élèves qui désirent suivre les exercices opératoires sont invités à se faire inscrire auprès du professeur.

— M. Gariel, agrégé, chargé du cours de physique médicale, suppléant M. le professeur Gavarret, commencera ses leçons le lundi 7 novembre 1881, à midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 9 novembre 1881. La visite commencera à huit heures et demie.

— M. le professeur Trélat commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le jeudi 10 novembre 1881, à dix heures du matin. Les mardis et jeudis, leçons à l'amphithéâtre et opérations à dix heures. — Le samedi, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire. Les lundis, mercredis et vendredis, visite des malades, à neuf heures.

— M. le docteur Budin commencera le cours auxiliaire d'accouchements le mardi 8 novembre 1881, à deux heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des opérations et de la thérapeutique obstétricale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La huitième vient de paraître et la neuvième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire magistral pour les maladies des enfants, par le docteur E. Maurin. 1 vol. in-18 de 400 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le petit Formulaire, recueil de formules nouvelles, par le docteur Coutisson. 1 vol. in-18 de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Étude sur la doctrine de Darwin: la lutte pour l'existence et l'association pour la lutte, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11896.

N° 128. — MARDI 8 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 8 NOVEMBRE 1881. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Coïncidence rare de deux tumeurs fibreuses du corps de l'utérus et d'un cancer végétant du col.

Une malade est morte ces jours derniers dans notre service ; elle présentait un cas intéressant assez rare pour mériter d'attirer votre attention pendant quelques instants. Cette femme, âgée de cinquante-quatre ans, blanchisseuse, était entrée dans nos salles il y a deux mois environ. Comme antécédents héréditaires, nous vous rappellerons que sa mère est morte, à un âge peu avancé, d'un cancer de l'estomac.

Réglée à l'âge de douze ans, d'une menstruation très-régulière mais aussi très-abondante, surtout dès l'âge de vingt ans, notre malade n'a eu qu'un seul enfant, et, lorsqu'elle est accouchée, elle avait trente-sept ans. Jusque-là elle s'était parfaitement portée ; mais deux ans plus tard elle s'est aperçue, pour la première fois, nous a-t-elle dit, d'une augmentation notable du volume du ventre et de la présence d'une tumeur abdominale, tumeur qui non-seulement ne donnait lieu à aucune douleur, mais encore ne la gênait en rien. Il lui parut même que cette tumeur n'avait jamais augmenté depuis le jour où elle s'en était aperçue. La menstruation n'en a pas été influencée, et les règles ont continué à être tout aussi abondantes, sans que la quantité de sang écoulé fût cependant augmentée.

Cette tumeur, ou mieux ces tumeurs, car elles sont au nombre de deux, comme nous le verrons plus tard, seraient-elles antérieures à sa grossesse, et remonteraient-elles à cet âge de vingt ans où les règles sont devenues plus abondantes ?

Quand des tumeurs fibreuses de l'utérus se portent vers la cavité du péritoine, elles incommodent généralement peu la vie, elles n'occasionnent le plus souvent ni gêne ni douleur et ne s'opposent en rien aux fonctions normales de l'organe utérin. Ainsi, l'année dernière, j'ai eu l'occasion de donner mes soins à une jeune femme qui avait, comme chez la malade dont je vous parle, une tumeur fibreuse de l'utérus, sous-péritonéale, ce qui ne l'a pas empêchée de devenir enceinte et d'accoucher parfaitement sans aucun accident. Je puis vous en citer une autre encore, enceinte en ce moment, malgré l'existence d'un fibrome de l'utérus datant déjà de plusieurs années, et dont la grossesse suit un cours parfaitement régulier. Elle est arrivée aujourd'hui à peu de distance de la fin du neuvième mois, et, selon toute probabilité, l'accouchement se passera sans être influencé en quoi que ce soit par la présence de sa tumeur fibreuse.

Dans d'autres cas les tumeurs fibreuses, enclavées dans le bassin, comprimant organes ou vaisseaux, donnent lieu par cette compression même à certains accidents. Quoi qu'il en soit, on rencontre à la Salpêtrière un assez grand nombre de femmes qui ont de ces tumeurs se calcifiant avec le temps sans entraîner la mort.

Mais, revenant à notre malade, nous vous dirons que depuis deux ans elle n'est plus réglée ; la ménopause s'est faite chez elle à cinquante-deux ans. Peu après elle a eu des flueurs blanches, dont l'écoulement a été sans cesse en augmentant, devenant peu à peu d'une teinte sale, roussâtre et d'une odeur fétide. Enfin, il y a un an, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre.

Elle est entrée alors à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Gérin-Roze, où elle est restée pendant quelques mois. Rentrée chez elle, les douleurs abdominales devinrent plus vives, et un nouveau phénomène, l'œdème du membre inférieur droit, étant survenu, elle a demandé à entrer à l'hôpital Laennec, et a été placée dans la salle Chassaignac, au lit n° 2.

A son arrivée, nous avons trouvé une femme pâle, maigre, les yeux excavés, enfin dans un état général mauvais. En examinant le ventre, nous avons constaté facilement l'existence de deux tumeurs situées au niveau de la partie supérieure de l'utérus, avec lequel elles paraissaient faire corps. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt rencontrait dans le fond du vagin des masses molles, fongueuses, végétantes, ainsi qu'un col utérin volumineux, fongueux, sécrétant un liquide épais, sale et abondant, c'est-à-dire un cancer du col de l'utérus, cancer qui n'avait donné lieu à aucun accident hémorrhagique.

Depuis deux ans et demi, nous avons eu l'occasion de voir dans nos salles deux autres malades atteintes aussi de cancer de l'utérus, mais dans des conditions différentes. La première, en effet, présentait un sarcome du corps de l'utérus, sarcome considérable qui n'atteignait ni la cavité utérine ni le col de l'organe utérin. Elle a succombé à une péritonite ultime. Le second cas est celui d'un cancer développé au niveau du col, cancer non végétant, sans aucun bourgeonnement, sorte d'ulcère rongeant qui a perforé le vagin,

s'accompagnant de très-peu de néoplasie, et dans lequel les tissus nouveaux se détruisaient au fur et à mesure qu'ils se formaient.

Chez la malade qui nous occupe en ce moment et qui a succombé ces jours derniers, nous n'avons affaire à aucune des deux affections que nous venons de vous indiquer, mais bien à un cancer végétant qui a détruit le col de l'utérus, une partie du vagin, s'est propagé en dehors de ce dernier, du côté droit, vers l'os iliaque droit qui est devenu cancéreux à son tour, a gagné les ganglions de la région iliaque, lesquels ont subi également la dégénérescence cancéreuse, et finalement a produit une thrombose fémorale.

Nous avons procédé à des lavages phéniqués répétés dans la cavité vaginale, nous avons prescrit un traitement général tonique, enfin nous avons fait une médication des symptômes. La maladie a suivi une marche rapide, et cette femme a succombé, à l'hôpital, à une péritonite ultime.

Elle avait donc de date très-ancienne deux tumeurs fibreuses de l'utérus développées du côté du péritoine, qui, n'ayant jamais donné lieu à aucun accident, lui auraient permis de vivre jusque dans l'âge le plus avancé, s'il n'était survenu une affection cancéreuse absolument indépendante de ces fibromes. Ces tumeurs, en effet, n'ont eu aucune influence sur la terminaison fatale. Quant au cancer du col de l'utérus, il s'est développé avec une extrême rapidité, et, dans l'espace d'un an, il s'est propagé aux parties voisines jusqu'à l'os iliaque, aux ganglions, déterminant une thrombose fémorale et une péritonite finale.

La coïncidence de ces deux affections est rare. Les tumeurs fibreuses n'exercent aucune action modificatrice sur l'utérus, qui reste, comme on le voit, parfaitement susceptible de contracter toute autre maladie. Cette coïncidence a soulevé de nombreuses discussions; un certain nombre de médecins ont cru à une action sur le développement du cancer. Ce qui est vrai, c'est que le fibrome peut quelquefois devenir à son tour cancéreux, mais dans ce cas il n'est envahi que secondairement.

J'ajouterai, en terminant, que chez les femmes qui sont atteintes de fibromes un peu volumineux de l'utérus, on doit toujours rechercher l'état des urines, aux points de vue quantitatif et qualitatif, car elles peuvent indiquer si la tumeur exerce ou non une certaine compression sur les uretères. Chez notre malade la quantité avait très-peu varié, la qualité était à peu près normale, l'uretère droit seul était comprimé.

La vessie, examinée à l'autopsie, a présenté un noyau dû à un commencement de dégénérescence cancéreuse. Des deux tumeurs, l'une, celle du côté gauche, affectait le volume d'un globe de lampe ordinaire, l'autre celui d'une très-grosse orange.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Le rétrécissement mitral latent chez les jeunes filles.

Une malade vient de nous quitter qui avait double raison de prolonger son séjour dans nos salles: sa chorée, dont elle n'est pas complètement guérie; son affection cardiaque, dont elle ne guérira jamais.

Si cette jeune fille n'avait pas eu sa chorée dont elle s'est inquiétée, elle ne serait pas entrée dans le service pour la maladie bien autrement dangereuse dont elle est atteinte et dont elle ne se doute pas. Si elle n'avait pas eu sa chorée, vous n'auriez pas songé à ausculter son cœur, et vous n'auriez pas constaté le rétrécissement mitral dont elle nous offre non pas les signes rationnels, mais les signes physiques.

C'est précisément sur ce rétrécissement mitral latent chez les jeunes filles que je veux attirer votre attention maintenant que nous en avons, comme par hasard, découvert un exemple.

Cette affection n'est pas rare; elle a tôt ou tard les conséquences les plus graves; il y a intérêt majeur à la reconnaître, et on peut y arriver.

I

Cette affection n'est pas rare; je puis l'affirmer parce que j'en ai observé d'assez fréquents exemples, soit que je la cherchasse, soit que, bien plus souvent, je cherchasse autre chose en auscultant le cœur, et il est probable que, si on en connaissait les signes, et si l'on en auscultait plus souvent la pointe et l'aisselle chez les jeunes filles, on la trouverait dans un certain nombre de cas comme je l'ai trouvée. Beaucoup de rhumatismes chez la femme commencent par l'endocarde ou, pour mieux préciser, par la mitrale et s'arrêtent, j'allais dire à cette première manifestation, le mot est impropre, à ce premier effet, s'y arrêtent bien longtemps avant d'en produire d'autres. Il semble que le rhumatisme, après avoir pris possession de l'organisme en plantant, pour ainsi dire, son drapeau dans le cœur, ne cherche pas de longtemps à exploiter sa conquête. Vous le voyez chez notre malade, elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire et elle en est à sa deuxième attaque de chorée; son rhumatisme cardiaque ou son affection mitrale a, chez elle, accompagné la première attaque de chorée, si elle ne l'a précédée. De même, chez sa voisine du n° 12, l'affection cardiaque, une insuffisance mitrale, était déjà bien ancienne et avait déjà produit des troubles profonds dans la circulation générale lorsque éclata la première attaque de rhumatisme articulaire.

J'ai beaucoup observé de ces lésions cardiaques chez des femmes qui n'avaient jamais eu de rhumatisme ou qui n'en avaient pas encore eu. Je crois que la plupart étaient rhumatisantes, mais l'étaient-elles toutes? Ce que j'ai observé encore, c'est que beaucoup avaient des troubles menstruels. Les relations entre le cœur et le système génital sont, au point de vue des troubles fonctionnels, extrêmement intimes, et, quand je pense aux palpitations cardiaques, aux dilatations cardiaques qui ont une origine génitale, je ne suis pas éloigné de croire qu'il peut y avoir aussi quelques relations entre les troubles menstruels et certaines endocardites. Toujours est-il que les affections mitrales latentes sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes filles que chez les sujets d'un autre sexe et d'un autre âge.

II

J'ajoute que ces lésions mitrales auront des conséquences graves. Elles ne les ont pas tout de suite, ce qui fait qu'elles sont si souvent et si longtemps méconnues. La lésion est ordinairement légère, limitée, et le cœur des jeunes filles est très-tolérant. Le cœur augmente alors l'énergie et surtout la fréquence de ses contractions; une compensation s'établit; la malade ne se doute pas de la lésion qu'elle porte, et son médecin encore moins. Vient ensuite un peu de fatigue du cœur: un effort, une course rapide, une émotion éveille des palpitations et produit de l'essoufflement. Quelle est la jeune fille dont, à un moment ou à un autre, pour une raison ou pour un prétexte, le cœur ne bat pas trop fort? On dit que c'est nerveux ou que c'est anémique, on donne des antispasmodiques ou du fer. Les palpitations et les essoufflements persistent, on donne encore du fer ou des antispasmodiques jusqu'à ce que la malade n'en veuille plus ou qu'on dise autour d'elle: « C'est nerveux, il n'y a rien à faire, » ou que, se soumettant instinctivement à un repos forcé, la malade en éprouve un bien-être qui peut être un assez long répit.

Notre malade en était là; le repos de l'hôpital avait calmé chez

elle les quelques palpitations et l'essoufflement dont elle ne se plaignait pas, mais dont elle parlait quand on évoquait ses souvenirs. C'est la période critique; l'amour parle, il n'a que trop parlé chez notre jeune fille; on aime, ou on se marie.

Si le mariage peut satisfaire des cœurs amoureux, il ne guérit pas des cœurs malades; il n'est pas, je puis vous l'assurer, un remède pour le rétrécissement mitral des jeunes filles, et surtout ce qui n'est pas un remède ici, c'est la grossesse.

Sous l'influence de la grossesse, le malaise cardiaque augmente, les palpitations deviennent plus fréquentes et plus fortes, la dyspnée les accompagne, un œdème précoce apparait aux membres inférieurs. Le médecin parfois croit à une anémie ou à des phénomènes cardiaques produits par la grossesse; souvent aussi il reconnaît la lésion mitrale, mais il est trop tard; la grossesse aura donné à la maladie du cœur une impulsion nouvelle, et cette affection jusqu'alors latente suivra désormais la marche ordinaire des maladies déclarées du cœur, non pas cependant sans avoir permis un, deux et même trois accouchements heureux. Célibataire, cette femme aurait vécu de longues années; mariée, elle mourra jeune, et elle mourra d'autant plus jeune qu'elle aura eu de plus nombreux enfants.

Ce n'est pas cependant que le célibat soit un préservatif infaillible. Le célibat préserve la jeune fille; il ne préserve plus la fille d'un âge mûr et dont le cœur a longtemps lutté. L'asystolie arrive ici d'habitude à mesure que la jeunesse s'en va.

Mais il y a un accident subit auquel ces filles, celles surtout qui ne sont pas arthritiques, paraissent plus particulièrement exposées. Vous en voyez qui, toutes jeunes, et vous avez pu observer ce fait dans le service il y a deux ans, au nº 2 de la salle Sainte-Catherine, vous en voyez qui, à vingt ou vingt-cinq ans, toutes jeunes et non syphilitiques, sont frappées d'une attaque d'apoplexie; les voilà aphasiques ou paralysées du bras droit. Que s'est-il donc passé? Une végétation s'est détachée de la mitrale pour aller oblitérer la sylvienne gauche; un ramollissement embolique s'est produit. Il arrive que c'est par cet accident que se révèle l'affection cardiaque, comme dans d'autres cas elle se révèle par la chorée concomitante. On veut s'expliquer l'embolie par une affection du cœur, on ausculte le cœur et on y trouve une lésion mitrale, de même que, cherchant à expliquer la chorée par une affection rhumatismale, on ausculte le cœur pour y trouver un vestige du rhumatisme et on l'y trouve. Parfois, par contre, on connaissait l'affection cardiaque, et il m'est arrivé une fois de constater après l'embolie, qui avait emporté une partie de l'obstacle mitral, une diminution manifeste dans les signes d'auscultation cardiaque. L'embolie a été ainsi un remède, mais un de ces remèdes que je ne souhaiterais pas à vos malades, bien qu'en général on ne meure pas de ces embolies.

III

Ces embolies peuvent être prévues; elles ne peuvent être empêchées. Par contre, les autres conséquences de la même affection mitrale peuvent être, sinon complètement empêchées, du moins très-sensiblement éloignées. Qu'on sache qu'une jeune fille a, malgré toutes les apparences de la santé, le cœur atteint d'une lésion mitrale, celle de toutes les affections du cœur sur laquelle la grossesse a les plus fâcheux effets, parce que la grossesse et la lésion mitrale se combinent pour produire la congestion du poumon, l'œdème des extrémités, la stase de la circulation veineuse; on lui montrera tous les ennuis du mariage et on lui prêchera le célibat; on évitera ainsi ce triple malheur, presque inévitable au bout de quelques années : une femme morte, un homme veuf et des enfants orphelins.

A cette jeune fille dont vous aurez ainsi sauvegardé la virginité, vous indiquerez aussi, non pas les remèdes qu'elle doit prendre (des remèdes, tant qu'il n'y a pas d'asystolie, il n'en faut pas), mais l'hygiène qu'elle doit suivre et la profession qu'elle doit embrasser. Contrairement à la règle qui doit dominer l'hygiène des jeunes filles, il faut ici le repos et une profession sédentaire. Il y a donc intérêt majeur à reconnaître cette maladie avant qu'elle se présente avec le cortège des signes rationnels d'une maladie du cœur.

IV

J'ajoute qu'on peut y arriver, et c'est par là que je termine. Il y a deux moyens d'y arriver : l'examen du pouls et l'auscultation dans l'aisselle; deux moyens dont précisément vous pouvez apprécier l'importance chez notre malade.

Chez cette jeune fille, en effet, j'ai compté à plusieurs reprises, pendant plusieurs jours, la fréquence du pouls; je n'ai jamais trouvé moins de 100 pulsations; le pouls oscille d'ordinaire entre 100 et 108. Pendant que le pouls battait ainsi au-delà de 10 pulsations, j'ai fait appliquer le thermomètre dans l'aisselle; il marquait 37 degrés. La fréquence du pouls, sans élévation de température, c'est-à-dire sans fièvre, la fréquence habituelle du pouls, bien entendu, la fréquence du pouls alors que la malade n'a pas la fièvre à l'arrivée du médecin; voilà un phénomène qui doit éveiller fortement nos soupçons sur l'existence possible d'une affection mitrale et nous porter à ausculter le cœur avec le plus grand soin.

Quant à cette fréquence du pouls, vous la comprendrez facilement. Il s'agit d'ordinaire d'un rétrécissement mitral; à chaque révolution cardiaque, le sang n'arrive qu'en petite quantité dans le ventricule et par lui dans les artères; il faut donc que le nombre des pulsations supplée à l'insuffisance de chaque pulsation; chaque ondée étant moins abondante, les ondées, pour que l'équilibre circulatoire se rétablisse, deviennent plus nombreuses.

Lors donc que la fréquence du pouls a éveillé votre attention, vous devez ausculter le cœur. J'ajoute qu'il vous faut l'ausculter avec le plus grand soin, et, de plus, qu'il ne faut pas s'attendre à trouver dans les premières périodes les signes classiques des vastes lésions mitrales, les souffles de la pointe et les irrégularités. Non, et surtout si, au lieu d'ausculter la pointe, vous auscultez vers l'aisselle, immédiatement en arrière du sein, vous remarquerez d'abord que le premier bruit n'a plus son timbre normal ni sa durée normale; il est à la fois plus sourd et plus prolongé; vous observerez ensuite, et généralement un peu plus tard, que le second bruit est, par contre, plus éclatant, et le grand silence presque complètement effacé. A une période plus avancée, vous constaterez cet ensemble qui est si manifeste chez notre malade : un roulement sourd et prolongé au premier temps, un éclat considérable du second bruit et une suppression presque complète du grand silence, qui rend difficile la distinction des temps du cœur. A une période plus avancée encore, et vers laquelle marche notre malade, se joindront à ces signes annoncés par le dédoublement du second bruit, de petites irrégularités dans les battements du cœur; c'est le prélude de l'asystolie, qui peut arriver sans qu'il y ait eu de souffle à la pointe, ce qui veut dire que le rétrécissement mitral est pur, sans accompagnement d'insuffisance. Les contractions de l'oreillette sont, en effet, impuissantes à produire un bruit de souffle, qui réclame toujours une certaine vigueur dans l'impulsion cardiaque; peut-être aussi faut-il tenir compte de la nature des produits pathologiques, de ces végétations molles et non rugueuses qui, si elles n'ont pas la dureté qui favorise les bruits de souffle, ont par contre le défaut de cohésion qui facilite les embolies. Le caractère éclatant du deuxième bruit est pour moi le signe de la dilatation de l'oreillette gauche, quand on le constate au-dessus et en dehors du mamelon, car j'ai remarqué que le caractère éclatant du second bruit correspond toujours à la dilatation d'une cavité du cœur, dilatation qui s'explique ici par le rétrécissement mitral; ce rétrécissement nous fait aussi comprendre la prolongation du premier bruit par la nécessité où se trouve le cœur de prolonger ses contractions; quant au dédoublement du second temps, il provient du retard qu'éprouve la circulation du sang dans le cœur gauche.

Tout s'explique donc dans ces signes physiques; je ne tenais pas d'ailleurs à les expliquer, mais à vous les faire constater chez notre malade, car ils nous montrent le rétrécissement mitral sous un aspect qui n'a pas encore, que je sache, été signalé.

Je ne suivrai pas plus loin cette affection; elle va présenter le cortège habituel des signes communs aux affections cardiaques et notamment aux affections mitrales; mon but est atteint; j'ai attiré votre attention sur un état morbide que doit connaître le praticien.

HOPITAL MILITAIRE DE SAIDA.

Chancre induré palpébral.

Par M. le docteur MORY, médecin-major de deuxième classe.

L'intéressante observation de chancre palpébral publiée par le docteur Richon dans la *Gazette des hôpitaux* du 7 juillet dernier m'engage à rapporter un cas semblable observé en 1872 à l'hôpital militaire de Saïda.

Le nommé L... (Charles), soldat au régiment étranger, entre à l'hôpital, le 28 octobre 1872, atteint de conjonctivite aiguë double avec chémosis et engorgement de l'angle interne de la paupière supérieure gauche: le mal date de quelques jours, pas d'antécédents pathologiques, pas de granulations conjonctivales.

Traitement. — Instillations de nitrate d'argent au cinquantième tous les matins, compresses d'eau blanche, compression légère.

12 novembre. L'inflammation a cédé, la sécrétion séro-purulente est presque tarie, mais le chémosis persiste encore à gauche vers l'angle interne de l'œil; il prend une forme scléreuse dont la nature nous échappe.

14. Même état; cataplasmes de farine de riz.

16. Douleurs vives vers le grand angle de l'œil.

20. Le chémosis disparaît, l'affection se localise vers le bord libre et sur la face conjonctivale de la paupière supérieure gauche, à 4 millimètres en dehors du point lacrymal; sur la partie la plus saillante du noyau d'induration palpébral apparaît une ulcération superficielle à surface grisâtre. La paupière présente à son angle interne un léger degré d'ectropion qui laisse facilement apercevoir la lésion conjonctive.

22 novembre. Apparition d'une hémicranie gauche violente qui résiste au sulfate de quinine, malaise général, état fébrile léger.

10 décembre. Les douleurs de tête et l'état fébrile ont disparu graduellement, mais une petite tumeur profonde, sans adhérences à la peau et sans aucune rougeur des téguments, apparaît à la partie supérieure de la région temporale gauche; cette tumeur, de forme circulaire, aplatie, à surface lisse, du volume d'une noisette, est dure, élastique, non fluctuante, assez douloureuse à la pression et semble adhérer profondément aux parties résistantes de la boîte du crâne: elle est le siège de douleurs nocturnes assez vives.

Après avoir examiné le malade avec mon confrère le docteur Autellet, je prescris deux pilules de sublimé à 1 centigramme par jour.

13 décembre. Les douleurs nocturnes diminuent rapidement, la tumeur est moins dure.

20 décembre. Continuer les pilules de sublimé, ajouter iodure de potassium, 1 gramme.

23 décembre. Iodure, 2 grammes.

28 décembre. Les douleurs ont complètement disparu; on sent encore profondément un noyau d'induration au point de la région temporale occupé par la tumeur; les conjonctives sont complètement guéries; l'ectropion a disparu, mais il reste un peu de gonflement de la paupière supérieure gauche qui présente dans son épaisseur, vers l'angle interne de l'œil, une petite nodosité, dernier vestige de l'accident primitif.

Le traitement est continué jusqu'à la sortie du malade, dans les premiers jours de janvier. A la date du 1er avril, il n'y avait pas eu de nouvelle poussée.

Cette observation présente plusieurs points d'analogie avec celle du docteur Richon: l'induration et le renversement de la paupière, l'apparition de la fièvre syphilitique un mois environ après l'apparition de la lésion initiale, etc. Elle en diffère par la violence de la conjonctivite et son extension aux deux yeux. Cette conjonctivite double rendait au début le diagnostic impossible; les renseignements fournis par le malade étaient nuls, et, quand enfin la marche de l'affection vint nous mettre sur la voie de la vérité, nous découvrîmes, à force de questions, que pendant son séjour à l'hôpital il avait plusieurs fois trempé ses compresses oculaires dans un plateau d'eau blanche qui servait aux vénériens. Cette révélation nous sembla d'abord concluante: le malade s'était inoculé la syphilis en appliquant des compresses contaminées sur ses conjonctives enflammées; mais en tenant compte: 1° de la date d'invasion de la fièvre syphilitique (20 novembre), vingt-trois jours seulement après l'entrée du malade à l'hôpital; 2° de l'induration d'apparence phlegmoneuse siégeant d'emblée dans le point où devait se développer le chancre primitif, il devient évident que la conjonctivite et la syphilis ont été contemporaines; quant au mode d'infection, je n'ai pu le découvrir.

Cette observation présente une autre particularité remarquable, c'est l'apparition d'une de ces tumeurs gommeuses précoces signalées par M. Mauriac dans la *Gazette des hôpitaux* de 1874; la situation du tubercule primitif à la face n'est peut-être pas étrangère dans ce cas à l'anomalie d'évolution de la syphilis.

Quoi qu'il en soit, les principaux traits de cette observation, recueillie à la hâte à une époque d'encombrement, suffisent à caractériser une syphilis acquise par la voie palpébrale, et le fait méritait à ce titre d'être rapporté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 novembre 1881. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Hyperesthésie. — M. FÉRÉ continue ses recherches sur les rapports des troubles de la sensibilité générale avec les troubles sensoriels chez les hystériques. Il faut bien s'entendre, dit-il, sur la véritable signification du mot hyperesthésie. Loin d'indiquer un état de perfectionnement de la sensibilité, il signifie, au contraire, un état de trouble qui serait bien plus exactement désigné par le mot de dysesthésie. Ainsi chez les hémi-hyperesthésiques, par exemple, les organes des sens, au lieu de présenter un état de perfectionnement, présentent, au contraire, une diminution, ce qui vient à l'appui de cette opinion qu'il s'agit à proprement parler bien plutôt de dysesthésie que d'hyperesthésie. Il résulte également des observations de M. Féré que les hémi-hyperesthésies sont bien moins sensibles aux agents métalliques, électriques ou magnétiques que les hémianesthésies. A l'autopsie d'une femme qui avait constamment présenté de l'hémi-hyperesthésie, on a trouvé les mêmes lésions que dans les cas d'hémianesthésie.

Photographies micrographiques. — M. GAYET (de Lyon) présente des photographies histologiques qu'il a obtenues dans le laboratoire de la clinique de Lyon. Il a imaginé un système d'appareils qui permet de prendre des photographies dans le laboratoire même. Il se sert pour fixer l'image de gélatino-bromure d'argent.

M. REGNARD. Le gélatino-bromure d'argent a un grand avantage, c'est qu'il demande très-peu de lumière et facilite beaucoup par cela même les reproductions photographiques faites dans les laboratoires mêmes. Au lieu d'une lumière électrique, il suffit d'une

bougie ou d'un bec de gaz. On peut aujourd'hui obtenir des photographies presque d'une façon instantanée.

Myxome fasciculé du nerf optique. — M. PONCET (de Cluny) présente une photographie et des dessins micrographiques se rapportant à un myxome fasciculé du nerf optique.

La tumeur, du volume d'un gros œuf, avait été énucléée de l'orbite par M. de Wecker. Une coupe antéro-postérieure démontre qu'elle était formée de trois portions : 1° le moignon oculaire complètement atrophié et ossifié; 2° une portion du nerf optique longue de 1 centimètre relativement saine ; 3° enfin la tumeur proprement dite sphérique, d'un diamètre de 2 centimètre 1/2 et commençant d'une façon précise en arrière du point de pénétration de l'artère centrale de la rétine. Les dissociations, les coupes et les réactifs chimiques ont démontré que ce néoplasme ne contenait pas de tissu élastique, mais simplement des cellules muqueuses allongées. La texture normale du nerf optique explique l'aspect fasciculé imposé au développement des cellules muqueuses. C'est aux cellules plates de la névroglie que M. Poncet rattache, comme dans les névrites par dégénérescence secondaire, l'origine de ce myxome.

La pathologie du nerf optique, qui comprend surtout des fibromes, des sarcomes, des gliomes et des myxomes mélangés à ces différentes classes, renferme aussi des endothéliomes, des névromes vrais, rares, du tubercule et enfin les altérations dues à la syphilis et même à la lèpre.

Élongation des pneumo-gastriques. — M. LABORDE. Quand on a élongé les deux nerfs pneumo-gastriques chez le chien, on observe entre autres phénomènes celui-ci : si on prend les tracés cardiographiques, on constate qu'il y a de l'excitation, de l'accélération et de l'irrégularité des battements du cœur; si l'on vient à sectionner les pneumogastriques élongés et à exciter le bout périphérique, on constate que, sous l'influence de l'élongation, s'est produite une action dynamogénique qui fait que, par l'excitation du bout périphérique, on ne peut plus arrêter ni même modérer les battements du cœur.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

De la coxalgie. — M. THÉOPHILE ANGER, à l'occasion de la communication faite par M. Verneuil dans la séance du 5 octobre (voyez *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 7 octobre 1881), lit une observation ayant pour but de montrer que, contrairement à l'opinion exprimée par M. Verneuil, les déformations consécutives à la coxalgie ne sont pas dues à des contractures ou à des atrophies musculaires, mais bien à des lésions intra-articulaires.

Il s'agit d'une petite fille de six ans traitée depuis plusieurs années pour une coxalgie sèche. Couchée, cette enfant ne présente pas d'ensellure ni de flexion de la jambe ; les mouvements imprimés au membre gauche, où siège la coxalgie, sont à peine limités. Mais, quand on mesure avec soin les deux membres, on trouve, du côté malade, un allongement de 1 centimètre. Il y a une claudication en rapport avec cet allongement, mais les muscles fessiers ne présentent aucune trace de contracture ni d'atrophie.

La théorie proposée par M. Verneuil pour expliquer ces sortes de déformations n'est donc pas applicable dans ce cas. M. Anger croit même que, chez la malade de M. Verneuil, la maladie ne s'arrêtera pas là et que, dans une troisième période, les lésions intra-articulaires amèneront une luxation ou une subluxation de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde. Selon lui, en effet, tout dépend du travail pathologique intra-articulaire et non des contractures ou atrophies musculaires, par lesquelles M. Verneuil a cherché à expliquer ces sortes de récidives de coxalgies en apparence guéries.

M. VERNEUIL n'a pas voulu, dans sa communication, faire toute l'histoire de la coxalgie. Il n'a eu en vue qu'un cas particulier dont il a essayé de donner l'explication. Il n'a pas eu l'intention de parler des attitudes vicieuses que prend le membre lorsque les surfaces articulaires sont lésées ou détruites.

M. LE DENTU a observé un cas analogue à celui de M. Verneuil. Il s'agit d'une jeune fille de treize ans, qui était atteinte de coxalgie depuis six ans. Elle semblait guérie, lorsqu'on s'aperçut que le grand trochanter de la jambe malade était plus saillant que l'autre et que la fesse était aplatie. Il y avait un peu de flexion de la cuisse sur le bassin, et un peu d'ensellure. Ces déformations augmentèrent au point que le redressement devint nécessaire. Au mois de mars dernier, M. Le Dentu pratiqua ce redressement après avoir endormi l'enfant par le chloroforme ; il trouva une grande résistance à vaincre, et eut, pendant l'opération, la sensation de déchirures. L'enfant fut ensuite placée dans une gouttière. Elle a très-bien guéri depuis. Les muscles ne sont pas atrophiés ; mais la fesse est restée un peu plate.

M. TRÉLAT, parmi les malades qu'il a traités pour des coxalgies, n'en a guère vu que deux guérir définitivement, et sans ankylose. Tous les autres ont présenté, à des degrés divers, des rechutes analogues à celles des malades de MM. Anger et Le Dentu. Souvent, en effet, nous croyons nos malades guéris, alors qu'ils ne le sont pas, et nous leur permettons trop tôt de se livrer à des exercices violents qui peuvent amener ces rechutes.

M. OLLIER. La récidive est la règle dans la coxalgie. Cette affection persiste le plus souvent jusqu'à la fin de la croissance et au delà, et il y a toujours à craindre une rechute. Parmi ces coxalgies, il en est d'indolentes et dans lesquelles des lésions articulaires considérables se produisent sans que les malades accusent aucune douleur. Des accidents, tels que luxations, subluxations, abcès, etc., peuvent survenir quatre et cinq ans après une guérison apparente, et la meilleure condition de guérison définitive est certainement l'ankylose.

M. VERNEUIL n'admet pas que la récidive soit la règle dans la coxalgie, car alors on ne pourrait jamais dire quand la coxalgie est guérie.

M. TRÉLAT croit qu'il serait plus exact de dire que la coxalgie a une marche lente, une durée très-longue, et qu'il peut y avoir des rechutes, même après un temps considérable.

M. OLLIER pense que ces rechutes sont à redouter tant qu'il n'y a pas eu d'ankylose.

M. ANGER partage l'opinion de MM. Trélat et Ollier relativement à la fréquence des récidives dans la coxalgie. Mais il avait seulement pour but, dans sa communication, de combattre la théorie de M. Verneuil, qui attribue seulement à la contracture et à l'atrophie de certains groupes de muscles péri-articulaires les attitudes vicieuses dans les rechutes de la coxalgie, alors que, pour M. Anger, ces attitudes vicieuses dépendent des lésions articulaires seules.

Tic douloureux de la face. Élongation du nerf lingual inférieur. — M. LE DENTU présente une femme de soixante-seize ans, qui, depuis plusieurs années, souffrait horriblement d'un tic douloureux de la face ; les douleurs, qui parfois devenaient intolérables, siégeaient principalement dans la région temporale gauche, la joue et la moitié correspondante de la langue. M. Le Dentu a pratiqué l'élongation du nerf lingual inférieur, et le résultat obtenu a été, jusqu'ici, aussi satisfaisant que possible. Il a soulevé le nerf d'environ 12 millimètres au-dessus de la muqueuse linguale ; il l'a donc élongé d'environ 2 centimètres.

M. ANGER. Le nerf était-il congestionné ? Dans un cas de névralgie du nerf dentaire inférieur pour laquelle il a pratiqué la même opération, M. Anger a trouvé le nerf hyperémié.

M. NICAISE, à cette occasion, insiste sur les dangers de l'élongation du nerf trijumeau. A la suite du tiraillement du nerf maxillaire supérieur exercé pendant l'ablation de l'os maxillaire supérieur, il a vu se produire des troubles trophiques très-graves.

M. TILLAUX a vu, dans un cas de lésion du nerf maxillaire supérieur, survenir la fonte purulente de l'œil, due sans doute à un trouble trophique.

M. LE DENTU n'a pas trouvé que le nerf fût hyperémié. Il a fait des tractions très-modérées, sachant qu'il peut survenir des accidents graves et ayant entendu dire à M. Charcot qu'un malade ainsi opéré avait succombé le jour même de l'opération.

Décollement de la rétine. — M. BOUCHERON lit un travail sur la pathogénie du décollement de la rétine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Marc Sée est nommé chirurgien du lycée Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Houel, décédé.

— Par mesure exceptionnelle, et pour cette année seulement, le ministre de l'instruction publique a décidé que les inscriptions pourraient être prises, dans les Facultés de médecine, dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les écoles de médecine et de pharmacie, jusqu'au 30 novembre inclusivement.

Sont seuls admis à bénéficier de cette mesure les engagés conditionnels libérés postérieurement à la date du 7 novembre 1881 et qui en justifient.

— Le concours Vulfranc-Gerdy pour deux places de stagiaire aux eaux minérales aura lieu au mois de décembre 1881, à Paris, à l'Académie de médecine. Sont seuls admis au concours les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. — Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat de l'Académie, soit au secrétariat des Facultés, des Écoles de plein exercice ou des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. — Le registre d'inscriptions sera clos le 30 novembre 1881 à quatre heures.

— *Corps de santé de la marine.* — Sont promus aux grades de : 1° *Médecin en chef :* M. Chastang ; 2° *Médecin principal :* M. Jobard.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Poullet est nommé chef de clinique obstétricale. — M. Elouï est nommé chef de clinique ophthalmologique.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — MM. Henry, Princeteau, Barreau et Prioleau, sont nommés internes titulaires. — MM. Sieur, Suzanne, Tronchet et Duthil, sont nommés internes provisoires.

MM. Sangensie, de Massias, Farganel, Maubrac, Ferrier, Ramey, Malgat, Rabaine, Felipot, Auché, Tricot, Girard et Moraphoux, sont nommés externes.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Sont nommés externes : MM. Blanc, Charmeil, Bertoye, Rollet, Baptiste, Collombel, Givre, Pravaz, Laffage, Proby, de Fortunet, Michel, Assada, Paret, Trévoux, Bertulus, Paliard, Mignet, Ricaud, Parret, Francon, Tellier, Giraud et Aubert.

— La réouverture des cours de l'École supérieure de pharmacie a eu lieu samedi 5 novembre 1881, sous la présidence de M. Chatin, directeur. La séance a commencé par la proclamation des lauréats de l'année scolaire écoulée. Nous en avons donné la liste dans notre numéro du 16 août dernier.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. le docteur Pouchet, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, ont été nommés directeurs du laboratoire de zoologie et physiologie maritimes institué à Cancarneau.

— *Épidémies.* — Le consul de France à Lisbonne vient d'adresser le télégramme suivant au ministre de la marine :

« L'état sanitaire est plus mauvais au Sénégal. — Il y a quinze jours, un cas mortel de fièvre jaune a été signalé à Dakkar ; le 17 octobre, trois décès étaient constatés à Gorée ; du 19 au 25, plusieurs cas graves étaient observés à l'hôpital de cette même ville. Il est à craindre que l'épidémie ne se développe encore.

« Parmi les quatre décès de Gorée et de Dakkar, se trouvent une sœur des écoles chrétiennes et le lieutenant de vaisseau Pilloux.

« A Saint-Louis, on enregistre aussi deux nouveaux décès : un soldat et le lieutenant Levaillant de Viaux. »

D'autre part, une dépêche de Pauillac annonce que le *Castor*, qui venait du Sénégal, ayant été regardé comme suspect de fièvre jaune, a été dirigé sur Rochefort au lieu de Toulon.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours, pour 1881, un prix de 100 francs ; troix prix de 200 francs et un prix de 300 francs ; des médailles de vermeil, d'argent, etc., seront en outre décernées dans la section des mérites divers.

PRIX MÉDICAL. — Quelle est l'influence du tabac sur la marche de la grossesse et sur la lactation, chez les femmes qui font usage du tabac, qui respirent la fumée, ou qui travaillent à sa manipulation ? Présenter des observations recueillies sur les personnes et, s'il est possible, des expériences chez les animaux. — 200 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR A. BERTHERAND. — Déterminer, par des considérations psychologiques, avec faits bien observés à l'appui, l'influence que l'habitude excessive du tabac détermine sur le moral, le caractère et les rapports sociaux des fumeurs. — Le prix consiste en livres d'une valeur de 200 francs environ, et une médaille de vermeil. — Le fondateur s'engage en outre à publier gratuitement, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, le mémoire couronné.

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande, au siège de la Société, rue Jacob, 38, Paris.

— La *Gazette de Pékin* publie un décret de l'empereur Ouang-Su conférant une foule de distinctions honorifiques telles que plumes de paon, boutons rouges ou bleus, etc. (les palmes académiques et les croix d'honneur de la Chine), aux membres du Collège des médecins de la cour du Céleste-Empire, au nombre de vingt-trois, en récompense des soins donnés à la seconde impératrice-régente, Ezuttei, pendant la maladie dont elle est actuellement rétablie.

— M. le docteur Tripier fera, à l'Exposition internationale d'électricité, le mercredi 9 novembre, à deux heures et demie, une seconde conférence sur l'application de l'électricité en médecine.

— M. Paul Bert, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1881-82, par M. Dastre, docteur ès sciences.

— M. le professeur Brouardel commencera ses leçons pratiques de médecine légale, à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1881, à deux heures, et les continuera les vendredis, mercredis et lundis suivants à la même heure. MM. les docteurs et les étudiants en médecine qui ont subi leur troisième examen de doctorat, et qui désirent prendre part à ses leçons, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, où il leur sera délivré une carte d'admission.

— M. le professeur Duplay commencera son cours de pathologie chirurgicale le mercredi 9 novembre 1881, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 10 novembre 1881, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Le professeur exposera dans sa première leçon l'histoire des livres hippocratiques.

— M. le professeur Léon Le Fort commencera son cours d'opérations et appareils le jeudi 10 novembre 1881, à quatre heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. Hanriot, agrégé, suppléant M. le professeur Wurtz, commencera le cours de chimie médicale le jeudi 10 novembre 1881, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. Henninger, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie biologique le jeudi 10 novembre 1881, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Sappey commencera son cours d'anatomie le vendredi 11 novembre 1881, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Hardy commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le samedi 12 novembre 1881, à huit heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Péan reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques et le cours des opérations le samedi 12 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Potain commencera, à l'hôpital Necker, ses leçons de clinique médicale le lundi 14 novembre 1881, à dix heures, et les continuera le vendredi et le lundi de chaque semaine, à la même heure. — Visite des malades tous les jours, à huit heures et demie. — Leçons de sémiologie, par M. le docteur Jean, chef de clinique, les mardis à dix heures. — Leçons de chimie pathologie par M. le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie, le mercredi à dix heures. — Leçons d'anatomie pathologique par M. le docteur Du Castel, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le samedi à dix heures.

— M. le professeur Parrot commencera son cours de clinique des enfants le mardi 15 novembre 1881, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Visite des malades tous les jours, à neuf heures.

— M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons cliniques le mardi 15 novembre 1881, à huit heures du matin, et les continuera les mardis suivants, à la même heure. — La première séance sera consacrée à la cérébroscopie au moyen de projections lumineuses des lésions intra-oculaires en rapport avec les maladies cérébrales.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes le samedi 19 novembre 1881, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre Desault, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Tous les jeudis, consultations avec examen au spéculum.

De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Galissart de Marignac. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par le docteur Almann. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11908.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Deux cas de brûlures considérables à des degrés divers. — HÔPITAL NECKER. Phthisie granuleuse aiguë. — Plaies par éclatement des doigts des orteils. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Gauthier, dont nous analysions, il y a quelques jours, un remarquable travail sur les alcaloïdes produits de la putréfaction, a occupé hier la tribune pendant une grande partie de la séance pour la lecture d'un travail sur l'intoxication par le plomb et sur l'absorption du plomb par notre alimentation journalière.

Dans un mémoire précédent, relatif au reverdissage des légumes par les sels de cuivre, en 1879, M. Gauthier avait déjà eu l'occasion de constater que les alliages plombifères, qui servent à la soudure des boîtes de conserve des légumes, introduisent dans ces aliments, aujourd'hui d'un usage si répandu, et, par suite, dans notre économie, une petite quantité de plomb et d'étain qui est en quelque sorte consommée journellement.

C'est cette étude qu'il a reprise et complétée depuis lors. Il a recherché le plomb, non-seulement dans les conserves de légumes, mais dans les conserves de poissons, de viandes, dans les vases de cristal plombifères destinés à contenir de l'eau, du vin, ou certains condiments plus ou moins acides, dans l'eau potable amenée dans nos ménages par des conduits de plomb.

On verra, par les conclusions résumées dans notre compte-rendu et par les quelques mots échangés à la suite de cette lecture entre M. Gauthier et MM. Larrey, Leroy de Méricourt, Rochard, que, si les résultats de ces recherches ne révèlent pas précisément un de ces périls graves et imminents qui appellent des mesures radicales et immédiates; si, à quelques égards même, comme pour le transport des eaux dans les conduits de plomb par exemple, le péril est tout au moins contestable, sinon même tout à fait nul, ils n'en sont pas moins de nature à préoccuper et à tenir en éveil la surveillance. L'idée générale qui ressort de ce travail, — et qui, pour n'être pas absolument nouvelle, n'en conserve pas moins son importance et sa justesse, — est que l'influence exercée sur l'économie par des doses faibles mais continues d'un poison difficile à éliminer et agissant notoirement sur le système nerveux central, ne saurait être considérée comme inoffensive et négligeable par cela seul que les effets du toxique pourraient n'être ni immédiats ni éclatants. S'il est, en effet, des poisons plus redoutables que le plomb, il n'en est pas, comme le dit avec raison M. Gauthier, qui ait des modes d'absorption et d'action plus insidieux, et qui s'introduise par des voies plus diverses dans nos organes.

Cela était bon et utile à dire, M. Gauthier l'a bien dit, et il a bien fait.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Deux cas de brûlures considérables à des degrés divers.

Nous avons dans nos salles en ce moment deux cas intéressants de brûlures considérables à des degrés différents.

Tous deux appartiennent à la salle des hommes. Le premier est couché au n° 29. A la suite de libations trop abondantes, alors qu'il préparait encore un bol de punch, il s'endormit, et, pendant le sommeil de l'ivresse, ses vêtements prirent feu au contact du liquide enflammé qui s'était renversé sur lui. Il brûlait ainsi sans se réveiller, lorsque des voisins, attirés par l'odeur qui se dégageait de sa chambre, enfoncèrent la porte et le sauvèrent.

Il fut immédiatement amené dans le service, où l'on constata qu'une grande partie du côté droit était brûlée. Ce n'était pas encore par son étendue la brûlure immense de Gerdy, mais c'était une grande brûlure qui ne mesurait pas moins de 40 centimètres de haut en bas sur 25 à 30 centimètres d'avant en arrière. Elle s'étendait le long de la paroi latérale droite du thorax et de l'abdomen.

Il n'existait pas de phlyctènes comme chez le malade dont nous parlerons tout à l'heure (le n° 49), pas de rougeur autour de la région brûlée; mais les téguments détruits par le feu étaient remplacés sur certains points par une surface blanche, molle, insensible, tandis que sur d'autres points on observait une surface jaunâtre ou noire, également insensible et surtout très-sèche, ce qui la distinguait de la précédente.

Cette brûlure, lorsqu'on l'examinait avec soin, correspondait comme étendue en surface à la brûlure du troisième degré de Gerdy; mais, comme profondeur, elle présentait tout à la fois les signes du troisième, du quatrième et peut-être même du cinquième degré. En effet, chez lui, le troisième degré était caractérisé par la destruction de la surface de la peau avec quelques parties blanches formées par une eschare du troisième degré où les capillaires encore conser-

vés permettaient une légère sécrétion dans les points dont la peau n'était pas complètement détruite. Peut-être aussi l'épaisseur de l'eschare est-elle due à l'addition d'une substance fibrino-albumineuse qui vient dans ces cas-là doubler la partie mortifiée de la peau.

Le quatrième degré était représenté par des eschares sèches, noires ou jaunes formées par la destruction complète du tégument et qui se termineront par l'élimination complète de la peau détruite. Mais il est souvent difficile de déterminer par avance de quelle étendue sera la mortification, car il arrive fréquemment, dans ce travail d'évolution, que les eschares gagnent en profondeur et transforment la blessure en une lésion du cinquième degré. C'est alors que le tissu conjonctif, atteint à son tour, se mortifie également. Mais, dans la pratique, une détermination aussi rigoureuse est sans importance.

En effet, si le malade guérit, l'élimination se fait en laissant au-dessous un fond variable selon le degré d'intensité de la brûlure et avec une perte de substance de toute l'épaisseur de la peau, là où la brûlure a atteint le quatrième et le cinquième degrés. Il se fait alors plus tard une réparation complète des téguments ; celle-ci exige un temps toujours très-long.

La cicatrisation chez notre malade marchera donc avec une rapidité différente selon les points plus ou moins profondément atteints. Mais ici se place une question : cet homme survivra-t-il, et, dans les conditions où il se trouve, quels sont les accidents consécutifs que l'on peut avoir à redouter? Ces accidents varient selon la période de la maladie : congestive, suppurative ou cicatricielle.

Il a déjà franchi heureusement la première période en échappant aux phénomènes inflammatoires intenses, aux accidents généraux et à ces congestions viscérales qui, lorsqu'elles surviennent, tuent si rapidement le malade. Ces dernières se manifestent surtout sur les poumons et y déterminent une hyperémie considérable, une congestion s'accompagnant parfois d'une fièvre intense. Chez d'autres malades, les accidents viscéraux apparaissent sur l'intestin ; ce sont de violentes congestions intestinales, et quelquefois même il se fait une perforation du duodénum sans que nous puissions bien en comprendre le mécanisme.

Notre malade, bien qu'alcoolique à un haut degré, n'a heureusement rien eu de tout cela. Il n'a même pas eu beaucoup de fièvre ; il a peu souffert, comme d'habitude du reste, dans les brûlures du quatrième degré.

La seconde période est celle où commence la suppuration de la plaie. A ce moment encore, il peut survenir des inflammations viscérales, pneumonie, entérite, etc. ; ou bien il peut se produire d'autres complications, soit un érysipèle, un phlegmon diffus ou l'infection purulente aiguë.

Enfin, dans la troisième période, cette infection purulente aiguë est rare ; mais elle peut être remplacée par une infection purulente chronique, surtout dans les grandes solutions de continuité, dans les vastes plaies comme chez notre malade; alors surviennent de la diarrhée, un affaiblissement progressif, enfin tous les phénomènes d'une hecticité lente, mais fatale. Aussi, pour éviter pareils accidents, nous soutenons cet homme par une alimentation fortifiante, par les toniques, en même temps que nous avons recours aux antiseptiques.

— Notre second malade, qui est couché au n° 49, est cet homme dont les journaux ont raconté l'accident et qui a été brûlé dans son magasin par une boule fulminante. Ce n'est pas par explosion qu'il a été blessé, mais bien par la déflagration de la poudre, et à très-peu de distance de lui. De là cette coloration noire des parties atteintes comme s'il était pansé avec de l'encre.

Chez lui les brûlures ne dépassent pas les limites du second degré; elles sont étendues à toute la face, aux mains et aux avant-bras. Elles sont caractérisées par de grosses phlyctènes remplies de sérosité.

Chez cet homme, comme chez le précédent malade du n° 29, il se présente une question importante, savoir si la lésion restera limitée au degré qu'elle présente actuellement ou si elle se transformera, sous l'influence de phénomènes inflammatoires consécutifs, en une brûlure du troisième degré avec eschares.

Jusqu'à présent nous ne voyons rien qui nous menace de cette transformation, si ce n'est une toute petite tache blanche, mais très-circonscrite. Sa plaie suppure comme celle d'un vésicatoire que l'on entretient avec la pâte épispastique; elle est assez douloureuse. En ville nous la panserions avec le liniment oléo-calcaire qui calme bien la douleur, car ce pansement, pour éviter de se sécher, exige d'être renouvelé toutes les deux ou trois heures. Mais à l'hôpital la chose n'est pas possible. Nous le pansons donc avec le cérat opiacé, qui, du reste, est un bon moyen et un excellent calmant.

Tout ce que nous venons de dire ici s'applique exclusivement aux mains et aux avant-bras de notre malade. Quant à la face, il n'en est pas de même, car la brûlure n'a pas dépassé l'épiderme, et le derme est resté intact. Il n'y a pas de phlyctènes, mais seulement une surface épidermique noire qui, lorsqu'elle se détachera, laissera à nu la surface du derme. C'est ce que j'ai appelé une brûlure du deuxième second degré, tandis qu'au premier deuxième degré l'épiderme est toujours soulevé par des phlyctènes.

Mais, d'autre part, la lésion épidermique occupe tout le masque facial, et si, les premiers jours il n'existait encore ni conjonctivite, ni blépharite, aujourd'hui ces accidents commencent à apparaître, et déjà l'on aperçoit une certaine tendance des paupières inférieures à se renverser en dehors. Il se fait alors un petit travail de rétraction dû, non pas à un simple érythème rétractile, mais bien à une dermite superficielle qui amène fatalement de l'ectropion. J'espère cependant que ce renversement ne sera pas considérable, surtout en portant tous nos soins soit dans un pansement protecteur, soit, s'il est nécessaire, dans un pansement occlusif.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Phthisie granuleuse aiguë.

Nous avons deux femmes atteintes de tuberculisation pulmonaire dans certaines conditions.

La première présente des signes évidents d'une excavation du côté droit, signes qui se sont exagérés depuis par l'accouchement, bien que nous ne constations pas d'état fébrile.

Chez un certain nombre de femmes déjà frappées par la tuberculose avant de devenir enceintes, les accidents semblent s'effacer pendant la grossesse, et les phénomènes locaux s'atténuent par une sorte de dérivation utérine, suite

de la conception. Mais chez ces mêmes malades, après l'accouchement, les accidents reparaissent et s'aggravent.

De plus, il est bon de savoir que, chez les femmes qui sont prédisposées à la tuberculisation, l'invasion de la maladie est surtout possible pendant les deux premiers mois qui suivent la délivrance, lesquels sont les plus dangereux. Il faut aussi savoir que la tuberculisation éclate fréquemment à la suite d'un allaitement prolongé.

De là l'intervention utile du médecin pour conseiller, chez les phthisiques et chez les sujets prédisposés à la tuberculisation pulmonaire, d'éviter toute grossesse, et pour leur défendre d'allaiter leur enfant, tant dans l'intérêt de celui-ci que dans l'intérêt de la mère. Cet allaitement est dangereux pour l'enfant, non-seulement par la question de l'hérédité, mais encore par les qualités médiocres du lait.

Chez la femme qui est couchée au lit n° 25, le cas est embarrassant. Pendant les premiers mois qui ont suivi l'accouchement, elle a présenté des symptômes d'une granulie aiguë, de l'amaigrissement, des accidents fébriles de temps en temps, de la toux. Cette femme était auparavant bien portante, elle avait eu sept grossesses successives sans aucun accident. Devenue enceinte une huitième fois, elle a maigri, elle s'est affaiblie; pendant six semaines elle a eu des évacuations diarrhéiques très-abondantes. Enfin, accouchée il y a quinze jours, elle a, depuis huit jours environ, de la fièvre avec élévation de la température, des malaises, de l'inappétence, mais pas de diarrhée; le visage est rouge et vultueux.

Est-ce une affection puerpérale, une fièvre typhoïde ou une granulie?

L'utérus est rétracté, il n'est ni volumineux ni douloureux; enfin nous ne trouvons rien de puerpéral. Quant à la fièvre typhoïde, le ballonnement du ventre s'explique tout naturellement par les accouchements multiples; les taches que l'on remarque sur le ventre, ne sont pas des taches rosées lenticulaires, mais bien des piqûres de puces; pas de gargouillement ni de douleur dans la fosse iliaque droite. La diarrhée qui, dans le cas présent, ne serait qu'un symptôme secondaire, puisqu'elle n'apparaît généralement qu'au second septénaire, a cessé. La rate n'est pas volumineuse. Le pouls ne présente ni l'amplitude ni le dicrotisme de la fièvre typhoïde. Enfin il n'y a pas, à proprement parler, de stupeur, mais seulement un accablement notable des forces. Nous devons donc éloigner la fièvre typhoïde comme la puerpéralité.

Il reste alors la troisième supposition, une granulie aiguë. Les antécédents héréditaires et personnels sont nuls. Ses propres enfants n'ont rien non plus. Les seuls phénomènes caractéristiques de la tuberculose sont dans la poitrine: sonorité inégale, faible sous la clavicule droite, faible aussi en arrière, en haut et à gauche, indiquant tout au moins un certain degré de congestion des deux sommets. Or aucune maladie autre que la tuberculose ne présente ces signes.

La diarrhée antérieure serait-elle aussi liée à une tuberculisation intestinale? En tous cas, des phénomènes dyspeptiques se sont manifestés par une diarrhée, catarrhe intestinal comparable au catarrhe bronchique. Suffisent-ils pour expliquer l'état général, permettent-ils de diagnostiquer des granulations disséminées dans les deux poumons?

Ces phénomènes généraux peuvent disparaître complètement, et la malade peut recouvrer pour un long temps une bonne santé. Mais, quand des granulations sont disséminées, comme le fait nous paraît ici probable, la marche est ordinairement progressive, et, s'il survient quelque arrêt dans l'évolution de la maladie, ce n'est que momentané, l'affection reprend bientôt son cours et la mort arrive assez rapidement. De plus, chez notre malade, autre signe caractéristique, la température reste constamment élevée entre 39 et 40 degrés.

Nous croyons donc pouvoir conclure à une phthisie granuleuse aiguë grave et d'un pronostic fâcheux.

Le fait d'une femme, chez laquelle nous redoutons une prédisposition à la tuberculisation pulmonaire, traversant une première grossesse et un premier allaitement sans accident, ne suffit pas pour ne pas la déconseiller de redevenir enceinte et de nourrir son enfant. Et souvent, à une seconde ou à une troisième grossesse, vous reconnaîtrez que vos conseils étaient bons.

Les malades suspects de granulose ne doivent jamais allaiter un enfant.

Nous ne ferons rien de bien curatif comme traitement ici, bien que l'on ne doive jamais désespérer, car ou la fièvre peut tomber, la maladie s'arrêter et les accidents observés se trouver réduits à zéro, ou bien les phénomènes aigus peuvent se suspendre dans leur évolution et la maladie peut affecter une marche chronique.

J'ai observé, en effet, autrefois, à l'hôpital Saint-Antoine un fait curieux. Une jeune fille entre, une première fois, atteinte de pneumonie compliquée de phthisie granuleuse au début. Le pronostic était grave. Néanmoins elle guérit et s'en va. A quelque temps de là, elle rentre avec une nouvelle pneumonie; je diagnostique aussi une tuberculose aiguë et j'émets encore une fois un pronostic grave. A ma grande surprise, malgré l'intensité des accidents, elle guérit encore et quitte l'hôpital.

Enfin, six mois plus tard, elle arrive de nouveau dans le service avec une pneumonie pour la troisième fois, présentant toujours les mêmes phénomènes. Grand était mon embarras, lorsque, la maladie revêtant un caractère des plus graves, cette femme succombait bientôt à une phthisie granuleuse aiguë.

A l'autopsie, les deux poumons étaient, de haut en bas, criblés de tubercules de trois âges différents correspondant aux trois pousssées successives que nous avions observées. Les deux premières avaient guéri. La troisième l'avait emportée. En réalité, il n'y avait eu qu'une suspension dans l'évolution de la maladie.

Aussi, en pareils cas, doit-on toujours, tout en se prononçant avec réserve, soupçonner la phthisie.

C'est ainsi que j'ai vu en ville une jeune femme chez laquelle une médication énergique avait fait si bien cesser tous accidents que la famille, absolument rassurée, me donnait tort quant aux craintes que j'avais émises et aux conseils que j'avais formulés relativement à une seconde grossesse. Cette femme devient enceinte et allaite son enfant, malgré ma défense. Une bronchite survient comme la première fois, on la laisse continuer l'allaitement. Mais bientôt la maladie fait de tels progrès que la malade succombe.

De tous les moyens auxquels on peut avoir recours contre l'élément congestif, le meilleur c'est la médication tannique, non pas comme tannin directement, qui est d'un emploi désagréable pour le malade et qui, à certaines doses, amène des pincements de l'estomac, mais bien comme ratanhia auquel on s'accoutume plus facilement. On commence par la dose de 2 grammes pour arriver à 4, 5 ou 6 grammes.

On doit avoir recours aussi aux révulsifs cutanés : ventouses sèches, larges sinapismes, vésicatoires. Enfin il faut soutenir les forces du malade. Le lait est un excellent aliment; mais, seul, il est insuffisant, il faut lui associer l'alcool.

PLAIES PAR ÉCLATEMENT DES DOIGTS, DES ORTEILS (1)

Par le docteur GUERMONPREZ (de Fives-Lille).

On observe dans les grandes usines divers accidents produits par la compression rapide, mais cependant pas tout à fait subite, déterminée par les machines-outils et plus particulièrement par les tours, les machines à raboter, à mortaiser, etc.

Que le traumatisme soit limité aux doigts ou au bord cubital de la main, on remarque fréquemment ce qui suit : la peau calleuse et singulièrement résistante de l'ouvrier ne présente, ni à la face palmaire ni à la face dorsale, aucune ecchymose, aucune excoriation, aucune altération directement attribuable au traumatisme.

Et cependant la compression a réellement porté sur la face palmaire d'une part, sur la face dorsale d'autre part.

Que l'on examine de plus près le membre blessé, et l'on trouve que les points directement atteints sont d'une sensibilité extrêmement exagérée, d'un ramollissement qui n'est pas habituel dans cette partie de la main de l'ouvrier.

Si l'on examine ensuite et par opposition le bord cubital et le bord radial, on aperçoit sur l'un et sur l'autre bord une plaie béante et d'une forme allongée, à bords nets, mais non pas régulière comme le sont les bords des plaies par instrument tranchant. Ces lèvres de la plaie, loin d'avoir de la tendance à l'accolement, sont écartées, béantes, et laissent échapper des pelotons graisseux qui semblent faire hernie par cette ouverture. Il est ainsi manifeste que la compression a agi sur la main de l'ouvrier comme sur une poche à parois résistantes, mais peu souples. Le contenu en a été modifié par le traumatisme jusqu'à devenir analogue à un épais liquide, alors que l'enveloppe a résisté et n'a subi aucune altération facilement appréciable dans la partie qui a directement supporté l'effort du traumatisme.

On a ainsi une plaie par cause indirecte, qui est toujours le résultat d'un éclatement et dont la production exige deux conditions : l'épaississement de l'épiderme et du derme de l'ouvrier d'une part, et, d'autre part, la diffluence du peloton cellulo-graisseux profondément meurtri par la brutale compression de la machine-outil.

OBSERVATION I. — Le 21 mai 1881, l'homme d'équipe T... (André), âgé de vingt-cinq ans, reçoit sur le pied droit une pièce de fonte, qui tombe d'une faible hauteur dans la gare Saint-Sauveur, de Lille.

Le gros orteil porte une plaie contuse avec éclatement, observée pour la première fois le 22 mai, lendemain de l'accident. Cette plaie, située sur le bord interne de l'orteil, présente des bords peu écartés, assez nets, sans apparence ecchymotique, sans aucune de ces mâchures qui caractérisent les plaies contuses encore fraîches. Les pelotons cellulo-graisseux qui comblent l'espace entre les deux lèvres de la plaie sont saigneux, peu cohérents et d'une teinte d'autant plus rougeâtre qu'ils sont mieux exposés au contact de l'air depuis la veille. La sensibilité est très-exagérée et présente bien le type ordinaire dans la contusion, tant sur la face inférieure que sur la face dorsale ; l'ongle n'est pas complètement décollé. La seule ecchymose visible est limitée à une portion seulement du pli cutané qui est au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. La plaie présente une sensibilité à peine plus marquée que la normale. L'observation de ce blessé n'a pu être continuée.

OBSERV. II. — Le 6 juillet 1881, dans une manœuvre de la gare de Fives, la locomotive a imprimé un mouvement de recul mal proportionné au petit nombre de wagons. Au moment du choc brusque qui en est résulté, l'homme d'équipe B..., âgé de vingt-cinq ans, maniait des plaques de fonte sur un des wagons. La main s'est trouvée subitement comprimée entre les bords de ces plaques de fonte et le rebord du wagon.

Outre les plaies contuses directes des phalanges unguéales des trois derniers doigts, il en résulte sur le médius un décollement complet de l'ongle et un éclatement sur le côté de la phalange métacarpienne. Cette plaie par éclatement fait un réel contraste par la netteté de ses bords, qui donnerait l'idée d'une plaie par instrument tranchant, si ces mêmes bords étaient plus rectilignes.

Tout à fait à l'extrémité de ce même doigt se trouve une fissure dont la direction est perpendiculaire à celle de la surface de l'ongle. Peu étendue, très-peu profonde, presque béante et ne laissant échapper aucun élément sous-cutané, cette plaie constitue le *minimum* de la plaie par éclatement. Bien que cet homme ne présentât aucune condition diathésique fâcheuse, quatre jours furent nécessaires pour la cicatrisation de cette petite plaie.

La plaie par éclatement située sur le côté de la phalange métacarpienne fut environ douze jours à se cicatriser.

Jamais tuméfiée à la manière des plaies contuses voisines, elle ne se rétrécit qu'avec une extrême lenteur. Le fond de la plaie, tout d'abord situé au même niveau que les bords, se déprime à mesure que les pelotons graisseux se flétrissent et se résorbent. Le 12 et aussi les deux jours suivants, quelques lambeaux sont éliminés : des bourgeons charnus paraissent et la cicatrisation s'opère avec lenteur et en laissant une dépression bien nette, un peu moins étendue que la plaie primitive.

OBS. III. — Le 11 juillet 1881, l'accrocheur F..., trente-cinq ans, de la gare de Fives, exécute la manœuvre d'accrochage des wagons contrairement aux instructions.

Dans l'action de placer le crochet de traction dans la barre d'attelage, il place l'extrémité des doigts, non pas en dehors, mais bien en dessous de la barre d'attelage. Le médius droit plus saillant est comprimé.

Il en résulte une contusion avec une plaie par éclatement à la face palmaire de la phalange unguéale. Située à l'union de la partie palmaire et de la partie terminale du doigt, cette plaie est dirigée transversalement, longue de plus d'un centimètre, à bords très-nets, laissant échapper toute une masse de pelotons cellulo-graisseux. La plupart de ces pelotons graisseux, très-peu adhérents, ne laissant pas suinter la moindre goutte de sang, sont facilement enlevés par le lavage du doigt. Après cette extirpation assez importante, les bords de la plaie peuvent être assez bien rapprochés, presque accolés à l'aide d'une bandelette de sparadrap-diachylon. Le pansement par occlusion est ensuite complété. Le 15 juillet, la plaie semble guérie; mais, laissée sans pansement, elle s'ouvre de nouveau le soir même et donne un écoulement de sang qui contraste avec l'état étanche de la plaie récente. Même pansement.

19. Bourgeons charnus de bonne nature.

23 juillet. Guérison.

OBS. IV. — Le 25 juillet 1881, le tourneur P. J..., âgé de cinquante ans, a la main prise entre son tour et sa pièce pendant la marche de la machine-outil. La phalange unguéale, du médius droit, plus comprimée que le reste par une saillie de la pièce, a subi un éclatement sur la partie latérale externe de la phalange unguéale. Sensibilité très-vive de toute cette partie du doigt, moins marquée dans la plaie elle-même et sur les bords que partout ailleurs. Le blessé est resté sans pansement pendant plusieurs heures.

(1) Observations recueillies par M. R. Couëtoux.

30 juillet. Un peu d'angioleucite de l'avant-bras et d'adénite axillaire. (Purgatif et sudorifiques.)

3 août. Les pelotons cellulo-graisseux ne font plus saillie hors de la plaie; sensibilité du doigt redevenue normale, angioleucite très-améliorée. Adénite presque stationnaire. (Purgatif et amers.)

6 août. La plaie suit une marche régulière.

19 août. Guérison.

Obs. V. — Le 22 juillet 1881, le chaudronnier M..., vingt-neuf ans, a la main comprimée entre une lame de tôle et le bord d'un wagonnet. Le médius droit présente à côté d'une plaie contuse, qui divise l'ongle transversalement et en décolle toute la moitié supérieure, une autre plaie par éclatement située près du bord externe de ce doigt. Les pelotons cellulo-graisseux qui font saillie s'opposent au rapprochement des lèvres de cette plaie. On applique le pansement de Lister.

Le 25 juillet, le pansement est changé pour la première fois. Les deux bords de la plaie par éclatement ne sont plus éloignés l'un de l'autre par des pelotons graisseux. On ne voit dans la plaie qu'une matière d'un gris verdâtre, qui n'est pas un obstacle à l'affrontement des lèvres de la plaie. Sur le protective, on observe très-nettement quelques petits points jaunes, brillants, faisant tache sur le papier : c'est de la matière grasse provenant des pelotons graisseux, qui, trois jours auparavant, faisaient hernie entre les bords de la plaie par éclatement.

Le 28 juillet, on trouve encore quelques points de matière grasse sur le protective. De la plaie par éclatement, on retire aisément quelques filaments grisâtres. L'affrontement de cette plaie peut être fait d'une manière complète.

Le 7 août, la guérison est acquise.

Pendant que nous faisions des recherches au sujet de ces faits, fut envoyé un blessé qui paraissait avoir plusieurs plaies par éclatement. Il n'est pas sans importance de rapporter ce fait avec quelques détails, pour mieux faire apprécier la physionomie particulière des plaies par éclatement.

Ayant eu la main droite prise entre la bielle et la manivelle d'une machine à vapeur, qu'il nettoyait pendant la marche, le chauffeur Jules H..., trente-trois ans, présente, outre une plaie contuse du pouce avec fracture de la phalangette et décollement complet de l'ongle, trois plaies longitudinales des doigts: l'une, de 3 à 4 centimètres, sur le bord radial du médius; les deux autres sont sur les deux bords de l'index; celle du bord radial est longue de 6, celle du bord cubital longue de 3 centimètres. On ne trouve aucune saillie, aucune hernie de peloton cellulo-graisseux entre les lèvres de ces différentes plaies. Il n'y a pas de sensibilité au toucher, ni sur la face dorsale, ni sur la face palmaire de ces doigts. Ce sont les plaies elles-mêmes qui sont sensibles dans toutes leurs parties. Le bord de l'une d'elles, décollé et déchiqueté, indique une action de glissement. Toutes ces plaies sont très-saigneuses; en écartant les lèvres des plaies, on les trouve très-nettement séparées sans aucun tractus, allant d'une lèvre à l'autre. Ce sont de vrais lambeaux dont la surface meurtrie est tout imprégnée de sang. Ces plaies ne sont donc pas des plaies par éclatement.

L'observation ultérieure a d'ailleurs bien confirmé cette appréciation. L'inflammation éliminatrice des plaies contuses ordinaires a été très-nette. Les phases de la sensibilité et la marche de la cicatrisation ont été naturelles. Le détachement en masse de la couche épidermique au pourtour de la plaie s'est effectué selon le type ordinaire. Pas une goutte d'huile sur le protective, pas de dépression notable du fond de la plaie; aucune élimination de débris des pelotons cellulo-graisseux.

D'ailleurs, lorsqu'on examine sur place le mécanisme de l'accident, on voit l'action d'un corps contondant qui rencontre les surfaces organiques sous une incidence oblique. On comprend que, dans ces conditions, les tissus fuient la pression, glissent sur les points d'appui, se laissent distendre, tirailler, et résistent jusqu'aux dernières limites de leur extensibilité. La solution de continuité s'est effectuée à la fin, mais autant par traction que par pression, et la lésion est ainsi plutôt un décollement, un arrachement, qu'une contusion à proprement parler, ainsi que l'écrit M. le professeur Verneuil (1).

Dans les faits qui précèdent et dans d'autres analogues, il a été possible de reconnaître un mécanisme à peu près uniforme dans l'action du corps contondant.

La durée d'action de ce corps contondant n'est pas absolument subite, comme l'est celle d'un coup de marteau. Cette action est presque assez lente pour justifier l'expression de compression; mais elle est encore assez violente pour aller au-delà de la compression simple. C'est ainsi qu'agissent beaucoup de machines-outils, de même encore les colis pesants qui tombent d'une faible hauteur.

Le corps contondant présente, de même que le point d'appui, une surface large, faute de quoi il y aurait pénétration, une surface lisse, une consistance assez dure.

La forme de la plaie diffère de celle de la plaie contuse classique; ordinairement linéaire, suivant parfois la direction des sillons de la face palmaire des doigts ou des orteils, leur direction n'est pas nécessairement rectiligne. Il n'y a pas les irrégularités, les mâchures, l'aspect ecchymotique, les lambeaux meurtris de la plaie contuse des classiques. Dans la plaie par éclatement, les deux lambeaux sont écartés l'un de l'autre par des pelotons cellulo-graisseux. Après l'enlèvement de ces pelotons graisseux, on voit des tractus celluleux allant de l'une à l'autre lèvre, et, en même temps, peu ou pas d'écoulement de sang.

Les lèvres de la plaie ont leur couleur et leur forme ordinaires: aucune meurtrissure, pas de cet écoulement de lymphe qui se produit quelques heures après les plaies par instrument tranchant ; rien non plus de cette sensibilité si vive qui caractérise la contusion et la plaie contuse classique. On est tenté de partager le sentiment du blessé: « Ce n'est rien, qu'une simple écorchure. » Toutefois, surtout pour le pied, il n'en est plus de même après l'exploration des deux faces qui sont perpendiculaires à celle qui porte la plaie par éclatement. Aussi bien celle qui répond au point d'appui, que celle qui a supporté l'effort du corps contondant, toutes deux également sensibles à la pression, indiquent l'importance de la meurtrissure, alors même qu'il n'existe ni excoriation ni ecchymose.

La marche du processus de réparation est plus lente que celle des plaies par instrument tranchant, puisqu'il n'y a jamais réunion par première intention; elle est plus rapide que celle de la plaie contuse des classiques, parce qu'elle ne comporte ni élimination importante d'éléments sphacélés, ni surtout cette inflammation plus ou moins intense des contusions sans glissement, mais avec accompagnement de plaie. Les lèvres de la plaie restent toujours dans le même état. Les pelotons graisseux deviennent diffluents. Les éléments gras sont éliminés les premiers et se retrouvent plus ou moins abondants dans les pièces du pansement. L'élimination des débris celluleux se fait ensuite très-aisément et sans réaction notable.

L'angioleucite avec retentissement vers les ganglions a été observée au moins deux fois (obs. IV). Cette complication paraît assez facile à interpréter, lorsqu'on se rend compte de l'attrition profonde qui résulte de l'action du corps contondant sur des tissus aussi riches en lymphatiques que le sont les doigts et les orteils. Elle s'explique surtout par le manque de propreté de la plaie et le défaut de protection par un pansement satisfaisant dès les premiers jours de traitement.

(1) Art. : *Contusion* du *Dict. encycl. des sc. méd.* Paris, 1879, p. 108.

Conclusions : — 1° Les plaies par éclatement résultent de l'action pas absolument subite d'un corps contondant de consistance assez dure et de surface lisse et large (beaucoup de machines-outils) sur un doigt dont la peau est dure et sans souplesse ;

2° La forme est ordinairement linéaire, jamais ecchymotique. Les deux lèvres de la plaie sont séparées par des pelotons graisseux qui font hernie ; elles sont unies par des tractus celluleux. Ces lèvres sont également nettes, insensibles, sans tuméfaction, ni rougeur, ni chaleur. Les deux faces qui ont supporté directement l'effort du traumatisme sont très-sensibles, alors même qu'elles ne portent pas d'ecchymose ;

3° La marche de la cicatrisation est très-simple, mais lente, toujours sans notable réaction inflammatoire ;

5° L'angioleucite et l'adénite peuvent compliquer cette marche de cicatrisation. La cicatrice est aisément réouverte ;

5° Tous les pansements ordinaires des plaies paraissent convenir également bien pour le traitement des plaies par éclatement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Worms et Decaisne pour la section des associés libres, Bucquoy et Lecorché pour la section de pathologie médicale, Laborde pour la section d'anatomie et de physiologie et Paulet pour le titre de membre correspondant national ; 2° une lettre de M. Van den Abeele, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté) ; 3° une note de M. Onimus intitulée : *Observations sur le rapport de M. Dubois-Reymond lu au Congrès international d'électricité.*

COMMUNICATIONS

Ablation des polypes de l'utérus. — M. Verneuil présente l'écraseur modifié par M. Després (de Saint-Quentin) dont il a parlé dans la dernière séance. Il dépose, en outre, sur le bureau une observation qui lui a été adressée par M. Després (de Saint-Quentin) et dans laquelle il s'agit de l'ablation difficile d'un polype utérin chez une jeune fille, faite à l'aide de cet instrument. Le polype, volumineux, qu'il met sous les yeux de l'Académie, présente une surface de section des plus nettes et bien perpendiculaire à l'axe de la tumeur.

RAPPORTS

M. Jules Lefort lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

Diphthérie. — M. Simorre (de Blois) lit un travail sur le traitement de l'angine couenneuse (diphthérie). L'auteur dit qu'après avoir traité l'angine couenneuse dans plusieurs épidémies successives, d'abord par les émissions sanguines modérées, puis par les toniques, sans succès, il a obtenu de nombreux succès du moment où il a adopté comme moyen de traitement les saignées répétées et une diète rigoureuse. (Commiss. MM. Roger, Hérard et Sée.)

Intoxication par le plomb. — M. Gauthier lit un travail sur l'absorption continue du plomb par notre alimentation journalière.

Notre alimentation journalière, dit M. Gauthier dans ses conclusions, et spécialement la consommation des matières alimentaires conservées en boîtes métalliques soudées au moyen d'alliages plombifères, introduit d'une manière presque incessante dans l'économie des quantités de plomb très-appréciables. Les aliments les plus chargés du métal toxique sont les poissons conservés à l'huile, les viandes acides, les eaux potables par leur séjour dans des réservoirs ou même des tuyaux de plomb, les eaux de Seltz, les boissons et les condiments acides tels que vin blanc, vinaigre.

De toutes parts le plomb nous assiège, nous enveloppe et nous pénètre ; nos habitations sont peintes à la céruse, nos meubles en sont enduits, notre vaisselle culinaire est recouverte d'un alliage plombifère, nos vases de faïence, nos cristaux, nos toiles vernies, contiennent des quantités de plomb plus ou moins considérables.

Selon M. Gauthier, il y a danger à prolonger cet état de choses, danger latent, insidieux, mais continu et certain. Il y a lieu de s'en préoccuper et d'y remédier.

M. Larrey, tout en rendant hommage au remarquable travail de M. Gauthier et en admettant comme parfaitement fondées les conclusions qu'il en a déduites, exprime la crainte que ces conclusions, qui recevront nécessairement de la publicité en dehors de cette enceinte, soient peut-être de nature à jeter quelque inquiétude dans le public. Il demande à M. Gauthier s'il ne jugerait pas à propos, à raison de cela, d'atténuer quelque peu le sens de ses conclusions ou au moins de les terminer par une phrase qui rassure la population.

M. Leroy de Méricourt rappelle à cette occasion ce qui se passait autrefois à bord des navires de l'État d'où la colique sèche a à peu près complètement disparu depuis les réformes introduites dans l'aménagement de ces navires par Lefebvre. Les cas de colique y sont devenus extrêmement rares depuis cette époque, bien qu'on y fasse un grand usage des conserves alimentaires. Il y a là, ce me semble, un motif de rassurer le public sur l'usage de ces conserves.

M. Rochard parle dans le même sens que son collègue. Pour lui, le danger signalé n'est en quelque sorte qu'un danger théorique, mais il n'en est pas moins d'avis cependant que l'on surveille et que l'on réglemente la fabrication et l'usage des conserves, comme le font justement le comité d'hygiène et le conseil de salubrité. Il ne trouve d'ailleurs rien dans le rapport et dans ses conclusions qui soit de nature à alarmer le public.

M. Chatin demande à M. Gauthier s'il a tenu compte, dans ses analyses et dans ses recherches du plomb dans les aliments conservés, des différences qui pouvaient provenir du fait de la situation des soudures en dehors ou en dedans des boîtes de conserves.

M. Lefort cite, comme un exemple du peu de danger de l'usage des ustensiles en plomb, l'usage si général des couverts d'étain dans les campagnes.

M. Gauthier a pensé qu'en parlant devant l'Académie il ne devait avoir d'autre préoccupation que de dire la vérité. Il a d'autant moins hésité à la dire dans cette circonstance qu'elle n'a réellement par elle-même rien de bien alarmant. Il croit, au contraire, que les résultats de ses recherches, notamment en ce qui concerne le transport des eaux potables dans des tuyaux de plomb, qui l'ont conduit à constater dans quelles minimes proportions les eaux s'en trouvent altérées, loin de devoir alarmer le public, devront, au contraire, le rassurer.

ÉLECTIONS

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination au scrutin des membres qui devront constituer la commission d'élection pour la place vacante dans la section des académiciens libres.

Sont désignés pour faire partie de cette commission : MM. Pasteur, Leroy de Méricourt, Dujardin-Beaumetz, Briquet, Larrey, Duplay et Bourgoin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 6 novembre 1881, ont été promus :

Au grade de médecin principal : M. Desgranges ;

Au grade de médecin de première classe : MM. Ortal, Canoville, Hercouët, Cazes, Nivard, Joubin, Drago, Clarac, Négadelle, Colin, Brejon, Nodier, Bastian, Thou, Tardif, Le Coat de Saint-Haouen, Guintran et Rangé ;

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Loisel, Couteaud, du Bois Saint-Séorin, Deschamps, Réteau, Quédec, Martin, Drevon, Laffont, Kergrohen, Aubry, Arène, Mangin, Échalier, Ponoreau, Augier, Castagné, Bridot, Millou, Paquier, Mittre, Gazeau, Théron, Tissot, Rétière, Palud, Besson, Herland, Labry, Bahier, Arbaud, Henry, Viraben, Lahoulle, Garnier, André, Vaquié, Deboffe et Benoît ;

Au grade d'aide-médecin : MM. Bahier, Pascal, Fruitet, Bastide, Cardes, Rousseau, Durand, Suard, Damany, Nollet, Chauvet, Charrin, Hugé, Lota, Berjon, Leclerc, Le Méhauté, Grognier, André dit Duvigneau, Negretti, Crozat, Bonain, Montel, Birolleau, Delay, Lacarrière, Boyer, Ollivier, Hébrard, Vinas, Roudot, Duville, Vidal, Poix, Percheron, Triaud, Jollet, Audibert, Roby, Métin et Gervais ;

Au grade de pharmacien de première classe : MM. Gandaubert, Sauvaire, Baucher, Philatre, Pape et Lalande ;

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. Robert, Chalufour, Charropin, de Baudéan, Calot et Cougoulat ;

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Sambuc, Riffaud, Chevallier, Poudra, Passérieux et Loste.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont maintenus dans les fonctions de chef des travaux des laboratoires ci-après désignés à la Faculté de mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pendant l'année scolaire 1881-1882, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Imbert (physique), Arloing (médecine expérimentale et comparée), Chandelux (anatomie générale et histologie), Charpy (anatomie), Colrat (anatomie pathologique), Peter (chimie), Reboul (physiologie), Poncet (médecin opératoire).

Sont maintenus dans les fonctions de préparateur ci-après désignées, pendant l'année scolaire 1881-82, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie du Lyon :

MM. Peter (chimie), Foucherand (chimie), laboratoire de clinique médicale) ; Magnien (zoologie et anatomie comparée).

M. Jubin est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-82, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des femmes.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Gérard soutiendra, le 12 novembre, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Recherches sur le passage de la racine à la tige. »

— *École de médecine de Rennes.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, d'histoire naturelle et de pharmacie sera ouvert le 9 mai 1882. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-A. Linas, ancien médecin-inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, médecin de l'État civil et secrétaire général de la Société des médecins de l'État civil, membre de la Société médico-psychologique, chevalier de la Légion d'honneur, décédé dans sa cinquante-troisième année, à Versailles. M. Linas a été attaché longtemps à la rédaction de la *Gazette hebdomadaire*, et il a fait plusieurs articles sur des sujets importants relatifs à l'aliénation mentale dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Il s'était distingué, en outre, par son zèle et son dévouement dans les services d'ambulance pendant la guerre et la Commune. Il a succombé à une longue maladie qui l'avait obligé depuis quelque temps à renoncer à ses nombreuses occupations et à aller chercher le repos dans les environs de Paris. Il laissera de vifs regrets dans le souvenir des nombreux amis qu'il comptait dans le corps médical parisien.

— *Fièvre jaune.* — Le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir le bulletin sanitaire envoyé du Sénégal tous les quinze jours. Les quelques cas de fièvre jaune signalés dans la dépêche de Lisbonne que nous avons rapportés dans notre dernier numéro sont confirmés. Le gouverneur de notre colonie espère cependant que ces atteintes ne se propageront pas. Pour Saint-Louis notamment, il peut l'affirmer, dit le rapport, car les deux cas que l'on a à signaler sont tout à fait isolés et se sont produits après une longue interruption de la maladie. Ils dateraient d'ailleurs du 15 octobre.

Par contre, l'apparition du fléau à Gorée-Dakar est de nature à préoccuper l'attention ; mais il faut remarquer que le nombre des Européens y est très-faible en ce moment ; les négociants sont partis pour la France et les troupes sont disséminées. Enfin, comme les fortes chaleurs de l'hivernage diminuent sensiblement et comme l'épidémie ne s'est encore manifestée dans le deuxième arrondissement que par quatre décès, on est fondé à espérer qu'elle n'y fera pas de nouvelles victimes.

— M. le docteur Lancereaux a commencé mardi dernier, à l'hôpital de la Pitié, des leçons de clinique qu'il continuera les mardis et samedis, à neuf heures.

— M. le docteur Legroux, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 11 novembre 1881, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11919.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger lasignature du Dr FOURNIER.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte. Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Fer Chevrier et Gicquel

Solution concentrée et titrée de *Tartrate ferrico-potassique* chimiquement pur.

30 gouttes représentent un gramme de Tartrate ferrico-potassique. Bien supérieur aux pilules et aux dragées. Se trouve dans toutes les pharmacies. Dépôt général, pharmacie CHEVRIER, 21, faubourg Montmartre.

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*.

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Les véritables DRAGÉES de GÉLIS et CONTÉ ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Cachets de Papaïne

(Pepsine végétale tirée du **Carica Papaya**) de TROUETTE-PERRET, *ph. Paris*, 163, *r. St-Antoine.*

Un cachet après chaque repas.

(GASTRITES, GASTRALGIES, MALADIES D'ESTOMAC)

Dépôt dans toutes les pharmacies.

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique**; sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque**; *id.* au **sulfo-phénique**; *id.* **iodo-phénique**; huile de **morue phéniquée**; **glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûlures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie*, 6, *av. Victoria, Paris.*

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Perles Névrosthéniques

de T. GRAS pharmacien.

Le succès de cette nouvelle préparation tient à ce que ces perles (*à base d'éthérolé de castoreum valérianique*) n'ont aucun des inconvénients du bromure de potassium. C'est l'*antispasmodique complet* pour combattre sûrement : *palpitations nerveuses du cœur, névroses générales, névralgies, migraines, agitations nerveuses, insomnies, hystérie, épilepsie.* — Phie, 9, r. Le Peletier, Paris.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs JORET et HOMOLLE, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

N° 130. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 12 NOVEMBRE 1881. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 11 novembre 1881.

M. le professeur Laboulbène a ouvert, hier jeudi, son cours d'*Histoire de la médecine*. Sa leçon d'ouverture, — dont nous commençons aujourd'hui la publication, — a été faite au milieu d'un grand concours d'élèves et de médecins. Le savant professeur n'avait rien négligé pour donner le plus vif attrait à cette première leçon. Sur la table étaient rangées les éditions les plus célèbres du Législateur de la médecine.

Les applaudissements si mérités qui ont salué notre éminent professeur auront un écho parmi nos lecteurs, auxquels nous sommes heureux de présenter cette importante page de l'histoire de la médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire des Livres hippocratiques.

Messieurs,

Vous venez entendre le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, et plusieurs d'entre vous pour la première fois. Soyez tous les bienvenus. Vous avez le désir d'apprendre ; vous voulez augmenter vos connaissances médicales : je vous y aiderai de toutes mes forces.

L'histoire a un grand attrait. La remarque d'un ancien, que je résume en deux mots, le prouve : *historia delectat ;* mais j'ai pris pour devise : *historia utilis*. Je tiens à ce que vous trouviez ici l'instruction médicale solide en même temps que la bibliographie. Je veux, à l'aide de l'histoire, appeler votre attention et vos méditations sur les grands problèmes médicaux et sur l'expérience des siècles, qui renferme des trésors de sagesse. Dans ce but, je vous parlerai aujourd'hui des *Livres hippocratiques*.

Toutefois, avant de commencer cette étude, il convient que je vous fasse connaître l'objet du cours de cette année. Ordinairement, le plan d'un cours vous est indiqué à la fin de la leçon. Le temps presse, vous n'êtes avertis que d'une manière rapide et fort sommaire. Je risque cette innovation de vous renseigner au début, et aussi complètement que possible ; j'espère que vous m'approuverez.

Je vous exposerai cette année l'*histoire des maladies populaires de la France,* faisant suite à l'histoire des grandes pandémies, des maladies épidémiques générales, ainsi qu'à l'histoire des maladies parasitaires qui nous ont déjà occupés.

Si j'ai choisi les maladies populaires de notre pays, c'est parce qu'il vous est indispensable de les connaître, parce que vous aurez à les combattre constamment dans votre pratique. Mais, loin de m'arrêter aux seules descriptions de ces maladies, si bien présentées par mes chers collègues, MM. les professeurs de pathologie interne et externe, je chercherai à vous montrer comment la nosographie de ces maladies populaires s'est constituée à travers les âges, comment leur étiologie s'est précisée, et les diverses méthodes de traitement qui leur ont été opposées. C'est par groupes que j'étudierai les maladies populaires ; ainsi : les pneumonies, les bronchites, les entérites, les hépatites, les néphrites, les accidents des plaies, etc., etc. Et, pour ne vous citer qu'un exemple, dans les pneumonies, vous verrez comment la symptomatologie a précédé la localisation anatomique, comment le traitement a été institué, suivant les systèmes médicaux. Vous aurez successivement à apprécier Hippocrate, Galien, Cælius Aurelianus et plusieurs autres, Stoll, Broussais, Rasori, Laënnec, Hahnemann, Todd, etc. Finalement, je vous ferai connaître les variations de l'étiologie et de la thérapeutique, et je vous présenterai l'histoire des systèmes et des doctrines en médecine, avec les maladies populaires de la France.

Vous le savez déjà, ce cours n'est point archaïque. Je m'appuie sur le présent pour remonter au passé, cherchant à voir les choses telles qu'elles sont et vous montrant comment le temps a pu accroître, transformer parfois, perfectionner, c'est-à-dire réformer en améliorant, les connaissances acquises, ce qui constitue le progrès. C'est, je crois, la meilleure manière de vous instruire pratiquement sur l'histoire de la médecine. Grâce aux avis qui me sont donnés et à quelque expérience de l'enseignement, je vous serai utile de la sorte, et, pour vous dire toute ma pensée, vous délaisseriez un cours d'érudition pure, dont la place serait au Collège de France et non dans notre Faculté.

Je vous ai, avec franchise, exposé mes projets et mon b[illegible]. J'entre immédiatement en matière pour vous parler d[illegible] illustre des médecins grecs, d'Hippocrate, de son[illegible] et des œuvres médicales qui nous sont parvenue[illegible] nom.

I

Pour beaucoup d'étudiants, et j'ajoute pour beaucoup trop de médecins, les Livres hippocratiques sont un de ces objets rares et précieux qu'on estime sans les connaître. On en possède un exemplaire, choisi parmi les moins volumineux; on le fait même relier, mais on l'ouvre peu ou point.

Quelle idée doit-on se faire d'Hippocrate et de ses œuvres? Faut-il admettre, avec des commentateurs enthousiastes, que la Collection hippocratique renferme toute la médecine et la chirurgie, et qu'on y découvre dans un cadre restreint les traits propres aux maladies sous forme de tableaux d'une exécution parfaite? Ce serait une grande erreur. Faut-il voir dans les Œuvres hippocratiques les premiers linéaments de l'art médical et de la science médicale? Non, et la médecine n'a pas commencé avec Hippocrate. Les éloges exagérés, presque ridicules, donnés parfois au grand médecin grec, ont même empêché qu'on se fît une idée juste des services rendus par cet homme de génie. Il ne faut point admirer de parti pris, ni admettre une opinion aveuglément ou de confiance; il faut chercher la vérité dépouillée des ornements et des voiles dont elle est trop souvent enveloppée.

Je viens de vous le dire, et je le répète: l'art médical existait bien avant Hippocrate.

Sans vouloir nous occuper présentement des Hindous et des Chinois, chez lesquels des pratiques médicales ont existé depuis l'antiquité la plus reculée, il convient que je vous fasse apprécier la part des Égyptiens et des Grecs dans l'histoire la plus ancienne de la médecine.

Les Égyptiens ont présenté de bonne heure les marques de la civilisation; mais on a eu tort, à mon avis, de les regarder comme enseignant aux Grecs les notions médicales. Les Grecs ont eu un génie propre, et leurs législateurs, ainsi que leurs philosophes, Solon, Démocède, Alcmæon, Démocrite, Aristote, n'ont pas été chercher une voie hors de leur pays.

Oui, l'Égypte a été un foyer de civilisation originale, mais les hiéroglyphes déchiffrés n'ont révélé ni une érudition ni des idées supérieures. L'Égypte était comme emmaillotée dans ses coutumes antiques, et comme figée dans un moule inextensible; ses monuments ont un type unique, colossal, mais dénué de goût. Les masses des obélisques ont été mises en jeu, non par d'ingénieuses machines, mais à force de bras. Les divinités égyptiennes, raides, avec les jambes serrées et les mains collées aux genoux, représentent l'immobilité et non la vie. L'aspect de l'Égypte est sévère, mystérieux, sans poésie gracieuse.

Tout autre était la Grèce. Sa situation géographique ainsi que la configuration de son sol permettaient à ses habitants d'occuper le territoire, de voyager facilement, de défendre leur indépendance. Des ports, des îles nombreuses portaient les peuplades à la navigation et au commerce. Un beau ciel, un sol fertile, une température moyenne, facilitaient le développement des hautes facultés, car, plus l'homme est loin des nécessités de la vie, plus son intelligence est libre. Les Achéens, partis de la Thessalie, avaient sous le nom d'Hellènes conquis et soumis la contrée; ils étaient passionnés pour la guerre et la poésie; les chants d'Homère [illegible]us donnent l'idée d'une civilisation grecque remarquable. [illegible]rre y était terrible, sans pitié pour les vaincus, mais [illegible] célèbre les dieux, les héros, les combats, les mer- [illegible] lointains voyages; elle crée des dieux mêlés aux [illegible] sont des hommes divinisés, car ils en ont les passions et les faiblesses; ils resplendissent de grâce, de grandeur, de majesté. Apollon, le dieu de la lumière et de la poésie, est aussi le dieu de la médecine; il est le père des Muses et d'Esculape, qui a lui-même deux fils, Machaon et Podalire, qui se signalent à la prise de Troie.

Mon prédécesseur Daremberg a cherché avec soin la caractéristique de la période depuis l'an 600 avant notre ère jusqu'à Hippocrate; il a cru pouvoir établir que le mysticisme médical des Orientaux prédomina d'abord chez les Grecs, qu'il s'affaiblit ensuite sous l'influence de l'esprit militaire, que la médecine hiératique prit un nouvel essor quand on éleva des temples ou Asclépions (Ἀσκληπεῖον, temple d'Esculape). Les principaux temples furent ceux de Titane, de Tricca, d'Épidaure, de Cos, de Pergame. Ils n'eurent point la même célébrité; celui d'Épidaure fut longtemps le plus fameux, puis il céda le pas à Cos. Ces temples, construits non loin des rivages de la mer, près des sources vives, étaient desservis par les Asclépiades soignant les malades.

Les Asclépiades laïques enseignaient la médecine en même temps qu'ils la pratiquaient; leurs écoles étaient placées à côté des temples, à Rhodes, à Cos, à Cnide, à Crotone et à Cyrène. Après celle de Cos, l'école de Cnide était la plus célèbre.

Les philosophes eux-mêmes pratiquaient l'art médical. Pythagore fonda une école à Agrigente en Italie. Les médecins voyageurs ou périodeutes (περιοδεύτης) ont été en majeure partie des pythagoriciens.

Littré, dont l'autorité est si grande, reconnaît trois sources de la médecine grecque dans l'âge antéhippocratique. La première vient des prêtres-médecins ou Asclépiades placés dans les temples d'Esculape; la seconde, des philosophes naturalistes ou physiologistes qui s'occupaient de l'étude de la nature, contemplant l'univers et ses phénomènes, et qui comprenaient dans leurs recherches l'homme et les maladies. La troisième source provenait des gymnases, établissements où l'on s'occupait de diviser le régime alimentaire suivant l'âge et la constitution, où la gymnastique par la marche et les exercices fut appliquée au traitement des maladies, au lieu d'être réservée pour les soldats et les athlètes.

Il résulte de ces données historiques abrégées que, longtemps avant Hippocrate, et loin de l'Égypte, la médecine était enseignée, cultivée, que des écoles rivales se disputaient la prédominance, qu'elles étaient suivies par des élèves, et que des notes et des préceptes étaient recueillis sur des tablettes ou sur des peaux d'animaux. Hippocrate, suivant la remarque de Malgaigne, a eu le rôle d'un puissant réformateur et d'un chef d'école; il n'a pas créé la médecine, il n'en a pas été le père, mais bien le législateur.

II

LÉGENDE HIPPOCRATIQUE.

On l'a dit avec raison, les faits et les personnages historiques sont transfigurés sous l'influence d'une tradition lointaine, et il devient malaisé pour la critique de démêler la vérité d'avec la légende. La Grèce ancienne abonde en fictions; elle a appelé Hippocrate le divin vieillard, et le plus célèbre de ses médecins s'est élevé de siècle en siècle jusqu'au rang des divinités tutélaires. De cette apothéose pour redescendre jusqu'à terre, l'effort a dû être considérable.

Suivons pas à pas la légende hippocratique d'après les

trois principaux historiographes. Le premier est l'auteur anonyme de *la Vie selon Soranus;* les deux autres sont le lexicographe Suidas et le grammairien Tzetzès qui ont copié et amplifié soit Soranus de Cos, soit Soranus d'Éphèse, car il est sûr qu'il y a eu dans l'antiquité plusieurs médecins du nom de Soranus. Vous trouverez le texte avec variantes de *la Vie selon Soranus*, κατὰ Σωρανὸν, à la fin du troisième volume de l'Hippocrate d'Ermerins.

Hippocrate est né à Cos, la première année de la quatre-vingtième olympiade (quatre cent soixante ans avant notre ère), à ce que rapporte Histomaque, et sous le règne d'Abriadès, le 26 du mois Agrianus, jour consacré par les habitants de l'île à sacrifier en l'honneur de leur compatriote. Issu des dieux et des rois, par son père il descendait d'Hercule et par sa mère d'Esculape; il était fils d'Héraclite et de Phénarète ou de Praxithée, fille de Phénarète. Sa généalogie était considérable. Il eut pour maîtres des médecins illustres, des sages fameux, des rhéteurs en renom; son aïeul, Hippocrate Ier, son père Héraclide, Hérodicus de Sélymbrie, Prodicus de Céos, Gorgias de Léontium et Démocrite d'Abdère, le philosophe, qui fut aussi son client, Démocrite, le plus savant des Grecs avant Aristote.

Son éducation embrassa la médecine et le cycle entier des connaissances humaines. Quand elle fut achevée, après la mort de ses parents, il s'expatria. Pour les uns il avait incendié les archives de Cnide, pour d'autres il aurait mis le feu à la bibliothèque de Cos, où l'on conservait les anciens livres de médecine et dont il était le bibliothécaire. Pour les plus sensés, Hippocrate voulait perfectionner son éducation médicale, avec le désir d'étendre le champ de ses études, de multiplier les ressources de l'expérience pour arriver à l'excellence dans la pratique.

C'est ainsi qu'il a parcouru la Thessalie, la Macédoine et la Grèce, donnant partout des preuves de savoir et semant les bienfaits sur son passage. Soranus prétend qu'Hippocrate avait reçu en songe (les songes viennent de Jupiter, dit Homère) l'ordre d'aller habiter la Thessalie où bientôt retentit le bruit de ses cures merveilleuses. Un décret public l'appela auprès de Perdiccas II, roi de Macédoine, qu'on disait atteint d'une maladie consomptive. Hippocrate arrive accompagné par Euryphon, médecin de Cnide, et reconnaît que la cause du mal était due à l'amour passionné du prince pour une des femmes du feu roi son père. Le médecin de Cos avertit cette femme, remarquablement belle, ayant nom Phila, et Perdiccas ne tarda point à guérir.

De Macédoine, Hippocrate, sur l'invitation des Abdéritains, se rendit dans leur capitale pour rendre la raison à Démocrite qu'on croyait atteint de folie. A cette époque, la peste avait éclaté en Illyrie, en Pæonie et chez d'autres peuples barbares dont les rois envoyèrent des ambassadeurs à Hippocrate pour réclamer les secours de son art. Il reçut l'ambassade, demanda quels vents soufflaient d'habitude sur le pays et congédia les députés comme ils étaient venus, refusant d'accéder à leurs demandes. Puis, raisonnant sur le rapport qu'ils lui avaient fait, il eut la prescience que le fléau envahirait l'Attique, l'annonça aux villes de la Grèce, afin qu'elles prissent des précautions nécessaires, et à ses disciples afin qu'ils fissent leur devoir. Puis, réprimant la peste sur son passage, sauvant « non un seul champ, mais plusieurs villes », chez les Doriens, chez les Phocéens, chez les Béotiens, il arrive à Athènes où il arrête les ravages du fléau. Il chasse la peste en faisant allumer de grands feux par toute la ville et en ordonnant de suspendre de tous côtés des couronnes de fleurs odorantes; l'air étant purifié, la maladie cessa; les Athéniens élevèrent au médecin une statue de fer avec cette inscription : « A Hippocrate, notre sauveur et notre bienfaiteur. »

La réputation d'Hippocrate, grandissant toujours, s'étendit jusqu'en Perse. Le grand roi Artaxerxès voulut attirer dans ses États et à sa cour Hippocrate issu des dieux, père de la santé, vainqueur des maladies, doué excellemment, illustre et honoré dans toute la Grèce, plus près en un mot des dieux que des hommes. La peste décimait les troupes persanes, et le grand roi mande Hystanès, satrape de l'Hellespont, chargé de présents et de promesses pour engager Hippocrate à son service. Mais Hippocrate, aimant sa patrie avant tout, tenant trop à son pays et à sa dignité pour accepter de telles offres, refuse avec désintéressement. Il reçoit en échange toutes sortes d'honneurs. Les Athéniens l'initièrent par un décret solennel aux mystères d'Éleusis, hommage que nul étranger n'avait obtenu depuis Hercule; ils lui conférèrent le droit de cité, et décrétèrent en outre qu'il serait nourri aux frais de la ville dans le Prytanée, et ses descendants après lui.

Enfin les Athéniens voulaient porter la guerre à Cos. Hippocrate s'employa et la guerre fut détournée. Les habitants de Cos, reconnaissants d'un tel service, lui rendirent des honneurs éclatants. Il ne reçut pas de moindres distinctions des Thessaliens et des Argiens.

Hippocrate méprisait l'argent, il était de mœurs irréprochables et grand philhellène. Après la formalité consacrée du serment, il enseignait libéralement son art à ceux qui avaient le désir de l'apprendre.

Grand par le savoir et par le patriotisme, plein de vertus et de talents, comblé de jours et de gloire, Hippocrate meurt à Larisse, vers le même temps où mourut Démocrite. Il était alors âgé de quatre-vingt-dix ans selon les uns, de quatre-vingt-cinq seulement suivant les autres. Il y en a qui poussent sa carrière jusqu'à cent quatre et même cent neuf ans. Il fut enterré entre Gyrton et Larisse. On vit longtemps son tombeau avec un essaim d'abeilles dont le miel guérissait les aphthes des petits enfants.

Il laissa deux fils, Thessalus et Dracon, et un gendre, Polybe, ainsi que des disciples sans nombre.

Telle est, résumée d'après Littré et Guardia, la légende hippocratique. L'ignorance, l'amour du merveilleux, ont encore ajouté à cette biographie si riche; on a entassé de nouveaux récits amplifiés ou embellis, et, pendant près de deux mille ans, ce que je viens de vous raconter a pris le titre de « Vie d'Hippocrate ». Il faut réduire à sa juste valeur la légende hippocratique, et c'est un honneur pour la critique française d'avoir établi sur des documents irrécusables ce que nous devons admettre du médecin de Cos. On a reproché en particulier à Littré et à Daremberg d'avoir ôté quelques fleurons de la couronne hippocratique; c'est bien à tort, car leurs recherches si consciencieuses nous montrent Hippocrate dans sa vraie lumière, comme un homme vraiment grand et hors de pair dans toute l'antiquité médicale.

Et d'abord que penser de la généalogie hippocratique Elle est évidemment incertaine et controuvée. Hippocrate est pour les biographes, tantôt le dix-septième, tantôt le dix-neuvième descendant d'Esculape, d'autres fois le vingtième descendant d'Hercule. C'est à titre de curiosité que je transcris la généalogie donnée par Tzetzès : Esculape, père de Podalire, père de Hippolochus, père de Sostrate, père de

Dardanus, père de Crisamis, père de Cléomyttadès, père de Théodore, père de Sostrate II, père de Crisamis II, père de Théodore II, père de Sostrate III, père de Nébrus, père de Gnosidicus, père d'Hippocrate Ier, père d'Héraclide, père d'Hippocrate II, qui est le célèbre médecin de Cos.

Quant aux descendants d'Hippocrate, voici leur liste la plus accréditée : Thessalus et Dracon Ier, ses fils ; Polybe, son gendre. Thessalus, médecin du roi de Macédoine Archélaüs, eut pour fils Gorgias, Hippocrate III et Dracon II. Dracon II eut pour fils Hippocrate IV qui fut médecin de Roxane, femme d'Alexandre le Grand. Les listes des médecins de cette famille mentionnent ensuite : Hippocrate V, VI et VII. Du reste le nom d'Hippocrate était fréquemment donné en Grèce, et à d'autres que des médecins.

Andréas de Caryste accuse Hippocrate d'avoir mis le feu aux archives de Cnide ; Tzetzès lui fait incendier la bibliothèque de Cos ; ces rhapsodies ne méritent pas qu'on s'y arrête. Les Grecs n'auraient jamais souffert que l'incendiaire d'un temple enseignât tranquillement la médecine.

La guérison de Perdiccas par Hippocrate est apocryphe. Suivant la remarque d'Hecker, on l'a fait accompagner ou venir avec Euryphon, médecin cnidien, plus âgé que lui, et son rival; cette association tient déjà de la fable. On prétend que le médecin de Cos découvrit que la maladie de Perdiccas était causée par l'amour secret qu'il ressentait pour une concubine de son père. Cette histoire ressemble à celle d'Érasistrate, de l'école d'Alexandrie, qui découvrit aussi une maladie causée par l'amour. Les Arabes ont attribué une pareille guérison à Avicenne. Érasistrate reconnut la maladie d'un jeune prince en lui tâtant le pouls en présence de la femme qu'il aimait. Pour Hippocrate, on dit qu'il porta son diagnostic par les changements survenus dans l'extérieur du roi à la vue de Phila. L'histoire a été forgée avec adresse par les biographes relativement modernes qui l'ont racontée ; c'eût été une erreur de chronologie que de faire tâter le pouls de Perdiccas par Hippocrate ; mais la similitude avec l'histoire d'Érasistrate et surtout la présence d'Euryphon lui ôtent toute vraisemblance.

Je m'arrêterai à peine aux récits sur la folie de Démocrite. La fameuse épître dans laquelle le Sénat et le peuple d'Abdère préviennent Hippocrate que Démocrite a perdu la tête, qu'ils en sont désolés et qu'ils l'attendent pour rendre la raison au malade et la joie à toute la ville ; cette épître, dis-je, ainsi que toutes les pièces qui l'accompagnent en formant une sorte de roman, proviennent de faussaires et sont apocryphes. Il en est de même du discours prononcé par Hippocrate au pied de l'autel de Minerve, la tête ceinte de branches d'olivier, et détournant par son éloquence l'expédition dont les Athéniens menaçaient l'île de Cos.

Beaucoup d'écrivains et de grands artistes ont célébré le désintéressement d'Hippocrate refusant les présents d'Artaxerxès. La salle du conseil de la Faculté renferme la toile originale et si connue de Girodet. Mais les offres d'Artaxerxès n'ont pu être rejetées par la raison majeure qu'elles n'ont point dû avoir lieu. Les lettres à Pætus, à Hystanès, celle d'Hippocrate au mandataire du roi, sont de pure invention. Je ne résiste pas à vous lire cette dernière missive arrogante, pour ne pas dire plus :

« Hippocrate, médecin, à Hystanès, gouverneur de l'Hellespont, salut.

« A la lettre que tu m'as adressée, disant qu'elle vient du roi, fais parvenir au roi ma réponse au plus tôt : Nous avons provisions, vêtement, logement et tout ce qui suffit à la vie. A moi, il n'est pas permis d'user de l'abondance des Perses, ni de soustraire aux maladies les barbares qui sont les ennemis de la Grèce. Porte-toi bien. »

Avec Guardia, je suis d'avis qu'une seule chose est louable et digne d'un médecin dans cette lettre supposée, c'est le dernier mot Ἔῤῥωσο, *Vale*, exprimant un souhait de santé.

Et la peste d'Athènes, et les grands feux, et les couronnes odorantes, et la statue de fer ? Autant d'inventions accumulées : on en acquiert la preuve par le rôle attribué à Hippocrate pendant la peste. Il aurait remarqué que les forgerons et tous ceux qui travaillaient avec le feu étaient exempts de la maladie ; il en conclut qu'il fallait purifier par le feu l'air de la ville. Mais Thucydide, qui a donné une si belle description de la peste d'Athènes, description que j'ai commentée en vous faisant connaître les pestes antiques, ne fait aucune mention d'Hippocrate, ni de ses services ; il dit formellement que tout l'art des médecins échoua contre la violence du mal, et qu'ils en furent les premières victimes. Je vous redirai donc, comme il y a deux ans, qu'Hippocrate n'a jamais combattu la peste d'Athènes. La légende intervertit d'ailleurs la marche de l'épidémie ; elle la fait venir par l'Illyrie, la Béotie et la Thessalie, c'est-à-dire par le Nord, jusque dans l'Attique. Or Thucydide, témoin oculaire, affirme qu'elle se déclara d'abord dans le Pirée et qu'elle arrivait de l'Éthiopie. Le fléau venait du Midi et non du Nord, passant en Égypte et en Libye, et envahissant Athènes par le Pirée, dans la seconde année de la guerre du Péloponnèse.

Que reste-t-il donc des biographies détaillées d'Hippocrate ? Rien, ou presque rien. Les historiographes les plus anciens étaient déjà éloignés de lui par un trop grand intervalle pour qu'on puisse s'en rapporter à eux. Un nuage est jeté sur la vie d'Hippocrate, dont plus de vingt-deux siècles nous séparent. Voici les seuls témoignages que nous possédions.

Le premier, le plus important, est d'un contemporain admirant, citant, et peut-être ayant connu Hippocrate : c'est celui de Platon. On lit, en effet, dans le dialogue intitulé *Protagoras* : « Dis-moi, ô Hippocrate, si tu voulais aller trouver ton homonyme Hippocrate de Cos, de la famille des Asclépiades, et lui donner une somme d'argent pour ton compte ; et si l'on te demandait à quel personnage tu portes de l'argent, en le portant à Hippocrate, que répondrais-tu ? — Que je le lui porte en sa qualité de médecin. — Dans quel but ? — Pour devenir médecin moi-même. »

Ce témoignage de Platon nous donne la conviction qu'Hippocrate était médecin de l'île de Cos, de la famille des Asclépiades, qu'il enseignait la médecine et que ses leçons n'étaient pas gratuites. De plus, ce passage nous prouve que, Socrate étant l'interlocuteur dans le *Protagoras*, Hippocrate était contemporain du fils de Sophronisque ; il montre enfin que de son vivant le médecin de Cos avait une renommée étendue jusque dans Athènes, la métropole.

Platon cite une seconde fois Hippocrate dans le *Phèdre,* et il fait allusion à l'écrivain. Hippocrate est invoqué comme une autorité imposante. L'opinion du médecin de Cos, alléguée par Phèdre à Socrate, se retrouve dans un des écrits importants de la Collection hippocratique.

Triller a signalé dans Aristophane un passage qu'il a rapporté au médecin de Cos. « *Mnésiloque* : Jure-moi de me sauver par tous les moyens s'il m'arrive quelque mal. — *Euripide* : Je le jure par l'éther, habitation de Jupiter. — *Mnésiloque* : Quel meilleur serment que celui de la confrérie d'Hippocrate ? — *Euripide* : Eh bien, j'en jure par tous les

dieux. » Aristophane emploie une formule qui reproduit les premiers mots du *Serment*, l'un des livres hippocratiques ; il est donc très-probable qu'il a cité Hippocrate de Cos, comme Platon le comique avait cité Euryphon, le plus connu des médecins de Cnide. Nous avons vu dans la légende ce dernier, beaucoup plus âgé qu'Hippocrate, l'accompagner auprès de Perdiccas, en Macédoine.

Il faut remarquer ici que Littré, qui avait d'abord admis l'opinion de Triller, l'a ensuite abandonnée d'après Letronne et Boissonade, qui pensent que ce passage d'Aristophane vise un Hippocrate d'Athènes. Daremberg est de cet avis. Je partage les idées de Pétrequin (t. I, p. 172, note), et je ne suis pas convaincu qu'il s'agit d'un autre Hippocrate que celui de Cos. J'ai insisté sur ce passage d'Aristophane parce que je tiens à vous montrer ici un bel exemplaire du *Serment*, imprimé en caractères d'un centimètre de hauteur et dont je dois la communication à notre bibliothécaire, M. A. Chéreau.

Aristote a rapporté des citations empruntées aux livres hippocratiques. On trouve dans sa *Politique* : « Quand on dit Hippocrate par exemple, on n'entend pas l'homme, mais le grand médecin. »

J'abrège, et, à défaut de documents biographiques certains sur Hippocrate, nous pouvons affirmer que le médecin de Cos, né au cinquième siècle avant l'ère chrétienne, contemporain de Platon, de Socrate et de Périclès, a été un praticien ainsi qu'un professeur, auquel on allait de loin demander des leçons, un écrivain plein d'autorité ; il avait voyagé ; il composa des ouvrages, et il prolongea sa carrière au-delà de la guerre du Péloponnèse.

Est-il besoin de vous dire que toutes les figures que je vous montre, que ces curieuses gravures, entre autres celles de la *Gazette hebdomadaire* de 1855, que ces médailles, que toutes les représentations qu'on a données des traits d'Hippocrate sont idéales ? Il en est de même du beau marbre du musée de Naples appelé le Philosophe, et auquel Daremberg a rendu son véritable nom. Ce n'est que longtemps après Hippocrate que les statues ont été des portraits. Les artistes anciens représentent le médecin de Cos la tête couverte tantôt du pileus ou chapeau thessalien, tantôt d'un pan de son manteau, et ont donné à ce sujet de longues explications. La tête couverte était regardée comme signe de noblesse ou de prudence. Ulysse est coiffé de même.

Le tombeau d'Hippocrate n'a pas été retrouvé ; sa découverte prétendue avait causé une vive émotion dans le monde médical, il y a près de vingt-cinq ans. Vous pourrez voir, dans l'*Union médicale* de 1857 et dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857 et surtout 1858, les remarques de M. Amédée Latour à ce sujet et la démonstration manifeste de l'erreur par M. René Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

L'antiquité avait perdu les moyens de faire une vraie biographie d'Hippocrate ; il existe là une lacune que rien ne peut combler. Mais les Livres hippocratiques nous restent. Toutefois nous pouvons apprécier le rôle d'Hippocrate dans son époque, la place qu'il a occupée. Praticien, professeur, écrivain, il a eu l'estime de ses contemporains ; issu d'une famille qui faisait remonter son origine aux âges héroïques, il lui a donné plus de gloire qu'il n'en avait reçu ; il a élevé l'école de Cos au-dessus de toutes les autres écoles rivales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Taille hypogastrique. — M. PÉRIER communique les deux observations qui ont fait l'objet d'un rapport de M. Gosselin à l'Académie de médecine. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 22 septembre 1881.)

M. THÉOPHILE ANGER a pratiqué deux fois la taille hypogastrique. Pour parer à cet inconvénient signalé par M. Périer, à savoir que les deux bords de l'incision vésicale se rétractent dans le fond du petit bassin et qu'on éprouve de réelles difficultés pour les saisir, M. Anger a fait construire un instrument qui consiste en une sonde munie d'un mandrin en forme de sonde cannelée qu'au moyen d'un engrenage on développe dans la vessie et qui a pour effet de soulever la paroi antérieure de cette cavité et de l'appliquer contre la paroi abdominale, de telle sorte qu'on puisse inciser cette paroi sur la cannelure de cette sonde. On s'oppose ainsi à la rétraction des deux bords de l'incision vésicale dans le fond du petit bassin. Cette sonde a rendu à M. Anger de très-grands services. Des deux malades qu'il a opérés, l'un, âgé de soixante-quatorze ans, a parfaitement guéri ; l'autre est mort de péritonite, mais à l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion sur le siége même de l'opération.

M. MONOD ne croit pas que la suture de la vessie, dans la taille hypogastrique, soit aussi difficile qu'on semble le croire. Dans les trois cas qu'il a opérés, il a pu faire cette suture sans y trouver de grandes difficultés. Quant aux indications de cette suture, les auteurs sont très-divisés sur ce sujet, les uns voulant qu'on suture la vessie et la paroi abdominale, les autres la paroi abdominale seulement. Le cas échéant, M. Monod préférerait ne faire ni l'une ni l'autre, mais il craindrait surtout de faire la suture abdominale sans faire la suture vésicale.

M. PÉRIER. Avec le ballon de Petersel dans le rectum, il n'est pas besoin d'un instrument spécial pour retenir les bords de la vessie. Lorsque ce ballon est en place dans le rectum, on peut même enlever des tumeurs de la paroi postérieure de la vessie. Il offre surtout cet avantage de remonter la vessie bien au-dessus du pubis. M. Périer fait remarquer à M. Monod qu'il n'a pas suturé la paroi abdominale complètement, qu'il avait laissé un tube énorme dans la plaie et que cette plaie était encore ouverte au-dessus et au-dessous de ce tube.

Coxalgie. — M. VERNEUIL apporte une nouvelle observation relative aux récidives de coxalgie dont il a parlé dans l'une des dernières séances. Il s'agit d'un garçon de quatre ans et demi, sans antécédents scrofuleux, qui, il y a vingt-deux mois, fut pris d'une douleur et d'une déformation peu prononcée de la hanche. Le redressement put être fait sans chloroforme, et le malade fut placé dans une gouttière de Bonnet. Après dix mois, on crut la guérison assurée ; il n'y avait plus de douleur, et l'enfant put reprendre ses jeux et ses exercices. Après quelques mois, il se mit à boiter de nouveau, et le membre qui avait été malade se raccourcissait notablement. Mais il n'y avait pas de douleur. M. Verneuil revit cet enfant le 20 octobre, c'est-à-dire un an après la suppression de la gouttière ; la flexion de la cuisse sur le bassin était presque à angle droit ; il y avait une ensellure très-marquée ; le pied, du côté malade, se trouvait à 12 et 14 centimètres du sol. Les muscles adducteur et couturier sont très-contracturés ; les fessiers, au contraire, très-atrophiés. Il n'y a pas de lésions osseuses.

Élongation des nerfs. — M. POLAILLON, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, rapporte l'observation suivante. Il s'agit d'un homme de soixante-un ans, cultivateur, qui entra le 3 août à la Pitié, souffrant atrocement d'une névralgie de la cinquième paire à droite. Cette névralgie, très-pénible et très-rebelle, était surtout accentuée dans les parties

animées par les nerfs sus et sous-orbitaires, lingual et surtout dentaire inférieur. Le bromure de potassium à hautes doses, l'hydrate de chloral, l'aconitine, la morphine n'avaient fait que plonger le malade dans un profond affaiblissement sans calmer ses souffrances.

M. Polaillon pensa donc à faire la résection du nerf dentaire inférieur, mais avec l'idée, auparavant, d'en faire simplement l'élongation. L'opération fut pratiquée le 6 septembre; le malade avait pris 2 grammes d'hydrate de chloral et fut chloroformisé; une incision en L fut pratiquée au niveau du maxillaire inférieur droit; une couronne de trépan fut appliquée sur la branche montante du maxillaire inférieur. M. Polaillon arriva ainsi sur le nerf dentaire inférieur qui se présenta sous la forme d'un cordon blanc nullement congestionné; il le chargea sur un crochet mousse et l'attira doucement et progressivement au dehors de façon à le soulever d'environ 1 centimètre 1/2. On n'entendit pas de craquements, mais le nerf s'amincit et retomba flasque au fond de la plaie. Pour le cas où l'élongation resterait sans résultat, M. Polaillon passa un fil de catgut qui devait lui servir de conducteur pour faire la résection. Les jours suivants, le malade fut soulagé, mais il ne tarda pas à avoir de nouvelles crises très-douloureuses. Cependant les calmants, qui restaient sans effet avant l'opération, réussissaient maintenant à le calmer. Ces crises douloureuses allèrent en s'apaisant, et aujourd'hui, plus de deux mois après l'opération, la guérison paraît définitivement acquise. Le fil de catgut avait été résorbé dès le cinquième jour.

Tubercules de la langue. — M. TRÉLAT communique l'observation suivante. Un homme d'une quarantaine d'années, dit-il, se présente à moi, souffrant horriblement de la langue qui est très-tuméfiée et qui a subi de la part de ses médecins de trop nombreuses cautérisations. J'examinai cette tumeur; il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire; toute la partie postérieure de la langue était saine; le quart antérieur seul était le siège d'une tuméfaction douloureuse au milieu de laquelle on apercevait un ulcère sans épaisseur, sans profondeur, n'ayant nullement l'aspect épithélial. J'écartai donc, dès le principe, toute idée de néoplasme. Cet ulcère était déjà étendu, s'était montré jusque-là rebelle à tout traitement. On y voyait de petits grains jaunâtres. Ce malade était, dans le même temps, soigné par M. Besnier pour une pelade.

Aucun des traitements que nous proposâmes tour à tour, M. Besnier et moi, n'arriva à modifier cet ulcère, et ce pauvre malade souffrait toujours autant et ne pouvait ni parler ni mâcher. Ce malade resta quelque temps sans venir me voir et fut retenu quelques jours au lit par une bronchite. Quand il revint, je le trouvai changé; il s'affaiblissait graduellement. Il fut de nouveau repris de la bronchite. L'état s'aggrava de plus en plus; il survint de la dyspnée, et le malade ne tarda pas à succomber. Il s'agissait donc de tubercules de la langue. Pas plus M. Besnier que moi ne nous étions doutés que nous avions affaire à une tuberculose linguale. Je me rappelai alors, mais trop tard, ces petits grains jaunâtres parsemés sur les bords de l'ulcération. C'était à ce moment qu'il fallait porter le diagnostic de tubercules de la langue, diagnostic confirmé plus tard par la tuberculose pulmonaire. Voilà donc un cas dans lequel un médecin et un chirurgien, s'étant tous deux particulièrement occupés de la question de la tuberculose linguale, ont méconnu la nature tuberculeuse de cet ulcère. Cette erreur de diagnostic était ici d'autant plus regrettable qu'une opération faite en temps opportun aurait pu sauver le malade, ou le débarrasser tout au moins des atroces souffrances qu'il a endurées jusqu'à sa mort.

Dans une discussion sur les tubercules de la choroïde, plusieurs membres de la Société se sont étonnés d'entendre dire qu'une fois la nature tuberculeuse reconnue, il fallait sacrifier l'œil. Je n'hésiterais pas, quant à moi, si je me trouvais en présence d'un cas semblable à celui que je viens de rapporter, à pratiquer l'ablation de la tumeur, surtout quand il s'agit seulement de l'amputation de l'extrémité antérieure de la langue. Suppression de souffrance, suppression du foyer tuberculeux et des chances de propagation ou de métastase à l'appareil pulmonaire : telles étaient les raisons qui militaient ici en faveur de l'opération, d'ailleurs nullement dangereuse. Cette conduite me paraît applicable à tous les cas de tuberculose locale accessibles à la main du chirurgien.

M. MAURICE PERRIN. A côté du fait particulier dont vient de parler M. Trélat et sur lequel je partage entièrement sa manière de voir, il est une question de doctrine, de thérapeutique générale de la tuberculose, sur laquelle je demande à faire quelques réserves. Est-il utile, est-il indiqué, dans la crainte d'une généralisation possible, de sacrifier un œil atteint de tubercules de la choroïde? Je ne le pense pas. Les tubercules de la choroïde ne troublent en rien les fonctions de l'œil, et ne déterminent aucune douleur. Il n'y a donc pas lieu d'enlever un œil dans ces conditions, à moins, bien entendu, qu'il ne soit le siège de poussées d'irido-choroïdite ou de poussées glaucomateuses.

M. ANGER rappelle avoir présenté une jeune fille atteinte d'un gros tubercule de la choroïde et qui a fini par succomber à la généralisation pulmonaire. M. Anger avait proposé l'ablation de l'œil. Il partage, au sujet de la tuberculose, l'opinion de M. Trélat.

M. BERGER fait observer que dans ces cas l'ablation de la partie pathologique pourrait être faite avantageusement avec la cuiller tranchante.

M. HORTELOUP applique, depuis quelques années, au traitement de la tuberculose des organes génitaux la doctrine chirurgicale défendue par M. Trélat pour la tuberculose linguale. On doit opérer aujourd'hui les tuberculoses locales. Cette manière de faire rend de très-grands services.

M. LE DENTU. On améliore l'état des vésicules séminales en enlevant les testicules tuberculeux.

M. TRÉLAT. Oui, l'intervention chirurgicale est absolument indiquée dans ces cas, aujourd'hui que nous saisissons le tubercule, pour ainsi dire, à son entrée dans le monde histologique. Il faut supprimer ces foyers tuberculeux dès qu'ils sont reconnaissables. Je répondrai même à M. Perrin que je ne partage pas son opinion et que je n'hésiterais pas à sacrifier un œil manifestement atteint de tubercule, comme je sacrifie l'œil atteint de sarcome ou d'épithélioma à marche envahissante. Non, je n'hésiterais pas à sacrifier l'organe dans ces cas, en raison même de la gravité du pronostic.

Restauration du voile du palais. — M. HORTELOUP présente un jeune homme de vingt-sept ans qui était atteint d'une perforation du voile du palais consécutive à l'ablation d'une tumeur gommeuse de cette région. Il y a quatre mois, une première suture fut faite sans succès. M. Horteloup a comblé la perforation avec la luette qu'il a remontée et suturée aux bords de la solution de continuité par sept points de suture. En moins de dix jours ce malade était complètement guéri.

PRÉSENTATION

Forceps. — M. POULLET (de Lyon) présente un forceps souple à tractions indépendantes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'épreuve écrite du concours pour les prix de l'internat a eu lieu ces jours derniers, le jury se composant de MM. Ball, Bouilly, Desprès, Labric, Nicaise, Jules Simon et Troisier. Les questions données ont été, pour les internes de première et de deuxième années : artères de l'encéphale, diagnostic différentiel de la paralysie générale progressive; pour les internes de troisième année : vaisseaux capillaires, embolies.

Les questions restées dans l'urne sont : pour la première série, 1° muqueuse stomacale, ulcère simple de l'estomac; 2° nerfs du larynx, polypes du larynx; — pour la seconde série, 1° muqueuse vésicale, tuberculose des voies urinaires; 2° quatrième ventricule, complications du diabète.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques du premier semestre de l'année scolaire 1881-1882 commenceront le lundi 14 novembre 1881. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Élèves de première année. — 1° Physique ; M. Gay, agrégé, le mardi, le jeudi et le samedi, de quatre heures à six heures du soir. 2° Chimie : M. Arm. Gauthier, agrégé, le mardi et le jeudi pour les élèves de la première série ; le mercredi et le vendredi pour ceux de la deuxième série, de une heure à trois heures et demie. 3° Histoire naturelle : M. Faguet, le lundi et le jeudi pour les élèves de la première série ; le mardi et le samedi pour ceux de la deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin.

Élèves de quatrième année. — Anatomie pathologique : M. Gombaud, tous les jours, à deux heures.

MM. les étudiants devront se faire inscrire à l'École pratique, ancien collège Rollin, avant le 14 novembre, savoir : pour les exercices de physique, au laboratoire de M. Gay, de deux à quatre heures ; pour les exercices de chimie au laboratoire de M. A. Gauthier, de deux à quatre heures ; pour les exercices d'histoire naturelle au laboratoire de M. Faguet, de neuf heures à onze heures ; enfin pour les exercices d'anatomie pathologique au laboratoire de M. Gombaud, de deux heures à quatre heures.

Ils devront produire : 1° leur carte d'admission aux travaux pratiques ; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant qu'ils ont acquitté les droits réglementaires.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Looten, chef de clinique médicale, est chargé d'une conférence sur les maladies des enfants pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Morelle, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de physique pendant l'année scolaire 1881-1882.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Aubert, bachelier ès sciences, est nommé, pendant l'année scolaire 1881-1882, préparateur du laboratoire de chimie.

M. Hyvernat est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de chef des travaux biologiques.

M. Pourcelot (Charles-Marie-Félix), né à Besançon le 29 mars 1852, est nommé, pendant l'année scolaire 1881-1882, préparateur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Bounet, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant le deuxième semestre de l'année 1881-1882 :

MM. les agrégés Carrieu (histologie et anatomie pathologique), de Girard (chimie médicale), Moriez (pathologie médicale), Serre (pathologie chirurgicale), Regimbeau (pathologie et thérapeutique générales).

Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1881-1882, à la Faculté de médecine de Montpellier :

MM. Lannegrâce, agrégé (physiologie élémentaire) ; Ville, licencié ès sciences physiques (physique médicale) ; Jacquemet, agrégé (histoire naturelle).

— M. le docteur Mac Clintock (de Dublin), l'un des plus célèbres accoucheurs de la Grande-Bretagne, qui présidait tout dernièrement la section d'obstétrique et de gynécologie au Congrès international de Londres, vient de mourir à l'âge de soixante ans.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Louis Chapot, ancien professeur suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Lyon, décédé ces jours derniers à l'âge de soixante-huit ans.

— *Choléra.* — M. le docteur Marroin, directeur de la santé à Marseille, a prescrit aux agents placés sous ses ordres d'apporter la plus grande surveillance à l'égard des arrivages de l'Égypte et de la mer Rouge, afin que, le cas échéant, les prescriptions réglementaires contre le choléra leur soient appliquées avec la plus grande rigueur.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 14 novembre 1881, à trois heures très-précises, au Palais-de-Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil), entrée par le boulevard du Palais).

Ordre du jour : I. Communication de M. le docteur Billaudeau (de Soissons), sur un cas d'infanticide. — II. Communication de M. le docteur Gillet de Grandmont, sur la vision des couleurs au point de vue médico-légal. — III. Note de M. Brouardel, sur quelques cas de mort par coliques hépatiques, ayant donné lieu à des soupçons d'empoisonnement. — IV. Rapport de M. Chaudé, sur la question de savoir si les médecins autorisés, en vertu de l'article 27 de la loi de germinal an XI, à fournir des médicaments à leurs clients, sont tenus de subir les visites d'inspection imposées aux pharmaciens.

— M. le docteur Marchand, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, dans la salle Laennec de la Faculté, le samedi 12 novembre 1881, à trois heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Straus, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le lundi 14 novembre 1881, à trois heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Remy, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le lundi 14 novembre à trois heures trois quarts dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin (amphithéâtre de physiologie), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Depaul commencera son cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté de médecine, le mardi 15 novembre 1881, à neuf heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — MM. les élèves sont prévenus qu'une carte spéciale est nécessaire pour suivre ce cours.

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11919.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Livres hippocratiques (1).

III

LIVRES HIPPOCRATIQUES ET APOCRYPHES.

Je viens de faire justice des fables dont la vie d'Hippocrate a été le sujet. Mais le médecin de Cos, dont l'existence est incontestable, a-t-il réellement écrit ? Les livres qui nous sont parvenus sous son nom sont-ils de lui ou de ses disciples ? Seraient-ils tous l'œuvre de faussaires ? Quels sont ceux qui lui appartiennent en propre ? Quels sont ceux qui ont été ajoutés à la Collection hippocratique primitive ?

Et enfin, question des plus intéressantes, comment cette Collection connue sous le nom des Œuvres d'Hippocrate, comment les Livres hippocratiques nous sont-ils parvenus ?

Oui, Hippocrate a écrit. Nous avons des preuves indirectes, mais certaines, qu'Hippocrate est l'auteur de plusieurs traités médicaux. L'authenticité des *Aphorismes*, du livre des *Articulations* s'appuie sur les témoignages contemporains de Ctésias, qui était un Asclépiade de Cnide, et de Dioclès de Caryste, transmis par Celse et par Galien. Praxagore a combattu quelques idées d'Hippocrate. Aristote, disciple de Platon, a émis dans son *Histoire des animaux* des opinions qu'on trouve dans les *Aphorismes* et le premier livre des *Maladies*.

Les Livres hippocratiques ne sont pas tous d'Hippocrate, c'est aujourd'hui un fait absolument sûr. Si on prend connaissance de la Collection hippocratique feuillet par feuillet, page par page, on acquiert la conviction qu'elle résulte d'une collaboration multiple. Littré a trouvé qu'un fragment sur l'anatomie des veines qu'on lit dans le *Traité de la nature de l'homme* est textuellement rapporté par Aristote dans son *Histoire des animaux*. Or Aristote dit expressément que ce morceau est de Polybe, et le témoignage aristotélique paraît irrécusable. Un fragment d'Euryphon de Cnide, rapporté par Galien, se trouve dans le deuxième livre des *Maladies*, et un écrit manifestement cnidien se trouve ainsi dans la Collection hippocratique. Cette circonstance, qui a singulièrement embarrassé la critique, prouve qu'il y avait entre les écoles rivales de Cos et de Cnide une polémique suivie, et qu'on connaissait les écrits des adversaires. Hippocrate critique les *Sentences cnidiennes*; Ctésias a critiqué Hippocrate. Il est extrêmement probable que des Livres cnidiens ont fait partie de la bibliothèque d'Hippocrate et auront été publiés sous son nom, comme plusieurs autres qui ne lui appartenaient pas davantage. On admet actuellement qu'il se trouve dans la Collection plusieurs écrits provenant de Polybe, de Thessalus, ainsi que d'autres hippocratiques, fils ou disciples d'Hippocrate, et que dans les Livres hippocratiques figurent les productions de plusieurs écrivains médicaux.

Les Livres hippocratiques seraient-ils tous l'œuvre de faussaires ? Plusieurs critiques de l'antiquité ont incliné vers l'opinion que certains écrits attribués à Hippocrate avaient été fabriqués. Je vous prouverai que les *Lettres*, le *Décret aux Athéniens* et les *Discours* sont apocryphes. Mais il n'est pas possible de regarder l'ensemble des œuvres hippocratiques comme supposé. Le plus grand nombre des Livres est authentique, et ils portent en eux-mêmes les marques de leur validité historique. Sans compter les témoignages directs, nous constatons les allusions que les auteurs des ouvrages existants font à des ouvrages perdus. Un faussaire n'aurait pu deviner cette foule de citations concordantes, il se serait contenté des ouvrages existants. Les médecins de la Collection hippocratique se réfèrent à d'autres livres déjà composés; il y a même des indications de titres qui ne sont pas absolument identiques, mais avec une légère variété de langage qu'un auteur seul peut et sait employer. Le faussaire est toujours de la plus scrupuleuse exactitude.

Plusieurs livres des *Épidémies*, le traité des *Humeurs*, offrent des phrases à peine finies. On s'accorde à les regarder comme des notes que les auteurs gardaient pour leur usage et non pour les publier ; ce ne sont pas des œuvres de faussaire.

Parmi les soixante écrits, environ, qui nous sont parvenus avec le nom d'Hippocrate, quels sont ceux, véritablement hippocratiques, venant du vieillard de Cos ?

Quand vous parcourrez la Collection, quand vous l'étudierez avec soin, vous serez étonnés en reconnaissant que ces livres ne forment pas un ensemble. En vain y chercheriez-vous une œuvre homogène. Les traités ne se relient pas les uns aux autres, et ils offrent les plus grandes disparates. Plusieurs sont complets ; d'autres, je viens de le dire, ressemblent à de simples notes, qui se suivent sans lien apparent, et parfois à peine intelligibles. Certains livres sont

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 novembre 1881.

absolument incomplets et mutilés. Mais les Livres hippocratiques se font mutuellement des emprunts, ils sont quelquefois les abrégés les uns des autres; il en est qui forment dans la collection totale des séries offrant la même pensée. De telle sorte que, si nous devons forcément conclure que les livres ne sont pas tous d'un même auteur, on peut cependant espérer retrouver ceux qui appartiennent à Hippocrate au milieu de ceux qui proviennent d'autres mains.

Cherchons donc parmi la Collection les livres réellement attribuables à Hippocrate.

Pour arriver à cette détermination si délicate, qui avait embarrassé les premiers commentateurs et dans laquelle Galien, malgré sa vaste érudition, n'avait pu réussir complètement, il faut chercher une base solide. Les commentateurs anciens avaient d'autres renseignements que nous, mais ces documents ont eux-mêmes disparu. Les critiques plus modernes ont été un peu à l'aventure. Lémos a suivi Galien; Mercuriali s'est étayé sur le style des écrits, règle peu solide et insuffisante; Grüner a suivi Mercuriali; Ackermann s'est appuyé sur la tradition et le consentement des auteurs anciens; Grimm s'en rapporte à Érotien et à Galien; Sprengel a suivi Grüner, en ajoutant la recherche des doctrines philosophiques.

Littré, voulant retrouver les écrits d'Hippocrate dans les productions qui portent son nom, a suivi une voie nouvelle. Il a rejeté les moyens artificiels et compliqués, se renfermant dans l'examen intrinsèque de la Collection. Mettant à profit les recherches des anciens, des modernes et les siennes en particulier, il a posé des règles qui lui ont permis d'établir des groupes d'écrits, caractérisés par leurs rapports naturels et séparés des autres par leurs différences.

Il s'est servi avant tout et en première ligne des témoignages directs, puis viennent le consentement des anciens critiques, la concordance des doctrines, la similitude des écrits, en dernier lieu les caractères du style.

Après avoir patiemment et savamment examiné chaque écrit ou livre hippocratique en particulier, Littré a établi onze classes principales. Il a reconnu comme étant d'Hippocrate les livres: *de l'Ancienne Médecine;* le *Pronostic;* les *Aphorismes;* les *Épidémies*, premier et troisième livres; *du Régime dans les maladies aiguës*; *des Airs*, *des Eaux et des Lieux; des Articulations; des Fractures*; *des Instruments de réduction; des Plaies de tête;* le *Serment*; la *Loi.*

Littré attribue à Polybe les livres: *de la Nature de l'homme; du Régime des gens en santé.*

Je vous l'ai dit, et j'y reviendrai: la médecine existait avant Hippocrate, l'école de Cos avait des écoles rivales. Une période antérieure de labeurs et de recherches avait produit un grand nombre de livres. Littré a cru reconnaître, dans la Collection des traités qui sont antéhippocratiques ou antérieurs à Hippocrate: les *Prénotions de Cos* ou *Coaques;* le premier livre du *Prorrhétique.*

Parmi les Livres hippocratiques, les suivants proviendraient soit de l'école de Cos, soit de Cnide, soit de contemporains, soit de disciples d'Hippocrate: *des Ulcères; des Fistules et des Hémorrhoïdes; du Pneuma; des Régions dans l'homme; de l'Art; du Régime et des Songes*; *des Affections*; *des Affections internes; des Maladies*, premier, deuxième et troisième livres; *de la Naissance à sept mois; de la Naissance à huit mois.*

Certains livres ne seraient que des extraits d'autres livres ou des notes, ainsi: les *Épidémies,* deuxième, quatrième, cinquième et septième livres; *de l'Officine du médecin; des Humeurs*, *de l'Usage des liquides.*

On trouve toute une série qui, n'appartenant pas à Hippocrate, est pourtant attribuable à un même auteur: *de la Génération; de la Nature de l'enfant*; *des Maladies*, quatrième livre; *des Maladies des femmes; des Maladies des jeunes filles; des Femmes stériles*; et de plus un écrit qui n'est point d'Hippocrate: *de la Superfétation.*

La Collection hippocratique renferme des traités qui, parce qu'ils contiennent la connaissance du pouls, ou parce qu'ils admettent le système aristotélique sur l'origine des vaisseaux sanguins dans le cœur, ou enfin parce qu'ils ont été déclarés postérieurs aux autres par les critiques anciens, seraient, d'après Littré, les plus récents de tous et posthippocratiques: *du Cœur*; *de l'Aliment; des Chairs; des Semaines; Prorrhétique*, deuxième livre; *des Glandes;* un fragment compris dans la compilation intitulée: *de la Nature des os.*

Les critiques de l'antiquité n'ont pas cité, soit qu'ils ne les aient pas estimés, soit qu'ils ne les aient pas connus, un certain nombre de traités, fragments ou compilations, qui par cela même forment une classe à part et ne sont pas d'Hippocrate: *du Médecin; de la Conduite honorable;* les *Préceptes*; *de l'Anatomie; de la Dentition; de la Nature de la femme; de l'Excision du fœtus; Aphorismes,* huitième section; *de la Nature des os; des Crises; des Jours critiques; des Médicaments purgatifs.*

Il faut que je vous fasse connaître la notice des écrits perdus cités dans la Collection comme étant hippocratiques: *des Blessures dangereuses; des Traits et blessures*, le premier livre des *Maladies,* le Petit.

Nous avons la certitude qu'il existe dans la Collection des pièces apocryphes qui sont: les *Lettres*, *Décret* et *Discours.* Ces pièces non médicales vont bientôt nous occuper.

Daremberg a réduit à six les onze classes de Littré, et, par une critique heureuse, il a montré que les *Prénotions coaques* ne sont pas antérieures à Hippocrate, mais dérivent du *Prorrhétique* dont elles paraissent une compilation. Il y a des omissions dans la classification de Daremberg; de plus, l'*Officine* figure à la fois dans deux divisions.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Du phimosis et de son traitement par la dilatation.

Le phimosis est une affection assez commune qui présente parfois des accidents assez sérieux, témoin le malade qui est couché au nº 1 de la salle Michon, auquel j'ai failli être obligé d'amputer la verge. Il s'agissait d'accidents graves d'un phimosis compliqué de balano-posthite prédisposant au papillome, et celui-ci, comme vous le savez, à l'épithélioma.

Le phimosis est l'étroitesse naturelle ou acquise, accidentelle, de l'ouverture préputiale, telle qu'il est impossible de découvrir le gland.

Aujourd'hui nous avons dans nos salles un jeune garçon de seize ans entré pour un phimosis compliqué d'un peu de balanite. Ce n'est pas de la nature du mal dont il est atteint que je veux vous entretenir, mais bien plutôt du mode de traitement du phimosis, pour lequel plusieurs opérations ont été proposées.

Ce sont d'abord: lorsque le phimosis est caractérisé seulement par l'étroitesse de l'orifice du prépuce, un débridement parallèle à l'axe du prépuce, débridement que l'on

pratique soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri, soit enfin avec les fils élastiques. L'opération est bonne dans les cas où l'étroitesse est due surtout à la formation de tissu cicatriciel, comme on l'observe par exemple à la suite de chancre. Il suffit de faire ce débridement et l'on abandonne les choses à elles-mêmes.

Nous avons aussi la circoncision, opération en réalité beaucoup plus difficile qu'on ne le pense généralement. La circoncision réussit quelquefois très-bien; mais le plus souvent la réunion ne se fait pas par première intention, et les suites de l'opération sont très-longues. D'autre part, elle peut donner lieu, chez certains malades, à une hémorrhagie plus ou moins considérable, chez d'autres à des accidents parfois dangereux. C'est pourquoi je la combats souvent.

Depuis assez longtemps déjà on avait proposé la dilatation du prépuce, puis on l'avait abandonnée pour la circoncision que l'on regardait comme une opération très-simple, bien à tort, je viens de vous le dire.

Cette dilatation était donc, sinon tout à fait tombée en désuétude, tout au moins peu en honneur lorsque Nélaton la préconisa, l'appliquant lui-même au moyen de petites pinces spéciales qu'il avait imaginées. C'est sur la foi des résultats obtenus par lui que je l'ai employée à mon tour depuis longtemps, réservant la circoncision pour quelques cas spéciaux, tels que le n° 1 de la salle Michon, où la dilatation n'était pas applicable et chez lequel, comme je vous le disais tout à l'heure, j'ai été sur le point d'amputer la verge.

En effet, même lorsqu'il s'agit de rétrécissement cicatriciel du prépuce, à moins d'avoir affaire à un rétrécissement très-dur, ce qui est, sinon exceptionnel, du moins très-rare, la bride cède facilement à la dilatation, sans que l'on soit obligé de recourir au débridement.

Je vais donc chez notre jeune garçon pratiquer la dilatation. On a inventé des pinces spéciales : à Paris, où nous avons tout un arsenal chirurgical à notre disposition, c'est très-bien ; mais en province, où vous ne disposez peut-être pas des mêmes facilités, je vous engagerai à vous servir simplement d'une pince à pansement, et c'est tout aussi commode, comme vous me le verrez faire dans quelques instants.

Quant au procédé opératoire, il est des plus simples : j'endors mon malade afin d'agir aussi lentement qu'il est nécessaire et d'éviter les douleurs inhérentes à l'opération. Je tire sur le prépuce et je commence par introduire une première sonde cannelée entre le prépuce et le gland, puis une seconde sonde cannelée dans la rainure de la première. J'obtiens déjà un commencement de dilatation. Ceci fait, j'introduis ma pince à pansement ; je l'ouvre, et je la retire peu à peu, en distendant le prépuce, comme pour la dilatation de l'anus avec le spéculum.

Depuis que j'ai eu recours à ce procédé, je n'ai pas encore eu un échec ; tout ce qui peut arriver, c'est qu'il se fasse une petite déchirure de la muqueuse préputiale, donnant lieu à quelques gouttelettes de sang. Tel est le seul accident insignifiant qui puisse survenir.

Lorsque le prépuce ainsi dilaté est renversé, vous nettoyez le gland avec l'eau phéniquée. Si la dilatation est très-large, vous resserrez ensuite le prépuce sur le gland. Sinon, vous aurez un paraphimosis que vous panserez avec l'eau blanche, sans crainte qu'il survienne de gangrène du gland ou de la verge par étranglement.

Une seule fois, un de mes malades, ayant à la fois un phimosis et un paraphimosis, a présenté quelques phlyctènes sur le gland ; mais je m'empresse d'ajouter que cet homme était diabétique, ce que j'ignorais en l'opérant, et que sa gangrène fut une gangrène diabétique.

Je dois ajouter, que, en dehors du diabète, le gland peut parfois se gangrener ; nous en avons eu pendant le cours de cette année un exemple intéressant, sans trop pouvoir nous expliquer comment cette gangrène avait pu survenir.

— L'opération du phimosis a été pratiquée par M. Verneuil, comme il l'avait indiqué, par la dilatation au moyen de la pince à pansement sans donner lieu à aucun accident. Il y eut seulement une petite déchirure de la muqueuse du prépuce avec écoulement de quelques gouttes de sang. La dilatation s'est faite rapidement et largement.

CAS D'AMÉNORRHÉE COMPLÈTE CHEZ UNE FEMME DE 35 ANS.

TRAITEMENT PAR L'ALBUMINATE DE FER. — GROSSESSE.

Par M. le docteur Louis JUGAND.

Bien que le fait de l'aménorrhée complète ne soit pas un cas isolé dans la science, l'observation suivante nous a paru assez intéressante pour mériter d'être publiée dans toute sa simplicité :

OBSERVATION. — Mme L..., originaire de Strasbourg, habite depuis plusieurs années Paris où elle dirige un atelier de couture. Cette dame, de taille moyenne, est d'apparence plutôt délicate; son teint décoloré, mat, subictéreux, accuse fortement la chloro-anémie. Cette personne jouit cependant, dit-elle, d'une santé généralement bonne. Sans être exagéré, son appétit est toujours égal; les antécédents de famille sont excellents. A l'âge de dix-sept ans, quelques gouttes de sang se sont montrées à l'entrée de la vulve, et depuis elle n'a jamais été réglée. Mariée à vingt-deux ans, elle éprouve chaque mois les malaises de la congestion utérine, douleurs des reins et de l'abdomen au niveau des ovaires, pesanteurs dans le ventre, état fébrile, etc.

Mme L... a le plus grand désir de devenir mère, aussi a-t-elle bien souvent consulté ; tous les emménagogues connus ont été essayés, depuis l'inoffensive armoise jusqu'au safran, l'apiol, la rue, le seigle ergoté, etc., etc.

Le traitement local, par les bains de siége, les douches froides, les injections, les sachets médicamenteux, n'a pas mieux réussi.

Pendant deux années consécutives, la malade a pris d'elle-même du fer sous forme pilulaire insoluble, ce qui a amené des troubles digestifs assez sérieux.

C'est dans ces conditions que Mme L... vint nous consulter le 27 septembre de l'année dernière. L'examen du col ne nous présente rien d'anomal et le toucher n'éveille aucune douleur. L'hystéromètre pénètre assez facilement et fournit la course ordinaire chez la femme qui n'a pas eu d'enfant. Nous conseillons d'abord de suspendre tout traitement pendant un mois, recommandant seulement l'hygiène et une nourriture choisie, mais modérée, à laquelle nous joignons la peptone phosphatée, afin de permettre aux organes digestifs fatigués le temps de se remettre.

Un peu de diarrhée étant survenue, nous faisons prendre le citrate de magnésie à doses fractionnées, pour modifier la muqueuse intestinale; mais, comme le flux diarrhéique qui dure depuis quelque temps, ne tend pas à diminuer, nous ajoutons à ce traitement l'eau albumineuse comme tisane et concurremment le sirop de citrate de fer pour combattre la chloro-anémie.

A notre grande satisfaction, la diarrhée disparaît, le citrate de fer est bien supporté, et après six semaines Mme L... voit apparaître quelques gouttes de sang à la vulve.

Frappé de cette coïncidence, nous soumettons aussitôt la malade

à la liqueur d'albuminate de fer associé à l'écorce d'oranges amères dont M. Laprade est le préparateur.

Pendant les quatre mois suivants les règles apparaissent normalement, sans malaises; elles ont manqué le cinquième mois. Mme L... est aujourd'hui sur le point d'accoucher.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Potion antirhumatismale pour les enfants. — Voici la formule que M. le docteur Archambault emploie dans son service:

Salicylate de soude	4 à 6 grammes.
Rhum	30 —
Sirop de limons	30 —
Julep gommeux	30 —

Cette potion s'administre en quatre fois dans les vingt-quatre heures. M. Archambault la prescrit trois jours de suite aux enfants de cinq à dix ans, atteints de rhumatisme articulaire aigu. A partir de la troisième dose, l'amélioration est évidente; à la quatrième, la douleur cesse presque complètement. (*Journ. des conn. méd.*)

Potion vermifuge. — La potion suivante se prend par cuillerées à soupe toutes les heures, en ayant soin d'agiter avant de s'en servir:

Extrait de fougère mâle	2 grammes.
Teinture de quillaya	2 —
Sucre blanc	20 —

Broyer avec soin et ajouter peu à peu en agitant:

Sirop de réglisse	20 grammes.
Eau distillée	30 —

Prescrire l'huile de ricin après la potion. (*Courr. méd.*)

Emploi de la noix du coco nucifera contre le tænia. — Dans les Antilles, la noix de coco est le remède populaire contre le tænia. Son efficacité a du reste été démontrée par M. le docteur Martialis, chef du service médical au Sénégal.

Une noix de coco (le *coco nucifera*) du poids moyen de 150 gr. est ouverte; l'amande en est extraite et râpée, et, trois heures après son administration, on donne une dose d'huile de ricin. Le ver sort cinq à six heures après la prise de la noix de coco. Dans neuf cas où ce remède fut administré, le résultat fut complet. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Phthisie laryngée et pulvérisations chaudes. — D'après M. le docteur Cadier, une cuillerée à bouche de la préparation suivante par pulvérisation chaude soulage efficacement la toux spasmodique des malades, en même temps qu'elle agit heureusement sur la sécrétion bronchique:

Eau	100 grammes.
Glycérine	50 —
Arséniate de soude	0,20 centigr.
Chlorhydrate de morphine	0,20 —

(*Monit. de la policl.*)

Acide salicylique et dyspepsie. — Le docteur Gorge Kemp emploie l'acide salicylique dans certaines formes de dyspepsie. Dans un de ces cas rebelles avec ballonnement, accompagné de constipation, il prescrivit un lavement composé de:

Acide salicylique	1g50
Tartrate de potasse	16 »
Eau tiède	1.500 »

Le résultat fut des plus remarquables. Le côlon fut non-seulement débarrassé de ses scybales, mais encore sa tonicité fut sensiblement augmentée. Un traitement général approprié fut administré en même temps. (*Gaz. hebdom. de Bordeaux.*)

L'ergotine dans la pharyngite. — Dans les pharyngites chroniques s'accompagnant d'un développement exagéré des veines du pharynx et d'une sécrétion muco-purulente, le traitement suivant donne de bons résultats: appliquer largement et deux fois par jour le collutoire ci-dessous formulé sur la muqueuse pharyngée au moyen d'un pinceau:

Ergotine	1 gramme.
Teinture d'iode	4 —
Glycérine	30 —

(*Courr. méd.*)

Traitement du catarrhe vésical. — M. le docteur Lieppert fait prendre à ses malades atteints de catarrhe vésical, trois fois par jour, une cuillerée à café de la potion suivante:

Baume de copahu	10 grammes.
— Tolu	5 —
Eau de cannelle	30 —
Sirop diacode	30 —
Éther nitrique	5 —
Eau de laurier-cerise	5 —

(*Rev. de thérap. méd. chir.*)

Solution contre les plaques muqueuses. — M. le professeur Fournier conseille la solution suivante pour le pansement des plaques muqueuses ulcérées. On augmente la proportion de nitrate d'argent s'il y a lieu:

Nitrate d'argent cristallisé	0g50
Eau distillée	75 »

Les plaques muqueuses de la bouche peuvent être cautérisées avec le nitrate acide de mercure, pourvu qu'on ait la précaution de ne toucher la plaie qu'avec une quantité très-faible de ce caustique. Immédiatement après l'opération, le malade se gargarisera avec une décoction émolliente. Si une seconde cautérisation était nécessaire, on laisserait écouler six ou sept jours avant d'y revenir.

Dans les cas légers, on se contente de toucher la plaque muqueuse avec une solution de nitrate d'argent. (*Union méd.*)

Huile de foie de morue et iodoforme. — M. le docteur Fonssagrives recommande la formule suivante aux malades auxquels il ordonne l'huile de foie de morue:

Huile de foie de morue pâle	96 grammes.
Iodoforme	20 centigr.
Essence d'anis	IV gouttes.

L'addition de l'iodoforme et de l'essence d'anis masquerait absolument le goût et l'odeur de l'huile. Les malades auxquels cette préparation répugnerait encore peuvent ajouter à chaque cuillerée d'huile de foie de morue une quantité minime de sel marin qui en modifie le goût et en facilite la digestion. (*Journ. de thérap.*)

Traitement de la vaginite. — Le nouveau mode de pansement employé par M. le docteur Terrillon contre la vaginite consiste dans l'introduction de la pommade suivante:

Vaseline	150 grammes.
Amidon	150 —
Tannin	50 —

au moyen d'un instrument spécial se composant d'un réservoir terminé par un tube de 10 centimètres de longueur, et dont l'extrémité est taillée en biseau. Le centre du couvercle du réservoir donne passage à la tige d'un piston sur laquelle il suffit de presser pour chasser la pommade. Si la vulve est très-large, on applique un tampon de ouate. En moyenne, il suffit de renouveler l'application de cette pommade tous les sept à huit jours seulement. La quantité moyenne à introduire est de 15 à 25 grammes. (*Progr. méd.*)

Emploi de l'acide tannique contre la diarrhée. — La pharmacopée anglaise indique contre la diarrhée et la métrorrhagie les tablettes suivantes, à la dose de une à six par jour :

Acide tannique.	1gr,50
Teinture de Tolu.	1 ,50
Gomme arabique.	2 ,50
Sucre en poudre.	60 grammes.
Mucilage de gomme	5 —
Eau distillée.	2 —

Pour soixante tablettes. (*Courr. médic.*)

Cystite chronique et injections intra-vésicales de sulfate de quinine. — Dans la cystite chronique qui s'accompagne d'un peu de fièvre, d'urines ammoniacales et chargées de mucus, enfin d'envies fréquentes d'uriner, M. le docteur Thouton, après avoir vidé la vessie avec une sonde en gomme élastique, conseille d'injecter tout d'abord 120 grammes d'eau tiède qu'on laisse sortir aussitôt après. Puis on fait une injection médicamenteuse avec 100 grammes de la solution suivante :

Quinine.	1 gramme.
Eau distillée.	300 —
Acide sulfurique dilué. .	Q. S. pour dissoudre.

On maintient le liquide injecté dans la vessie pendant quelques secondes, ensuite on en laisse écouler les deux tiers tandis que le troisième tiers restera dans la vessie pendant une heure environ.

Cette injection produit seulement une légère chaleur pendant quelques minutes, et, après un traitement de quelques jours, l'urine redevient acide et ne contient plus de mucus. (*Monit. de la policl.*)

Gouttes antispasmodiques. — La préparation suivante se prend à la dose de dix gouttes dans une tasse d'infusion de tilleul et de feuilles d'oranger préalablement refroidie et sucrée à laquelle on aura ajouté une cuillerée à café d'eau de fleurs d'oranger. Il ne faut pas dépasser la dose de quarante gouttes par vingt-quatre heures, par suite ne pas prescrire plus de quatre tasses d'infusion par jour :

Teinture de valériane.	5 grammes.
— castoréum..	5 —
— d'éther.	5 —
Laudanum de Sydenham	5 —

(*Gaz. hebd. de Bordeaux.*)

Traitement de l'érysipèle de la face. — Pour combattre l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, le docteur Bleynie administre le sulfate de quinine, et, dès les premières vingt-quatre heures de l'emploi de ce remède, on constate de l'amélioration qui se traduit par du ralentissement du pouls, de la diminution de la rougeur et du gonflement; puis, progressivement, la guérison se produit.

Quand l'érysipèle de la face revient périodiquement chez des sujets herpétiques, l'auteur prescrit l'arséniate de soude à petite dose, 1 milligramme par jour, pendant un an ou dix-huit mois, avec des repos pendant le tiers ou la moitié du temps, et il évite ainsi les récidives. (*Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 novembre 1881. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Influence de l'alcool sur l'organisme. — M. GRÉHANT a fait une série d'expériences qui lui ont permis de déterminer exactement les quantités d'alcool qu'on retrouve dans le sang artériel d'animaux artificiellement plongés dans l'ivresse.

Physiologie des animaux à sang froid. — M. REGNARD. Jusqu'ici la physiologie des animaux à sang froid n'a pu être faite, dans nos pays, que sur des grenouilles ou des lézards. Grâce à un envoi fait à M. Paul Bert de 10 crocodiles colossaux, MM. Regnard et Blanchard ont pu entreprendre sur ces animaux une série d'études intéressantes. C'est une partie de ces études que M. Regnard communique aujourd'hui à la Société. L'un de ces crocodiles, mesurant 2m,42 de long et pesant 55 kilogrammes, est attaché sur une table de la façon suivante : La mâchoire inférieure est fixée par des cordes sur la table, tandis que la mâchoire supérieure est maintenue écartée par des cordes fixées à un piton au plafond. Sur cette corde se trouve un dynamomètre. L'animal, étant soumis à une forte excitation électrique, cherche à rapprocher les deux mâchoires; le dynamomètre marque alors 140 kilogrammes; mais, si l'on tient compte de ce fait que les cordes portent sur l'extrémité du levier, c'est-à-dire à l'extrémité antérieure des mâchoires, on arrive à reconnaître qu'au niveau des insertions massétérines, cette force est de 700 kilogrammes. Enfin, si l'on ajoute à cela que toute cette force s'exerce d'abord uniquement sur deux crocs dont la surface est à peine appréciable, on arrive à une puissance de 400 atmosphères entre les pointes de chacun de ces crocs.

M. Regnard met sous les yeux de la Société le squelette de la tête de l'animal qui a servi à ces curieuses expériences.

De l'absorption par le péritoine. — M. DUBAR communique, en son nom et au nom de M. Ch. Remy, son collaborateur, un travail sur ce sujet.

Toutes nos expériences, dit M. Dubar, ont été pratiquées sur le péritoine du lapin.

Dans la *première partie* de notre travail, nous nous sommes occupés de l'absoption des liquides albumineux par le péritoine. Nous pouvons résumer en quelques propositions les résultats que nous avons obtenus :

1° Les solutions albumineuses plus ou moins concentrées sont absorbées par la séreuse péritonéale ;

2° L'absorption des liquides albumineux est très-rapide lorsqu'ils contiennent une proportion d'albumine qui se rapproche de celle des liquides de l'ascite, un peu moins rapide quand la solution est très-concentrée ;

3° Les liquides albumineux placés dans la cavité du péritoine gonflent les vaisseaux lymphatiques du diaphragme et le canal thoracique. L'eau bouillante, l'alcool, le sulfate de cuivre en solution concentrée y décèlent facilement sa présence ;

4° L'albumine absorbée passe dans la circulation générale. Elle s'y accumule dans le sang et est éliminée par les urines. Cette élimination peut être constatée déjà au bout de vingt minutes ou une demi-heure ;

5° Le contact des solutions albumineuses n'amène *aucune lésion* du côté de la séreuse péritonéale. Quand elles sont fraîches, elles n'amènent pas d'inflammation et laissent l'épithélium intact.

Nous avions constaté que les liquides albumineux déposés dans le péritoine étaient absorbés, qu'on les rencontrait dans les voies lymphatiques. Mais passaient-ils par cette seule voie ? Les vaisseaux veineux si riches du péritoine ne jouaient-ils aucun rôle dans cette absoption ? La recherche de ce fait occupe notre *seconde partie*.

Des injections de substances albumineuses ou de pus colorés par des matières en grain, carmin, bleu de Prusse, etc., ou par des matières colorantes solubles, nous donnaient déjà de fortes présomptions pour l'importance de l'absorption veineuse.

Mais il nous a été possible de démontrer avec certitude cette absorption par l'expérience suivante :

Introduisant d'une part, par l'intestin, du ferro-cynure de potassium qui passe en presque-totalité par les veines, injectant d'autre part dans le péritoine du sulfate de fer, qui passe à la fois par les vaisseaux veineux et lymphatiques, nous avons reconnu que le contact des deux liquides remplissait les vaisseaux-portes de grains bleus.

En cherchant à saisir sur le fait la pénétration des particules

solides (grains de carmin) dans le système circulatoire, il nous a été donné de voir :

1° La circulation de la lymphe dans le mésentère du lapin, le jeu des valvules des vaisseaux lymphatiques ;

2° De constater le nombre extraordinaire de globules de graine que charriaient les divisions de la veine-porte.

Ayant reconnu les voies d'absorption, ayant cherché à nous rendre compte de la part qui revenait au système veineux et au système lymphatique, nous avons voulu savoir ce que devenaient les substances introduites dans le torrent circulatoire. Nous avons fait dans cette direction de très-nombreuses expériences. Elles nous ont fourni des résultats anatomiques et physiologiques importants.

A. *Voies lymphatiques.* — Les vaisseaux lymphatiques du péritoine peuvent être colorés, mais faiblement. Les vaisseaux lymphatiques du diaphragme sont toujours colorés. Nous avons vu nettement étudiés leurs réseaux multiples, leurs renflements, leurs valvules. Nous n'avons pas trouvé de preuves suffisantes pour admettre les stomates. La position superficielle de ces vaisseaux explique très-bien, non l'absorption, mais la pénétration de granules dans leur intérieur. Le canal thoracique est rempli de substance colorante sur les ganglions thoraciques, l'injection de bleu soluble dans la cavité péritonéale colore les cellules vivantes que tapissent la cavité des sinus et rend des plus évidentes la disposition des voies lymphatiques. D'autres injections nous ont fourni des résultats importants au point de vue de la physiologie si obscure de cet organe, et démontré que le tissu ganglionnaire absorbait et que des échanges importants avaient lieu en ce point entre les deux systèmes vasculaires.

B. *Principaux viscères.* — Sans entrer ici dans les détails, disons que ce qui frappe dans tous les organes, c'est la présence d'embolies, dans lesquelles le globule blanc du sang joue un rôle considérable. Ces globules blancs sont les véritables colporteurs des matières étrangères, quelles qu'elles soient, qu'ils rencontrent dans le sang.

Le cerveau, la rate, la peau, ne présentent en général qu'un nombre très-restreint d'embolies. Au contraire le poumon et le foie en sont souvent criblés.

Quant au rein, il offre cette propriété curieuse de servir à l'élimination d'une partie des matières colorantes et des matières grasses que l'on a déposées dans la cavité péritonéale.

Action physiologique de diverses substances sur les mouvements de l'estomac et de l'intestin. — M. Morat a eu l'occasion d'étudier l'action physiologique de diverses substances sur les mouvements de l'estomac et de l'intestin. Il expose ici les résultats fournis par l'étude de deux substances très-employées quelque temps en thérapeutique : la pilocarpine et l'atrophie. On trouvera là encore un exemple de l'antagonisme remarquable de ces deux substances.

Une telle étude sans le secours de la méthpde graphique serait nécessairement incomplète. Rien n'est plus facile que d'enregistrer les mouvements de l'estomac et de l'intestin à l'aide d'un manomètre élastique analogue à celui employé par Chauveau et Marey pour l'étude des mouvements du cœur. Ces expériences ont été faites sur le chien.

Pour éviter les complications qui surviendraient par le fait de l'action des muscles volontaires, on immobilise l'animal par une faible dose de curare. On a eu soin de déterminer d'avance le mode d'action de cet agent sur les organes qu'on étudie. On sait la part qui lui reviendra dans le trouble qu'on va apporter aux mouvements de l'estomac et de l'intestin, part infime en comparaison de celle qui revient aux deux agents qu'on va expérimenter.

Le chlorhydrate de pilocarpine, injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans une veine à la dose de 1 à 2 centigrammes, provoque après quelques minutes l'apparition de mouvements énergiques de l'estomac et de l'intestin grêle. Ces mouvements sont assez semblables aux contractures physiologiques de ces deux organes. Ils en diffèrent surtout par leur énergie et leur amplitude.

Si maintenant on injecte dans une veine 1 centigramme de sulfate d'atropine, ces mouvements en moins d'une minute s'arrêtent complètement, et la ligne ondulée qui représentait les contractions rhythmiques des muscles lisses de l'estomac et de l'intestin fait place à une ligne droite parallèle à l'abcisse.

Il résulte de ces expériences que la pilocarpine et l'atrophie ont sur les mouvements de l'estomac et de l'intestin une action semblable à celle qu'on leur connaît sur les glandes ; action telle que l'une, la pilocarpine, active la fonction de ces organes, et l'autre, l'atrophie, la suspend, l'influence de l'une étant directement antagoniste de celle de l'autre.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Nous avons aujourd'hui de mauvaises nouvelles de l'épidémie. En effet, on télégraphie d'Alexandrie à la date du 11 novembre :

« La commission sanitaire a reçu une dépêche de Djeddah, annonçant que le choléra est en recrudescence à la Mecque. Le nombre des morts, qui était de 55 le 3 novembre, s'est élevé à 215 le 4 et à 214 le 5. Les pèlerins sont partis le 6. La commission sanitaire leur imposera probablement une quarantaine sévère à El-Ouedj. »

Une seconde dépêche d'Alexandrie en date du 13 novembre 1881 ajoute :

« En raison du choléra qui sévit à la Mecque la commission sanitaire a décidé d'établir une stricte quarantaine à Elwedj. Les troupes d'Elwedj ont été renforcées. Deux navires de guerre égyptiens ont été envoyés dans la mer Rouge. Les pèlerins revenant en Europe devront, après avoir subi une quarantaine à Elwedj et à Tor, être examinés par les médecins à Suez. Ils passeront le canal en quarantaine. »

— Le jeudi 17 novembre 1891 il sera procédé, dans une des salles de la mairie de Pantin, à l'élection des candidats qui devront figurer sur la liste de présentation pour un emploi de médecin-inspecteur des écoles et des salles d'asile communales devenus vacants dans le canton de Pantin.

— L'ouverture du cours auxiliaire de pathologie externe de M. le docteur Marchand, agrégé, est reportée au mardi 15 novembre 1881, au lieu du samedi 12 primitivement indiqué, les heures et les jours restant les mêmes.

— M. le docteur Le Dentu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint Louis, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le mercredi 16 novembre 1881, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Opérations les lundis et les mercredis, à dix heures.

— M. le professeur Guyon, commencera à l'hôpital Necker, le mercredi 16 novembre 1881, à dix heures du matin, des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

— M. le professeur Ch. Lasègue commencera, à l'hôpital de la Pitié, ses leçons de clinique médicale le jeudi 17 novembre 1881, et les continuera les samedi et jeudi de chaque semaine.

Le lundi, consultation externe. — Le mercredi, conférences et exercices pratiques par MM. les docteurs de Beurmann, chef de clinique, et Brissaud, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — Le vendredi, conférences et exercices de chimie par M. Guignard, chef du laboratoire de clinique. — La visite des malades a lieu à huit heures et demie.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11946.

Le vendredi 9 décembre 1881, à 1 heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes, nécessaires aux besoins des hôpitaux et hospices civils :

Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc., à livrer au Bureau central d'admission et aux divers hôpitaux et hospices pendant l'année 1882.

Evaluation : 30,000 fr. (en deux lots).

Lait nécessaire au service des divers établissements de l'administration pendant l'année 1882.

Évaluation : 1,520,000 litres (en 16 lots).

Charbon de bois nécessaire au service des divers établissements de l'administration pendant l'année 1882.

Evaluation : 2,700 doubles hectolitres, en un lot unique.

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au secrétariat de l'Assistance publique, tous les jours non fériés, de 11 heures à 3 heures.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez qui la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'af- « fections utérines chroniques, les résultats ont « toujours été remarquables; il en fut de même d'un « nombre respectable de chloroses traitées par « la même préparation... Nous préférons la forme « de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est « plus absorbable et surtout parfaitement sup « portée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaq. repas.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

ANALYSE DE NOVEMBRE DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de novembre, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à la température de 15° . . .		1.031
	gr.	
Beurre par litre	54.900	
Albumine	12.612	
Caséine	20.088	
Sucre de lait.	54.390	
Sels.	8.010	
Total des matières fixes . .	150.000	150.000
Eau par litre.		881.000

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.251
Chaux.	2.034
Magnésie	0.188
Potasse.	1.633
Soude	0.646
Acide sulfurique	0.395
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte.	0.863
Total.	8.010

PRIX :

Dans les dépôts.	65 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile.	70 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes au *Dépôt central de la Ferme d'Arcy*, rue de Paradis-Poissonnière, 22, Paris, ou à M. Nicolas, à la Ferme d'Arcy, par Chaumes (Seine-et-Marne).

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

Solution Coirre (Codex 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très-longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Prix : 2 *fr.* 50 *le flacon*. Dans toutes les phies.

Nota. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Dragées QUINO-BALSAMIQUES Balmelle

(BAUME DU BRÉSIL ET EXTRAIT DE QUINA)

Préparation **tonique** et **anticatarrhale** prescrite avec le plus grand succès dans les affections aiguës et chroniques de la muqueuse urinaire (*blennorrhagie, blennorrhée, uréthrite, prostatite, cystite, catarrhe vésical, pyélonéphrite*). — Dose : de 8 à 16 par jour.

Paris, 41, fg Poissonière, et princip. pharmies.

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

Sulfate d'Atropine du Dr Clin

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact*.

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

Gros : Rue Racine, 14, Paris.

Traitement des Névralgies.

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'Aconitine et au Quinium, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

Officiellement adoptées dans les hôpitaux de Paris.

Peptones de Catillon

Solution contenant : 3 parties de viande. *Lavement nutritif* : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gouttes laudanum*, 0,30 *bicarbonate de soude*.

Poudre : Peptone pure à l'état sec, — pas de dilution, contrôle facile, plus d'équivoque dans le dosage. 1 cuillerée à café représente 45gr de viande.

Sirop : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 cuillerée contient 30gr de viande.

Vin : utile complément de nutrition. 1 verre à madère contient 30gr de viande.

Chocolat, *avec ou sans phosphate de chaux*, en croquettes contenant 8gr de viande et 0gr,25 phosphate de chaux, pour le goûter des enfants; en tablettes content 20gr de viande p. 1 déjeuner.

Rue Fontaine-Saint-Georges, 1, *Paris*.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Rhumes, Grippes, Bronchites.

Sirop et Pâte de P. Lamouroux

45, rue Vauvilliers, et toutes pharmacies.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à l'**Huile de Foie de Morue,**

Formules des docteurs Bouchard et Gimbert.

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contrres, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CREOSOTES. La Blle 5 fr.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN,** pharmacien de 1re classe

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. Ulbrich.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraine le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Peptone Defresne

Admise première après concours dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone; 4 p. 100 Azote. } GARANTIS.
24 p. 100 d'Aliments hydrocarbonés. }

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — Dose : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux. — Le flac. : 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. Dose : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr. 50.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

Defresne, auteur de la **Pancréatine,** 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

Bandages élastiques

DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. Aubry, 6, boulevard Saint-Michel; MM. Collin et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine; MM. Galante et Fils, 2, rue de l'École-de-Médecine; M. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain; Pharmacie Roberts et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage.

Henry A. Martin

Se défier des contrefaçons.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

N° 132. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 17 NOVEMBRE 1881. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait été officiellement consultée sur les mesures et précautions à prendre et sur les soins à donner aux ouvriers lorsque des travaux s'exécutent dans des terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente. Au nom de la section d'hygiène chargée d'étudier cette importante question de prophylaxie et de thérapeutique professionnelle, M. L. Colin, que ses nombreux et beaux travaux sur les fièvres intermittentes désignaient naturellement pour ce rôle, est venu lire hier à la tribune un rapport très-étendu et très-scrupuleusement étudié sur ce sujet. Nous n'en donnons pour le moment que les conclusions sous forme d'instruction, comprenant, dans deux séries distinctes : les précautions qui devront être prescrites pour les ouvriers en général en vue de les prémunir contre les dangers inhérents à leurs travaux, et les soins à leur donner en cas de maladie. On trouvera cette instruction dans le compte-rendu.

La lecture de ce rapport, écoutée avec un vif intérêt, et accueillie par les applaudissements de l'assemblée, n'a pas épuisé l'attention de l'Académie. Cette attention a été soutenue encore par deux communications intéressantes : l'une, de M. Marrotte, sur un cas d'ataxie locomotrice ou de tabès d'une forme spéciale, la forme épileptoïde, qui vient s'ajouter encore aux variétés déjà nombreuses de cette maladie ; la seconde, de M. Le Dentu, qui a exposé devant l'Académie les détails et les résultats heureux d'une hardie opération, la néphrectomie, le premier exemple, croyons-nous, de succès de cette opération en France.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Fistule sterco-purulente sous-cutanée.

Un malade de notre service est atteint d'une lésion qui n'est pas absolument rare, mais que je n'ai rencontrée cependant qu'à de longs intervalles, c'est-à-dire d'une fistule stercorale offrant certaines particularités spéciales.

Les fistules stercorales peuvent avoir des origines très-différentes ; tantôt elles ont été établies à la suite d'un étranglement herniaire, tantôt à la suite d'un abcès qui a déterminé des adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale et s'est ouvert à l'extérieur, tantôt aussi après une plaie de l'abdomen, tantôt enfin chez des sujets présentant une imperforation de l'anus. J'écarte, bien entendu, des fistules stercorales proprement dites les fistules à l'anus.

La fistule stercorale est ordinairement distinguée de l'anus contre nature, à tort certainement, car l'une et l'autre ne sont que des degrés de la même maladie ; cette distinction est donc, en réalité, puérile, si ce n'est au point de vue du diagnostic. Mais il existe une autre variété, dont j'ai communiqué, il y a quelques années, plusieurs exemples à la Société de chirurgie ; je veux parler de la fistule sterco-purulente ou pyo-stercorale, comme M. Blin, dans sa thèse inaugurale, l'a appelée.

Dans l'anus contre nature et dans la fistule stercorale, l'ouverture de l'intestin et l'orifice cutané ne font qu'un par la soudure de la muqueuse intestinale et de la paroi qui la continue immédiatement et constituent un orifice permanent. Dans la fistule sterco-purulente, il n'en est pas de même, et l'on peut considérer pour ainsi dire trois régions : une ouverture cutanée, une cavité plus ou moins spacieuse et dans le fond un autre orifice qui est celui de l'intestin ; de telle sorte que la muqueuse intestinale est soudée, non plus directement avec la peau, mais avec la membrane pyogénique qui tapisse la cavité purulente. Par suite, les matières fécales qui s'épanchent dans cette cavité s'y mêlent avec le pus que celle-ci renferme, et le mélange est expulsé au dehors. Si l'orifice est très-étroit, la quantité de pus l'emporte ; s'il est très-large, les matières fécales y sont plus abondantes que le pus.

Si vous vous reportez à l'article que j'ai publié sur ces fistules et à la thèse de M. Blin, vous verrez que d'habitude le siège de la cavité purulente est profond et que celle-ci est séparée de l'orifice cutané par un canal qui parcourt toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Il y a donc dans ce cas : orifice ou canal cutané, cavité sterco-purulente et orifice intestinal.

Chez le malade actuellement placé dans notre service, salle Michon, la fistule sterco-purulente affecte encore une autre variété ; la cavité, au lieu d'être profondément située dans la paroi abdominale et en contact direct avec l'intestin, est immédiatement sous-jacente à la peau, elle est sous-cutanée et se trouve séparée de l'orifice intestinal par un trajet qui traverse toute la paroi abdominale. Ces différen-

ces sont d'une grande importance au point de vue de la thérapeutique à intervenir, comme nous allons l'indiquer un peu plus loin.

Quant aux causes de la permanence de la fistule stercorale, toutes les théories invoquées pour l'expliquer sont absolument erronées, une seule excepté, la théorie physiologique. Malgaigne a dit que, pour obtenir la guérison de ces fistules, il était nécessaire de détruire la muqueuse intestinale. Mais, lorsque celle-ci ne vient pas à affleurer la peau, cela ne saurait suffire pour obtenir la guérison. Aussi ai-je alors conseillé d'ouvrir largement le canal cutané, de mettre à nu la cavité purulente, d'aller à la recherche de l'orifice intestinal pour la boucher et pouvoir traiter ensuite comme un abcès ouvert. Le problème n'est pas facile à résoudre, et les tentatives de débridement n'ont pas toujours réussi; pour détruire le revêtement épithélial et obtenir la réunion, soit primitive, soit secondaire, il faut avant tout avoir convenablement déterminé les causes de la permanence, qui diffèrent selon les variétés de fistules stercorales auxquelles on a affaire.

Dans la fistule sterco-purulente où le trajet est recouvert de la membrane pyogénique, pourquoi la cavité purulente ne se ferme-t-elle pas? Chez les sujets phthisiques, cela peut se comprendre en raison même de leur état général; mais, chez les sujets bien portants, pourquoi cette non-occlusion? Ceci nous conduit tout naturellement à vous parler maintenant du malade, sujet de cette leçon.

Cet homme est grand, fort, robuste, parfaitement sain. Il est âgé de trente-cinq ans environ. A l'âge de sept ans, il a subi à l'hôpital des Enfants-Malades une opération dont nous retrouvons la cicatrice dans le pli inguinal; bien qu'il ne puisse nous donner à ce sujet aucun autre renseignement, il semble que l'opération doive se rapporter à quelque étranglement herniaire. Quoi qu'il en soit, il aurait vu un peu plus tard une hernie apparaître dans cette région et aurait été obligé de porter un bandage. Par un long usage, celui-ci détérioré, cassé, frottait douloureusement là où il était appliqué, si bien qu'il y a six ou sept ans il donna lieu à une inflammation aiguë, s'accompagnant de phénomènes d'étranglements. Une tumeur se développa au même point et s'ouvrit.

C'est ainsi qu'il paraît s'être formé, selon toutes probabilités, un abcès stercoral, lequel s'est cicatrisé une première fois, puis s'est rouvert, puis fermé de nouveau, pour s'ouvrir une troisième et une quatrième fois, présentant ainsi des alternatives de cicatrisation et de récidives multiples. Lors de l'avant-dernière récidive, il a donné issue à un corps étranger mollasse sur la nature duquel nous sommes absolument ignorants; mais, la dernière fois que la fistule s'est ouverte, un nouveau corps étranger a été expulsé, qui a été reconnu pour un calcul biliaire. Ceci se passait il y a trois mois.

Nous ne sommes donc plus ici en présence d'une fistule stercorale permanente, mais bien à récidives multiples. C'est ainsi qu'il y a cinq ou six jours, au moment où nous nous proposions de l'opérer, nous avons trouvé un orifice clos.

Mais pourquoi ces récidives? à quelles causes devons-nous les attribuer?

Nous avons chez notre malade une cavité purulente sous-cutanée qui, vu l'état de bonne santé habituelle de cet homme, tend à la guérison naturelle comme celle d'un abcès ordinaire. Mais cette cavité ne s'efface jamais complètement, et par suite d'un petit trajet persistant il s'épanche un peu de matières fécales qui s'accumulent dans la cavité, l'enflamment, déterminent la formation de pus, et, la poche remplie, la cicatrice saute et la fistule s'ouvre de nouveau. Le mécanisme est le même que dans la fistule anale où l'inflammation produite par la présence des matières fécales les moins abondantes empêche les adhérences de la membrane granuleuse. Ce n'est pas le passage des matières fécales par elles-mêmes qui retarde la guérison de ces fistules, mais bien l'inflammation destructive qu'elles amènent qui met obstacle à l'adhésion secondaire de la membrane granuleuse.

Il en est de même dans la fistule sterco-purulente. Ceci bien établi, que nous faut-il donc faire? Il faut agir comme dans la fistule à l'anus. Il faut non pas me contenter seulement de débrider, d'ouvrir largement la cavité sterco-purulente, car si je m'arrêtais là j'arriverais seulement à transformer la fistule en un anus contre nature, ce qui n'offrirait aucun avantage à notre malade. Cette première opération pratiquée, il faut alors agir comme pour l'anus contre nature, c'est-à-dire détruire l'épithélium, la muqueuse dans une grande épaisseur au moyen du fer rouge en cautérisant largement la cavité que l'on transforme ainsi en un vaste entonnoir. Le bourgeonnement des surfaces se fera ainsi tout naturellement malgré le passage des matières fécales, dont nous n'aurons plus à nous préoccuper, n'ayant plus à redouter que leur rétention dans une cavité jusque-là sterco-purulente donne lieu à des phénomènes inflammatoires et par suite à l'altération et la destruction de la membrane granuleuse.

Nous obtiendrons ainsi une guérison spontanée plus ou moins rapide. Que si celle-ci se fait attendre quelque peu, nous procéderons à un nouvel avivement, de façon à activer la marche de la cicatrisation, et nous placerons deux points de suture.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Budin.

Accouchement prématuré artificiel.

Hier est entrée dans nos salles une femme qui depuis maintes années roule dans tous les hôpitaux de Paris.

Elle est accouchée plusieurs fois déjà et se trouve actuellement enceinte de sept mois. On a cherché à plusieurs reprises, avant son arrivée ici, à provoquer l'accouchement prématuré par les ballons Tarnier; mais, chaque fois, seul le ballon a été expulsé. C'est ainsi que l'on a introduit successivement neuf ballons sans résultat. Enfin cette nuit les membranes se sont rompues, elle a perdu des eaux, le rétrécissement du bassin a été constaté en même temps qu'une présentation du siège. L'orifice cependant est revenu sur lui-même, et la femme n'est pas en travail. L'enfant est très-petit; aussi me paraît-il évident que, si le travail a lieu prochainement, comme cela est tout probable, cet enfant ne vivra pas.

Je prends texte de cette observation pour traiter devant vous la question de l'accouchement prématuré artificiel.

Un accoucheur italien, d'un grand savoir et d'une habileté remarquable, M. le professeur Chiara, de Milan, a écrit dans un mémoire, très-bien fait du reste, que l'accouchement prématuré artificiel était en train d'accomplir sa parabole,

si même elle ne l'avait déjà terminée ; voulant exprimer sous cette forme de langage qu'il était en train de disparaître et de rentrer dans l'infini. Il ajoute aussi que, si étrange que cette phrase puisse sembler à beaucoup d'accoucheurs, elle deviendra certainement quelque jour un article de foi.

Pour moi, cette manière de voir est exagérée, et M. Chiara va beaucoup trop loin. Il base son opinion sur le petit nombre de faits que l'on rencontre dans les statistiques. C'est ainsi que, dans les relevés d'un accoucheur russe très-distingué, il ne trouve que deux opérations d'accouchement prématuré artificiel sur 7,536 accouchements ; dans ceux de Braün, comprenant 156 cas de rétrécissement, il ne trouve aussi que deux opérations de ce genre. Enfin lui-même, sur 101 cas, l'a pratiquée huit fois sans avoir eu, dit-il, à s'en louer dans aucune d'elles.

M. Chiara considère donc l'accouchement prématuré artificiel comme inutile ; si la grossesse n'est pas assez avancée, l'enfant ne vivra pas ; si l'on attend un peu plus, le diamètre bipariétal de l'enfant, bien qu'il ne mesure alors que 8 cent. 1/2 environ, ne passera pas à travers le bassin rétréci ; si donc le bassin mesure 85 millimètres, l'opération est inutile, car l'enfant pourra venir ; s'il mesure seulement 8 centimètres, elle est encore inutile, l'enfant ne pouvant vivre.

D'où il résulterait que l'accouchement prématuré artificiel ne peut réussir qu'entre 8 et 8 cent. 1/2, c'est-à-dire dans des limites très-difficiles à apprécier.

Supposons un bassin rétréci par suite de rachitisme, — conditions qui se présentent 98 fois sur 100, — c'est-à-dire aplati d'avant en arrière, l'angle sacro-vertébral porté en avant, la symphyse pubienne en arrière, bassin dont le diamètre antéro-postérieur ne mesurera plus, au lieu de 11 centimètres, chiffre moyen, que 10, 9, 8, 7, 6 1/2 et même peut-être moins, tandis que le diamètre transverse restera à peu près normal, ce qui est un fait habituel.

Étant donc donné un bassin plat et un fœtus de sept mois et demi, de quelle façon devra-t-on faire passer l'enfant : la tête la première ou la dernière ? Il est certain que, dans ces conditions, le sens le plus facile sera de faire l'extraction podalique ; tandis que, si l'on cherche à l'extraire par le sommet ou par le siège, le premier phénomène que l'on observe est la position transversale que prend la tête, c'est-à dire l'une des bosses pariétales en avant, l'autre en arrière. Or il existe deux diamètres transverses de la tête d'inégale grandeur, l'un, le plus grand, allant de l'une des sutures fronto-pariétales à l'autre, ou diamètre bi-pariétal ; l'autre, plus petit ou diamètre bi-temporal, qui de plus est encore réductible par la présence des sutures osseuses.

Voici donc un premier fait.

Mais laissera-t-on, dans ces cas de rétrécissement, la tête défléchie ? Non, car l'on aurait alors le diamètre bi-pariétal en rapport avec le diamètre le plus petit du bassin ; aussi doit-on s'efforcer de rapprocher le diamètre bi-temporal et de le mettre en rapport avec ce diamètre du bassin, ce qui est possible et même facile. En effet, si l'on fléchit la tête en introduisant les doigts dans la bouche de l'enfant pour abaisser le maxillaire inférieur, on diminue le diamètre de la ligne de tête de l'enfant d'une façon notable. Les mensurations données par M. Champetier de Ribes montrent que l'on peut obtenir ainsi une différence allant jusqu'à 1 cent. 1/2 ; ce qui veut dire qu'en appliquant ainsi la région de la nuque sur la ligne innominée, on se rapproche du diamètre bi-temporal, et l'on peut gagner 1 cent. 1/2 et obtenir par exemple 7 au lieu de 8 1/2, s'il s'agissait primitivement de ce chiffre. Si l'on agit sur un enfant qui n'est pas à terme, on peut même arriver à un diamètre de 6 à 6 cent. 1/2 seulement.

En réalité le diamètre transverse d'un bassin normal est de 12 centimètres, et l'antéro-postérieur de 8, de telle sorte que par la flexion le diamètre bi-temporal permet le passage de la tête de l'enfant.

En résumé il faut donc : 1° la tête se trouvant arrêtée au détroit supérieur, s'efforcer de la placer transversalement ; 2° défléchir la tête et repousser la région de la nuque ; 3° enfin extraire la tête. Pour cette dernière phase, deux doigts de l'opérateur étant placés dans la bouche, on tire sur le maxillaire inférieur. On réussit ainsi dans la plupart des cas ; cependant, si l'on échouait, on exagérerait la manœuvre.

Il est démontré que, lorsque la tête arrive au détroit supérieur, elle doit le franchir en suivant la courbure de l'excavation et pivotant autour du promontoire qu'il lui faut doubler. Pour ce faire il existe deux procédés : celui de M. Champetier de Ribes, qui ne me paraît pas très-pratique, et celui qui consiste à appliquer les doigts à cheval sur le cou, tirer sur le maxillaire inférieur en appuyant sur le cou d'avant en arrière, et en tirant sur les épaules. On peut même ajouter une troisième force, l'expression, c'est-à-dire appuyer sur la tête de l'enfant à travers la paroi abdominale par la main d'un aide.

En résumé : 1° placer la tête transversalement ; 2° rapprocher le diamètre bi-pariétal au moyen des doigts dans la bouche ; 3° engager la tête ; 4° traction sur les épaules et bascule ; 5° expression sur la région frontale ; 6° mouvement de rotation et dégagement.

Pourrait-on exécuter ces manœuvres au moyen du forceps ? Non, certainement non ! Tous les faits cliniques le démontrent, car on ne saisit pas toujours la tête comme on veut, de plus la pression exercée par l'instrument, de la région frontale à la région occipitale, augmentera les diamètres inverses et les rendra irréductibles, par suite empêchera le passage de la tête. Expérimentalement la chose a été aussi nettement prouvée.

Il est donc démontré mécaniquement que la tête franchira le rétrécissement si elle sort la dernière, alors que, venant la première, elle ne pourrait passer. A huit mois donc de la grossesse, par les manœuvres que je viens d'indiquer, l'enfant viendra plus facilement chez les femmes atteintes d'un rétrécissement du bassin d'origine rachitique, comme on le rencontre 98 fois sur 100 ainsi que je l'ai déjà dit en commençant.

Ce premier point résolu, est-on autorisé à provoquer l'accouchement prématuré artificiel ? Parmi les objections soulevées par M. Chiara, nous trouvons la rareté de la viabilité de l'enfant à sept mois, d'où l'auteur conclut à l'inutilité de l'opération. Mais il faut distinguer entre les enfants de sept et ceux de huit mois. Pour les premiers je suis de son avis, surtout à l'hôpital où l'on peut dire que pareil petit être est condamné à mourir, tout d'abord par l'impossibilité où l'on est de surveiller suffisamment les nourrices. En ville on ne sauvera qu'un petit nombre de ces enfants, néanmoins l'on en sauvera encore quelques-uns. Passons donc condamnation pour l'enfant de sept mois, je le veux bien. Mais à huit mois il n'en est plus de même à l'hôpital, et 8 fois sur 10 à cet âge l'enfant a chance de vivre. M. Chiara invoque le diamètre bi-pariétal de 8 centimètres, je crois avoir démontré qu'il n'en fallait pas tenir compte, mais bien se rattacher au diamètre bi-temporal, c'est-à-dire

à une diminution de près de 2 centimètres. Cette seconde objection n'existe donc pas plus que la première.

Enfin, dernier point invoqué par M. Chiara, les statistiques disent que tous les enfants succombent. Je dis *oui* pour ceux qui n'ont que sept mois, et *non* pour les enfants de huit mois. On peut faire dire à la statistique bien des choses, mais pour bien juger les faits il faut se placer dans des conditions semblables. Les statistiques anciennes ne sauraient entrer aujourd'hui en ligne de compte, grâce aux moyens antiseptiques mis actuellement à notre disposition, en obstétrique comme en chirurgie. C'est ainsi que dans maints services l'accouchement prématuré, non-seulement n'entraîne pas la mort de la mère, mais encore ne donne lieu à aucun accident, tandis que, si l'on attendait que la grossesse fût arrivée à terme, l'enfant mourrait fatalement et le pronostic augmenterait aussi de gravité pour la femme.

Attendons donc le terme de huit mois pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel en nous basant sur les dimensions du diamètre bi-temporal, et l'enfant aura toutes les chances possibles de viabilité.

Un dernier fait dont il faut tenir compte aussi, ce sont les différences de condition morale entre la femme de l'hôpital et celle de la clientèle civile. Dans le premier cas nous avons le plus souvent affaire à des filles-mères, pauvres, qui sont dans une situation d'esprit telle, il faut bien le dire, que, souhaitant la mort d'un enfant, qui n'est pour elles qu'une charge ou un reproche vivant, elles préfèrent l'accouchement prématuré artificiel ; de là aussi des conditions moins favorables qu'en ville, où la femme tient vivement à devenir mère, et fait tout ce qu'elle peut pour que sa grossesse se termine heureusement, quoi qu'elle doive endurer.

Je m'arrête ici et crois pouvoir conclure, en terminant, que l'accouchement prématuré artificiel, pratiqué à huit mois, permet d'obtenir un enfant vivant qui, faute de cette opération, serait fatalement condamné à mourir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de candidature de MM. Maximin Legrand et de Ranse pour la section des associés libres ; Cadet de Gassicourt et Mauriac pour la section de pathologie médicale.

PRÉSENTATION

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Fort, une note intitulée : Anévrysme spontané de la carotide primitive gauche, ligature de l'artère, guérison.

M. Leroy de Méricourt revient, à l'occasion du procès-verbal, sur ce qu'il a dit dans la dernière séance relativement à l'usage qui est fait dans la marine des conserves alimentaires, pour confirmer ses assertions par des chiffres. D'après des renseignements officiels qu'il a recueillis depuis, nos équipages font au minimum par an 52 repas de sardines dont la ration est de 80 grammes, soit 4,160 grammes par homme et par an. Ils font 104 repas de conserve de bœuf dont la ration est de 200 grammes, soit 20^{k},500 par homme et par an. Cette consommation considérable, comme on le voit, ne paraît avoir eu jamais aucun inconvénient pour la santé des équipages.

M. A. Gautier n'a nullement prétendu donner dans sa communication de nouvelles preuves cliniques du danger de l'absorption répétée du plomb, même à petites doses. La preuve est faite. C'est à ceux qui pensent que plusieurs milligrammes de plomb introduits chaque jour dans l'économie par l'alimentation ne présentent aucun inconvénient, à en faire la démonstration. Il a encore moins voulu conclure qu'il y avait lieu de repousser les conserves de notre alimentation journalière. Mais il persiste à penser qu'il faut veiller sur la mise en pratique des ordonnances qui règlent leur préparation.

RAPPORT

Instruction pour les ouvriers, — M. L. Colin lit un rapport intitulé : Instructions sur les mesures et précautions à prendre et sur les soins à donner aux ouvriers lorsque des travaux s'exécutent dans des terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente.

M. Colin termine son rapport par les conclusions suivantes :

A. A l'égard des ouvriers en général :

1° Embauchage d'individus robustes, indemnes d'affection palustre antérieure, et, autant que possible, garantis par une certaine assuétude aux localités suspectes d'impaludisme.

2° Suspension des travaux pendant les mois de juillet, août et septembre sur les points d'une latitude plus méridionale que Bordeaux, du 15 juillet au 15 septembre plus au nord.

3° Installation des ouvriers durant la nuit dans les centres de population voisins des chantiers ou dans des baraques bien closes.

4° Allumage matin et soir de grands feux au voisinage du chantier.

5° Augmentation de la résistance individuelle par l'interdiction du travail à jeun, par l'usage de boissons toniques et d'eau de bonne qualité, par une alimentation substantielle, par l'emploi de vêtements de flanelle.

B. A l'égard des malades :

6° Envoi immédiat de tout malade à l'hôpital le plus voisin.

7° Surveillance spéciale des sortants de l'hôpital au point de vue des vêtements, de l'alimentation et de la continuation pendant quelques semaines de la médication spécifique.

C. A l'égard du sol :

8° Utilisation de toutes les opérations de remblai et de déblai et en général de tous les travaux pour le nivellement du sol, pour son drainage, son amendement.

9° Ensemencement et cultures intensives variables suivant la latitude et les conditions géologiques des terrains nouvellement remués.

M. Larrey demande que la discussion à laquelle ce rapport pourrait donner lieu ne soit ouverte qu'après sa publication dans le bulletin.

Sur l'observation de M. Blot, que le vote des conclusions permettrait de donner immédiatement au rapport la suite qu'il doit avoir, sans empêcher la discussion sur le fond, les conclusions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité des membres présents.

LECTURES

Tabès à formes épileptiques. — M. Marrotte donne lecture d'une observation de crises bulbaires, à forme épileptique, de nature tabétique.

L'intérêt de cette observation réside dans la nouveauté du fait en lui-même, qui semble prouver que le nombre des formes diverses établies dans cette maladie depuis sa constitution, n'est pas épuisé, et qu'indépendamment des crises gastriques, néphrétiques, vésicales, rectales, laryngées, etc., il existe des crises bulbaires à forme épileptique, de nature tabétique.

C'est, en effet, un cas de ce genre qu'a observé M. Marrotte. Les accès qu'il décrit ressemblent à des accès d'épilepsie, mais en dehors de cette ressemblance rien ne justifie le diagnostic d'épilepsie, tandis que l'examen ophthalmoscopique fait par M. Giraud-Teulon a fourni les renseignements les plus intéressants sur la nature probable de ces accidents, en révélant l'existence d'une atrophie progressive condensante ou par processus sclérotique des deux nerfs optiques, ce qui supposerait une localisation pathologique, soit au chiasma, soit dans la région de la protubérance.

Néphrectomie. — M. LE DENTU lit un travail ayant pour titre : *Fistule urinaire de l'aine gauche consécutive à l'incision d'une volumineuse hydronéphrose ; extirpation du rein correspondant ; guérison.*

En mars 1875, M. Le Dentu fut appelé auprès d'un homme de trente-deux ans, atteint d'une tumeur fluctuante du flanc et de la fosse iliaque du côté gauche, hydronéphrose à abcès périnéphrétiques. Les vives souffrances du malade le déterminèrent à inciser cette tumeur dans son point le plus mou. Il s'en échappa un liquide clair qui se mélangea bientôt de sang. Après quelques jours l'urine commença à s'écouler abondamment par la plaie. Cet écoulement persistant et provoquant fréquemment des poussées inflammatoires, la vie étant menacée, M. Le Dentu proposa l'extirpation du rein correspondant.

L'opération fut faite le 14 avril. La décortication fut facile. Le rein était dégénéré dans les deux tiers supérieurs, converti en une poche à parois flasques, normal dans son tiers inférieur. Le hile était volumineux. Le chirurgien l'entoura d'un premier fil de catgut qui glissa sur la portion saine du rein. Un second fil fut placé convenablement au moyen d'une grande aiguille de Cooper et serré avec des pinces. Il excisa avec des ciseaux tout ce qui dépassait les deux ligatures. Pansement de Lister.

Pendant quelques jours, jusqu'à l'élimination des parties mortifiées par les ligatures ou par le thermocautère, faiblesse très-grande, pouls entre 120 et 145, température entre 38 et 39,5. La plaie lombaire marche régulièrement vers la cicatrisation. Celle-ci est complète au bout de deux mois.

La fistule inguinale, que M. Le Dentu avait débridée et élargie avec le galvanocautère, suppure abondamment pendant une quinzaine de jours; mais dès le premier jour tout écoulement d'urine avait été entièrement supprimé. Sous ce rapport la guérison a été complète d'emblée.

Actuellement le trajet fistuleux dans lequel est maintenu un petit tube à drainage ne fournit plus que quelques gouttes de sérosité purulente. Les fonctions urinaires sont parfaites, et l'opéré, qui est un artiste dramatique distingué, a pu faire une brillante rentrée au commencement d'octobre.

La première néphrectomie qui ait été faite en France l'a été par M. Le Fort. Elle n'a pas été suivie de succès. Le cas de M. Le Dentu est donc le premier cas de guérison. (Comm. MM. Richet et Verneuil.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATIONS

Tuberculose du pharynx. — M. MILLARD présente un jeune homme atteint de tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Cette maladie a débuté il y a un mois. Il n'y a rien dans la poitrine. Cependant le malade maigrit et s'affaiblit. Il accuse de vives douleurs à la gorge et dans l'oreille. Cette affection a donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic : un chirurgien a diagnostiqué une affection épithéliale ; un médecin a cru à une affection diphthéritique. Dès le début M. Millard a reconnu sa nature tuberculeuse.

Comme traitement, il a essayé de modifier les surfaces malades par des applications de teinture d'iode ; il a cherché à enlever les souffrances à l'aide de la glycérine morphinée. Ce malade ne pouvant pas manger et rejetant toutes les boissons, il a eu recours à l'alimentation forcée.

M. BESNIER. Ces affections tuberculeuses locales commencent à être reconnues à une période peu avancée. M. Trélat a rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'un malade que nous avons vu ensemble et qui était atteint d'une tuberculose linguale ; mais, en raison de la glossite intense que présentait ce malade, le diagnostic chez lui n'a été fait qu'indirectement, qu'après l'apparition des symptômes pulmonaires ; mais il a été fait avant la mort, contrairement à l'assertion de M. Trélat. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 12 novembre 1881.) Il est vrai toutefois que ce diagnostic est très-difficile à porter, surtout lorsqu'il n'y a pas d'ulcérations. Deux signes peuvent mettre sur la voie : 1° l'extrême sensibilité de la partie malade et la présence de granulations à fond jaune absolument caractéristiques, comme celles qui existent chez l'intéressant malade présenté par M. Millard.

M. DU CAZAL. Les badigeonnages avec la teinture de coca pourraient être dans ces cas un excellent moyen de calmer les souffrances.

Amygdalite chronique. — M. FÉRÉOL a présenté le 13 mai dernier (voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 17 mai 1881) un malade dont les amygdales étaient énormes et parsemées d'ulcérations nombreuses. Plusieurs diagnostics avaient été portés, entre autres celui de cancer, celui d'amygdalite chronique ancienne se rattachant à la scrofule. En faveur de ce dernier diagnostic se trouvait ce fait que tous les jours ce malade avait une poussée d'amygdalite. Mais bientôt il fut pris d'une roséole syphilitique qui vint jeter un grand jour sur la nature de cette affection. En effet, ce malade fut soumis à un traitement anti-syphilitique, et aujourd'hui il est complètement guéri.

M. MARTINEAU rappelle avoir porté, chez ce malade, le diagnostic de syphilis. C'est une affection très-commune chez les syphilitiques.

M. BESNIER. Cette affection se rencontre en effet chez les syphilitiques, mais elle est loin d'être très-commune.

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. Pendant le troisième trimestre de l'année 1881, la mortalité générale n'a présenté son abaissement normal que d'une manière tardive et après avoir subi en juillet une exacerbation intense. Dans les hôpitaux et hospices civils, elle a dépassé de 640 le chiffre moyen de la léthalité de la même période des neuf années précédentes.

La *pneumonie* et la *pleurésie* ont présenté leur décroissance habituelle. L'épidémie de *diphthérie*, toujours grave et intense, a cependant subi une légère atténuation saisonnière. Mais la progression multiannuelle continue, ce qui est d'un mauvais présage pour la saison d'hiver. Il y a là pour la population un péril croissant, qui réclame une enquête spéciale et rend inévitables les mesures de préservation publique.

Les *fièvres éruptives* ont subi généralement, à partir du mois d'août, une atténuation dans leur morbidité et leur mortalité. La *scarlatine* seule, dont l'évolution multiannuelle est progressivement croissante, fait exception. Voilà bien des années déjà que M. Besnier a signalé la différence extraordinaire qui sépare Paris des autres villes capitales sous le rapport de la fécondité du ferment scarlatin. Alors que Londres compte chaque année 1,500 à 2,000 décès, Paris n'en n'enregistre guère qu'une centaine. En neuf années, de 1871 à 1880, on trouve, pour Paris, un total de 951 décès par scarlatine, trois fois moins que Londres n'en fournit en une seule année. La cause de ces différences échappe, mais on peut affirmer qu'elle tient aux localités, non aux individus.

L'*épidémie typhoïde* de 1881 prend place, après l'épidémie de 1876, au nombre des plus graves qui aient été observées à Paris. Malgré cette extrême intensité, elle n'en a pas moins subi, selon la règle, l'abaissement saisonnier normal du printemps. Cette épidémie a de nouveau confirmé cette opinion déjà formulée par M. Besnier, à savoir que la fièvre typhoïde atteint un nombre d'hommes plus élevé que celui des femmes ; mais, la mortalité relative de la maladie étant plus élevée chez les femmes et chez les filles, le tribut mortuaire reste sensiblement égal pour les deux sexes.

M. le rapporteur termine en exprimant le regret de n'avoir pas reçu de documents suffisants pour parler d'une question pleine d'actualité, la fièvre typhoïde dans l'armée. Le moment n'est-il pas opportun cependant pour livrer à la discussion publique un sujet dont l'intérêt est aujourd'hui celui de chacun ? M. Besnier fait appel à ses collègues de l'armée pour étudier l'influence

typhogénique des services de réserve et des manœuvre d'automne. M. Kiener, signalant la prédominance de la fièvre typhoïde, en septembre, dans les salles du Val-de-Grâce, fait remarquer que les deux tiers des cas étaient des cas graves et que cette proportion tout exceptionnelle lui a paru dépendre de circonstances étiologiques spéciales. Il s'agissait, en effet, de soldats ayant pris part aux grandes manœuvres des environs de Chartres, éprouvés par les fatigues et ayant dû faire un long voyage soit dans les voitures d'ambulance, soit en chemin de fer. Une adynamie profonde était le caractère dominant de tous ces cas.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes (1), par H. Baillon.

IV

Les Rubiacées, une des familles qui ont un grand intérêt pour le médecin, sont divisées par M. Baillon en quinze séries. Selon son habitude, le savant auteur réduit à l'état de simples séries quelques familles anciennes dont les affinités ne sont pas douteuses. On n'a donc aucun étonnement, lorsque, après avoir étudié les *Rubieæ*, les *Spermacoceæ*, les *Anthospermeæ*, les *Coffeæ*, les *Uragogeæ*, les *Morindeæ*, les *Chiococceæ*, les *Genipeæ*, les *Oldenlandieæ*, les *Portlandieæ*, les *Cinchoneæ* et les *Diervilleæ*, on arrive aux *Lonicereæ*, aux *Sambuceæ* et enfin aux *Adoxeæ*, détachées des *Caprifoliacées*, des *Araliacées*, considérées comme simples séries de la famille des Rubiacées.

Ces quinze séries ou tribus comprennent 203 genres et environ 4500 espèces. Peu de caractères sont absolument constants, mais plusieurs sont si fréquents et ne font défaut que dans des cas si exceptionnels qu'ils impriment à la famille un cachet très-marqué. Ce sont notamment: l'opposition des feuilles entières, la présence des stipules; la gamopétalie de la corolle, sa régularité; l'insertion sur elles des étamines; l'ovaire infère et la présence d'un albumen dans les graines. En dehors des Rubiées la consistance ligneuse de la tige est ordinairement aussi la règle.

De tous les genres de Rubiacées, admis par M. Baillon, vingt-deux seulement se rencontrent à la fois dans les deux mondes. L'Amérique en possède en propre 78 et l'ancien monde 112, c'est-à-dire environ la moitié du nombre total. Il est vrai qu'il y a beaucoup de genres monotypes, notamment dans l'Afrique tropicale et à Madagascar.

Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage pour se rendre compte du soin avec lequel sont discutés les caractères des séries, de l'intérêt des enseignements historiques, de la distribution géographique et des affinités. Il nous semble qu'on trouvera ici avec plaisir quelques renseignements sur les usages des Rubiacées. M. Baillon a donné un très-grand développement à ce chapitre : nous en détacherons seulement quelques points.

La famille des Rubiacées, très-riche en produits utiles, est une de celles qui démontrent le mieux l'inanité de la théorie qui veut que les propriétés des plantes soient exactement en rapport avec leurs caractères. Elle renferme à la fois, en effet, de puissants toniques astringents et des remèdes journellement employés comme évacuants. Les plus remarquables de ces derniers portent le nom d'Ipécacuanhas vrais. M. Baillon fait connaître les diverses sortes d'Ipécas et leur patrie. De nombreuses plantes de la famille ont ces propriétés vomitives très-prononcées.

Près des éméto-cathartiques, il est quelques plantes vénéneuses, dont les unes empoisonnent les Indiens quand ils se servent de son bois pour embrocher les viandes et les faire rôtir. D'autres servent, dans l'Inde, à intoxiquer le poisson.

Dans notre pays, les garances ont des propriétés tout à fait différentes. Les unes sont astringentes, apéritives, diurétiques, antiépileptiques. Arrêtons cette kyrielle de vertus plus ou moins problématiques. Les qualités tinctoriales de la garance, dus à l'alizarine et à la purpurine, sont bien plus certaines. M. Baillon dit que la solidité de sa couleur ne peut être égalée par les matières colorantes d'origine minérale. Malheureusement l'industrie n'a pas partagé cette opinion, et la richesse de Vaucluse en a subi une atteinte certaine. Quoi qu'il en soit, les couleurs les plus variées sont fournies par les Rubiacées et les Sambucées.

Un grand nombre de Rubiacées sont riches en matières astringentes et en alcaloïdes qui les rendent toniques, digestives, fébrifuges (quinquinas et faux quinquinas). Quelques-unes sont anti-syphilitiques; d'autres, comme les Sambucées, sont purgatives. Plus rarement les écorces des Rubiacées sont aromatiques. Beaucoup ont une corolle à odeur suave. La parfumerie a su les utiliser. Mais les Rubiacées les plus riches en essences aromatiques sont sans contredit les Caféiers. M. Baillon signale le *Coffea liberica* comme appelé dans un avenir prochain à rendre les mêmes services que le *C. arabica*. Il est d'aussi bonne qualité, ses graines sont plus volumineuses ; on l'a observé à l'état spontané dans plusiers localités de l'Afrique tropicale occidentale, et déjà il est cultivé avec ardeur dans l'Inde anglaise et à Java.

S'il est des Rubiacées à essences aromatiques, il en est à odeur fétide, et ce point les rapproche des Valérianées. Quelques Rubiacées ont des fruits comestibles, mais généralement détestables Le bois des Rubiacées est souvent de qualité médiocre et les grands arbres ne sont pas communs dans cette famille. Saluons enfin les fleurs charmantes que les Rubiacées fournissent à nos serres, et, comme les oppositions sont une loi de la nature, terminons cette rapide étude en nous consolant de l'odeur infecte du *Pœderia fœtida* par l'odeur suave de la *Luculia gratissima*.

V

Le type le plus complet de la petite famille des Valérianacées est représenté, non par les *Valeriana*, dont elle a tiré son nom, mais plutôt par l'un d'eux, le *V. Jalamansi*, plante du nord de l'Inde, dont on a fait le genre *Nardostachys*.

Les plantes de cette famille ont naturellement d'étroites affinités avec les Dipsacées, puisqu'elles ont été rangées dans la même famille qu'elles. Elles s'en distinguent presque toujours par leur gynécée tricarpellé et par l'absence dans les Dipsacées de loges rudimentaires avec ou sans ovules avortés. Les Dipsacées ont dans la graine un albumen qui manque complètement ou à peu près dans les Valérianacées ; ces dernières, quoique leurs fleurs puissent être accompagnées de bractées plus ou moins unies ou accrescentes, n'ont pas l'involucelle véritable qui entoure les fleurs des Dipsacées. On tire aussi, non sans raison, un caractère de l'odeur ordinairement fétide, et facilement reconnaissable, que possèdent les Valérianacées. Comme la corolle de celles-ci est presque toujours irrégulière, et comme leurs étamines sont toujours en nombre inférieur à celui des divisions de la corolle, ce n'est pas parmi les Rubiacées des douze premières séries que se trouvent les types de cette famille les plus analogues aux Valérianacées, mais bien dans la série des Lonicérées, là où il y a ordinairement des corolles irrégulières, un style à extrémité stigmatifère entière ou peu divisée, des étamines souvent inégales et au nombre de quatre, avec cinq divisions à la corolle, et souvent aussi un seul ovule descendant, à raphé dorsal, comme celui des Valérianacées. Mais les Lonicérées ont un albumen abondant, comme il arrive dans le plus grand nombre des Rubiacées proprement dites, parmi lesquelles il est à remarquer qu'on observe aussi un certain nombre de plantes qui, par leur odeur fétide, sont les analogues des Valérianacées. Ces dernières ne sont d'ailleurs pas des plantes arborescentes ; leurs tiges sont herbacées ou bien plus rarement frutescentes.

Telles sont les affinités que nous fait connaître M. Baillon.

Quant aux usages, à côté de quelques plantes potagères, nous trouvons une série de médicaments antispasmodiques.

L'odeur des Valérianacées est presque toujours caractéristique, avec des variantes : le plus ordinairement fétide, quelquefois plus

(1) Fin. — Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 1881, p. 845.

ou moins agréable, dit-on. Elle est due à l'essence de Valériane ou à quelque substance analogue. Cette essence, telle qu'on l'obtient par la distillation, renferme une résine, un camphre assez analogue au bornéol, de l'acide valérique, du valérol ou du bornéène, qui est un carbure d'hydrogène.

VI

Les Dipsacacées forment une petite famille; elle a été indiquée en 1722 par Vaillant, mais d'une façon peu nette. M. Baillon la divise en deux séries.

La première (Dipsacées) est caractérisée par la préfloraison imbriquée de la corolle, l'indépendance des anthères, l'existence des involucelles et l'opposition des feuilles.

La seconde (Boopidées) formait depuis 1816 une petite famille, grâce à H. Cassini. M. Baillon en fait une série, reliant les Dipsacées vraies aux Composées, et caractérisée par la préfloraison valvaire de la corolle, la syngénésie des étamines, l'absence des involucelles floraux et l'alternance des feuilles.

C'est, au demeurant, la place que, sous le nom de Calycérées, les Boopidées occupaient dans le Prodrome de De Candolle: la petite *famille* est devenue *série*.

Toutes les plantes de cette famille ont comme caractères constants la direction descendante de l'ovule, qui les sépare des Composées, et la présence d'un albumen dans la graine, qui les distingue et des Composées et des Valérianacées.

Les usages des Dipsacacées sont peu nombreux. Il n'y a qu'à rappeler le Chardon à foulon et les Scabieuses.

Avec cette famille se termine le septième volume de l'*Histoire des Plantes* pour lequel M. Faguet a dessiné 432 figures. Ce nouveau volume est traité avec le même soin que les six premiers; c'est faire son meilleur éloge.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 novembre 1881, M. Paul Bert, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des cultes, en remplacement de M. Jules Ferry, dont la démission a été acceptée.

— Lundi a été célébré à la mairie du dixième arrondissement par le docteur Clavel, adjoint, le mariage de notre collègue le docteur Paul Labarthe rédacteur, en chef du *Médecin Praticien*, avec Mlle Élise Guyot. Les témoins du marié étaient MM. Henry Bouley (de l'Institut) et Jean David, député du Gers. Ceux de la mariée étaient l'illustre doyen de la presse médicale, le docteur Jules Guérin, et le docteur Landrieux, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin des hôpitaux.

— M. le professeur A. Fournier reprendra son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 18 novembre 1881, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre. — Mardi, leçon au lit des malades.

— M. le docteur Lailler commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 18 novembre, à neuf heures précises, et les continuera tous les vendredis, à la même heure (salle Sainte-Foy et pavillon Saint-Matthieu).

— M. le docteur Reliquet commencera son cours des maladies des voies urinaires le vendredi 18 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11958.

N° 133. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 19 NOVEMBRE 1881. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Statistique des opérations pratiquées dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker en 1880-81.

M. Trélat, dans sa première leçon clinique du semestre qui commence, a eu la bonne pensée de jeter un coup d'œil rétrospectif sur son exercice de l'année scolaire 1880-81, la première année de son enseignement clinique officiel, et de rappeler les faits principaux qui en ont été l'objet, les méthodes et procédés qui y ont été mis en œuvre, enfin les résultats obtenus. Cette leçon, d'un grand intérêt, sera reproduite incessamment; nous ne voulons en retenir ici, pour le moment, que le document qui en a été comme la conclusion, le relevé statistique des opérations pratiquées pendant cet exercice et leur résultat final par la guérison ou par la mort.

Voici cette statistique :

Le nombre des opérations pratiquées a été de 112; sur les 112 opérés 7 sont morts, soit 6,2 p. 100. Les morts sont : 1 amputé de cuisse, mort en pleine septicémie; 1 amputé de jambe, pris de tétanos le dixième jour de l'opération ; 1 opéré de résection de l'omoplate, pour un ancien foyer purulent, qui a succombé aux suites d'un épuisement antérieur ; 1 femme atteinte d'épithélioma utérin, réséqué par la galvano-caustique ; 2 opérées d'ablation du sein, l'une âgée de 73 ans, l'autre atteinte consécutivement de pleuro-pneumonie; enfin 1 ovariotomisée dont la tumeur était adhérente dans toute son étendue, morte le sixième jour de l'opération.

Outre ces morts, l'effet curatif a été nul chez 3 malades et insuffisant chez 8, mais il a été réparé dans 3 de ces 8 cas et peut l'être dans 2 autres. Il est donc et restera nul chez 6 malades. Soit, en tout : morts et échecs, 13 malades non guéris sur 112 opérés, ou 88,3 p. 100 de guérison, réserve faite de la récidive des cancers.

Voici les catégories diverses de ces opérations :

9 amputations (4 de cuisse, 3 de jambe, 1 d'avant-bras, 1 de doigt), 2 morts ou 22,2 p.100.

1 malade amputé de la jambe a dû être réamputé de la cuisse. 1 autre amputé de cuisse a subi la résection totale d'un maxillaire supérieur. 1 autre amputé de cuisse avait une luxation fémorale du même côté. L'amputé de l'avant-bras avait 86 ans. Tous ces opérés ont guéri.

8 résections : 1 mort ou 12,2 p. 100 (opération de Rizzoli, résections de maxillaires, résections de moignons, ostéotomies pour séquestres profonds).

17 tumeurs : 3 morts ou 17 p. 100.

8 abcès froids : morts 0 (ouverture, grattage, drain suture).

2 ablations de rectum cancéreux. 1 côlotomie lombaire. Ces trois opérés survivent : l'un paraît guéri depuis 9 mois. Les deux autres, dans des conditions graves, ont une récidive, mais ils ont eu une survie acquise de 8 et 6 mois.

10 autoplasties : 0 morts. 9 guérisons : 1 fistule vésico-vaginale, 3 perforations syphilitiques du palais, 3 divisions congénitales, 1 éléphantiasis du nez, 1 fistule de la face. 1 échec : brûlure de la cuisse.

10 opérations sur les yeux : cataractes, iridectomies, iridotomies, énucléation, strabotomie. 7 résultats très-bons ou bons, 3 échecs (glaucome chronique, cataracte secondaire). morts 0.

4 ongles incarnés; 3 fistules; 25 hydrocèles, hématocèles, hémarthroses, épanchements, kystes; 8 luxations ; 7 opérations diverses.

Il nous a paru intéressant, indépendamment des considérations cliniques instructives qui ressortent de ce relevé et que l'on trouvera en partie dans la reproduction de la leçon de M. Trélat, de rapprocher quelques-uns de ces chiffres, ceux notamment qui se rapportent aux opérations les plus communes et les plus graves à la fois, les amputations, des statistiques dressées sur les opérations du même ordre pratiquées dans les hôpitaux de Paris il y a une vingtaine d'années.

Voici ce que nous trouvons dans les trois premiers volumes de la Statistique médicale des hôpitaux de Paris, publiés en 1867 et 1868 et se rapportant aux années 1861, 1862 et 1863.

La statistique des hôpitaux de Paris donne pour l'année 1861 : pour les amputations de cuisse, le chiffre de 42, dont 7 suivies de guérison et 35 suivies de mort, soit une proportion de 83,33 p. 100.

Pour les amputations de la jambe au lieu d'élection 14, 1 guérison et 13 décès, 92,86 p. 100 ; à la région susmalléolaire 6, dont 5 guérisons, 1 décès, 16,67 p. 100 ; sans autre désignation 12, dont 4 guéris, 6 décès, 66,6 p. 100. Soit ensemble, 58,74 p. 100.

Pour le bras 6, dont 3 guérisons, 3 décès, 50 p. 100; pour l'avant-bras 7, dont 3 guérisons, 4 décès, 57,14 p. 100; pour les doigts 27, dont 26 guérisons, 1 décès, 3,70 p. 100; ensemble 36,94 p. 100.

Pour l'année 1862, nous trouvons : 40 amputations de la cuisse, donnant 19 guérisons, 21 morts, ou 52,50 p. 100.

45 amputations de la jambe, tant au lieu d'élection que susmalléolaire ou sans désignation, donnant ensemble un chiffre de 17 guérisons et de 28 morts, soit une moyenne de 63,89 p. 100.

64 amputations du bras, de l'avant-bras et des doigts, donnant les chiffres de 53 guérisons et de 11 morts, soit 23,19 p. 100.

Pour l'année 1863 : 40 amputations de la cuisse, donnant 15 guérisons et 25 morts, ou 58,33 p. 100.

36 amputations de la jambe aux diverses hauteurs ci-dessus, donnant 15 guérisons, 21 morts, ou 62,50 p. 100.

62 amputations du bras, de l'avant-bras et des doigts, donnant les chiffres de 48 guérisons et de 14 morts, soit 26,62 p. 100.

Enfin, si, pour serrer davantage les chiffres et les rendre plus comparables encore à ceux du relevé de M. Trélat, en les ramenant à des catégories de même ordre et de même nom, nous réunissons en un seul groupe toutes les amputations, nous arrivons aux chiffres d'une proportion de mortalité, pour toutes les amputations réunies, de 59,67 p. 100 en 1861, de 46,52 p. 100 en 1862 et de 49,82 p. 100 en 1863, et à la moyenne, pour ces trois années, de 52,03 p. 100.

Or la moyenne de la mortalité pour les amputations de même ordre, cuisses, jambes, bras, avant-bras et doigts, dans le relevé de la clinique de l'hôpital Necker, pour l'année scolaire 1880-1881, est, comme on l'a vu plus haut, de 22,2 p. 100 seulement.

Il n'y a pas à insister longuement sur cette différence. Il ne nous en coûterait certainement pas de mettre ce résultat tout entier sur le compte de l'habileté de l'opérateur; mais M. Trélat lui-même n'accepterait pas cet éloge, car, outre qu'il serait juste d'y faire participer la plupart de ses collègues, il faudrait alors faire peser sur les chirurgiens qui ont fourni les éléments des statistiques des années 1861, 1862 et 1863 la responsabilité des résultats bien inférieurs obtenus alors. C'est surtout aux méthodes et aux procédés perfectionnés usités actuellement, au régime et aux soins consécutifs mieux compris et peut-être plus régulièrement suivis, qu'il en faut faire honneur; et ces résultats sont eux-mêmes le plus éloquent témoignage des progrès que réalise tous les jours la chirurgie.

Ataxie locomotrice ou tabes dorsalis. Du rôle étiologique attribué à la syphilis.

Dans une série de leçons cliniques faites à l'amphithéâtre de la Charité, pendant la période des vacances, M. Landouzy, chargé temporairement du service de la clinique, a appelé particulièrement l'attention de ses auditeurs et de ses assistants sur un groupe de cas de tabes (sclérose spinale) qui étaient alors dans ce service. Indépendamment de l'intérêt spécial qui s'attache à chacun de ces cas en particulier, notamment l'absence chez tel d'entre eux de certains symptômes réputés pathognomoniques de l'ataxie locomotrice, ce qui, par parenthèse, lui fait préférer la dénomination de tabes à celle d'ataxie, M. Landouzy s'est attaché à faire remarquer que, si la plupart de ces malades ne présentent pas, en effet, dans leur ensemble, la maladie complète décrite sous ce dernier nom par Duchenne (de Boulogne), en réunissant les symptômes épars que chacun d'eux présente, on parviendrait à reconstituer aisément la maladie dans son entier.

C'est ainsi, par exemple, que chez l'un de ces malades, homme de quarante-neuf ans, couché au n° 14, de la salle Saint-Charles, on ne trouvait ni les douleurs fulgurantes, ni les troubles de la vision, ni les troubles musculaires qui caractérisent ordinairement l'ataxie locomotrice; et cependant on ne pouvait pas ne pas considérer cet homme comme un tabétique; seulement il était entré d'emblée en quelque sorte dans le tabes, sans passer par les phénomènes précurseurs et initiaux; tandis que, à côté de lui, au n° 11 de la même salle, était un homme de soixante-deux ans, ancien valet de chambre, qui a parcouru coup sur coup toutes les étapes, douleurs fulgurantes, troubles de la vision, troubles gastriques, incoordination des mouvements, pour arriver à l'état tabétique complet où il se trouve aujourd'hui.

Il en est de même d'un autre homme de trente-cinq ans, couché au n° 19 de la même salle et dont l'histoire correspond assez bien à la description classique : douleurs fulgurantes, incoordination, inégalité des deux yeux, diplopie, d'abord rétention, puis incontinence d'urines, enfin lésions trophiques, maux perforants, anesthésie, etc.

De même enfin d'une femme de cinquante-six ans, blanchisseuse, présentant également l'ensemble complexe des symptômes ataxiques : troubles de la vision allant jusqu'à la cécité, douleurs fulgurantes, incoordination, lésions trophiques considérables, arrivée, en un mot, à la période de la phthisie dorsale, etc.

Le rapprochement de ces différents cas présenterait, en somme, un tableau aussi complet que possible de la maladie avec toutes les phases du drame pathologique du tabes... Mais, si nous citons ces faits, c'est uniquement, réservant pour une autre occasion les développements cliniques très-intéressants dont ils pourraient être l'objet ici, pour en tirer quelques enseignements au point de vue de la question étiologique qui a été discutée dernièrement au Congrès de Londres : « Du rôle de la syphilis, cause de l'ataxie locomotrice. »

D'après le professeur W. Erb (de Leipsig), 100 cas de tabes dorsal typique chez l'homme adulte auraient donné, à ce point de vue, les résultats suivants : cas sans infection syphilitique antérieure 12 p. 100; cas avec infection antérieure 88 p. 100. Parmi ceux-ci on compte 50 p. 100 avec syphilis secondaire, 29 p. 100 avec chancre sans syphilis secondaire. Pour M. Erb, l'absence de la plupart et même de tous les symptômes des manifestations secondaires ne serait aucunement une preuve de la nature non syphilitique du chancre qui a précédé le tabes.

Pour l'époque d'apparition des premiers symptômes du tabes après l'infection, les observations montreraient que, dans un nombre de cas assez considérable, l'apparition a eu lieu de la troisième à la cinquième année après l'infection, mais que c'est de beaucoup le plus souvent de la cinquième à la quinzième année. Pour contrôler ces statistiques, M. Erb a fait une contre-épreuve portant sur des hommes adultes au-dessus de vingt-cinq ans, non atteints de tabes. Sur 500 personnes dans ce cas, il a constaté que 77 p. 100 n'avaient jamais été infectés, que 12 p. 100 avaient eu autrefois la syphilis secondaire, et 11 p. 100 n'avaient eu qu'un chancre.

Du rapprochement de ces faits, M. Erb a conclu qu'il y avait un rapport étiologique entre la syphilis et le tabes, et il a cru même qu'on pouvait exprimer ce rapport par cette formule : dans 90 cas sur 100, l'ataxie est causée par la syphilis.

La statistique est-elle suffisante pour résoudre une question d'étiologie de cette importance? Elle y serait d'un grand secours assurément, mais, pour suffisante à elle seule, non. Indépendamment des difficultés de son application, elle n'aurait de valeur réelle que si les chiffres étaient appuyés sur la considération de relations pathologiques et anatomiques. Des doutes ont été émis à ce sujet, doutes fondés notamment sur la difficulté d'arriver à avoir des renseignements certains sur la syphilis antérieure, surtout lorsqu'il n'y a pas eu d'accidents secondaires. M. Lancereaux, en se plaçant à un autre point de vue, a fait une objection sérieuse à cette détermination étiologique. Une détermination de ce genre, pour être précise, a-t-il dit avec beaucoup de raison, doit reposer avant tout sur les caractères anatomiques et symptomatiques, comme aussi sur l'évolution de la maladie. Or, en s'appuyant sur ces caractères, on est forcément conduit à nier ici l'existence de toute relation causale.

En effet, les lésions syphilitiques des viscères, celles du foie, des poumons, du cœur, du cerveau, de la moelle épinière, sont isolées ou disséminées et toujours circonscrites, tandis que la lésion du tabes dorsalis est continue, étendue et systématisée. Les premières ont pour point de départ le système lymphatico-sanguin de n'importe quelle région, qui finit par étouffer les éléments nerveux; la seconde, au contraire, commence par les racines nerveuses et s'étend ensuite aux cordons postérieurs qu'elle envahit d'une façon exclusive. Celle-ci s'arrête peu dans son évolution et ne laisse pas de cicatrices à la surface de l'organe affecté; celles-là cessent toujours de s'accroître au bout d'un certain temps et déterminent une perte de substance qui se traduit par une dépression ou par une cicatrice.

En somme, fait remarquer M. Lancereaux, différence complète entre les lésions de la syphilis et celles de l'ataxie locomotrice, différence dans les symptômes, différence dans l'évolution, et par conséquent absence de toute relation directe.

Pour en revenir à notre point de départ, aux faits qui ont été l'occasion de ce rappel et aux éléments d'instruction qu'ils peuvent fournir pour l'étude de cette question, ce n'est pas en se plaçant au même point de vue que M. Lancereaux, mais simplement par une enquête sur les antécédents des malades, que M. Landouzy y a trouvé aussi des motifs d'opposition à la doctrine étiologique soutenue au Congrès. Il résulte effectivement de cette enquête que, sur les six sujets atteints de tabes, actuellement dans le service, dont 4 hommes et 2 femmes, 3 seulement des 4 hommes ont été atteints d'accidents vénériens divers; mais rien ne prouve qu'ils aient eu en réalité la syphilis, aucun d'eux n'ayant eu d'accidents consécutifs. Le quatrième n'a rien eu du tout en ce genre; et les 2 femmes ont été complètement à l'abri de tout accident de cette nature. A ces 6 cas, sur lesquels 3 au moins sont absolument négatifs, en admettant qu'il puisse subsister du doute sur les 3 premiers, il y a lieu d'ajouter 3 cas de la ville observés en même temps que ceux de l'hôpital et sur lesquels M. Landouzy a recueilli également des renseignements complètement négatifs sur une origine syphilitique possible.

Si nous rapprochons, en prenant un peu au hasard parmi les nombreuses relations de cas d'ataxie locomotrice ou tabes dorsalis publiées dans ces derniers temps, les cinq observations réunies sous le groupe de ce nom dans la « Clinique médicale de l'hôpital de la Charité » de M. le professeur Vulpian, nous constatons que, dans le relevé des antécédents et dans l'histoire de ces cinq malades, il n'est pas fait une seule fois mention de la syphilis.

Terminons sur ce sujet en disant que, si la syphilis était la cause vraie, la cause réelle et unique du tabes, ce n'est pas 50 fois, ni 88, ni même 90 fois sur 100, mais 100 fois sur 100 qu'il faudrait y retrouver ou les commémoratifs ou les signes actuels de l'origine suspectée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire des Livres hippocratiques (1).

III

Pétrequin a réparti dans quatre classes seulement les Livres hippocratiques dans l'ordre suivant :

Première classe. — *Groupe I.* — Écrits d'Hippocrate : *de l'Ancienne Médecine;* le *Pronostic;* les *Aphorismes*; *Épidémies*, premier et troisième livres; *du Régime dans les maladies aiguës; des Airs, des Eaux et des Lieux; des Articulations; des Fractures; des Instruments de réduction* (Mochlique); le *Serment;* la *Loi; de l'Officine; de la Nature de l'homme*, § 1 à 9. — *Groupe II.* — Écrits probablement d'Hippocrate : *des Plaies; des Hémorrhoïdes et des Fistules; du Médecin.*

Deuxième classe. — Écrits de l'école de Cos, de disciples ou de contemporains d'Hippocrate : *des Vents; des Lieux dans l'homme; de l'Art; du Régime et des Songes; des Maladies*, livre Ier; *des Affections; du Fœtus à sept mois; du Fœtus à huit mois:* les *Préceptes; Épidémies*, livres II, IV, V, VI et VII; *des Humeurs; de l'Usage des liquides; du Régime des gens en santé* (Polybe?); *Prénotions coaques*; le *Prorrhétique*, livre I.

Troisième classe. — Écrits probablement cnidiens : *de la Génération; de la Nature de l'enfant*; *des Maladies*, livre IV; *des Maladies des femmes; des Maladies des jeunes filles; des Femmes stériles*; *de la Superfétation*; *de l'Excision du fœtus*; *de la Nature de la femme*; *des Maladies*, livres II et III; *des Affections internes.*

Quatrième classe. — *Groupe I.* — Écrits les plus récents de la Collectiou hippocratique : *du Cœur; de l'Aliment; des Semaines; des Chairs;* le *Prorrhétique*, livre II; *des Glandes;* fragment sur la *Nature des os.* — *Groupe II.* — Compilations ou fragments non cités par les anciens : *de la Conduite honorable; de l'Anatomie; de la Dentition; de la Vue; Aphorismes*, VIIIe section; *des Crises; des Jours critiques: des Médicaments purgatifs.*

Une dernière classe à part renferme les pièces apocryphes : *Lettres; Décrets; Discours.*

Enfin Pétrequin a essayé de rechercher la chronologie des principaux Livres hippocratiques : le *Pronostic* est en tête, puis les livres I et III *des Épidémies*, suivis *des Airs, des Eaux et des Lieux.* Après eux viennent : le *Régime dans les maladies aiguës*, les *Aphorismes*, les *Fractures*, les *Articulations*,

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 novembre 1881.

les Plaies de tête, etc. Après Hippocrate paraissent *les Épidémies,* livres V et VII.

En résumé, si nous tenons compte des renseignements fournis par l'examen comparatif des divers traités, nous pouvons dire que la Collection hippocratique renferme, outre les œuvres d'Hippocrate, celles de Polybe, son gendre, d'Euryphon de Cnide, et d'autres mains étrangères, d'écrivains antérieurs, d'autres postérieurs à Hippocrate, ses parents ou ses disciples. Tous les livres qui ont été attribués à Hippocrate ne sont pas de lui; on est frappé en rencontrant des lacunes, des livres tronqués; on constate des doctrines contraires, la différence des styles, mais aussi, et j'y reviens toujours, des emprunts de certains écrits faits à d'autres.

La main qui avait tracé les livres si clairs, si corrects sur le *Pronostic*, sur *les Airs*, *les Eaux et les Lieux*, la main qui avait placé en tête des *Aphorismes* cette magnifique sentence : «La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile, » ne se serait jamais complu à accumuler des phrases irrégulières qui ne peuvent être que des notes. La plupart des critiques anciens pensent que ces notes, prises par les disciples ou les descendants d'Hippocrate, pour leur usage, ont dû être publiées telles quelles sans ordre, mais ne sont pas l'œuvre de faussaires.

Un grand nombre de noms de pays sont cités dans les Livres hippocratiques. Il y est fréquemment parlé de Thasos, d'Abdère, de Périnthe en Thrace, d'Olynthe dans la Chalcidique, de Larisse, Cranon et Phères en Thessalie, des îles de Cos, de Délos et d'Andros. Les Palus (ou Marais) Méotides, les contrées du Pont, de la Libye, de l'Égypte, ont été visitées ou parcourues par les Hippocratiques; les Européens sont comparés aux Asiatiques. Des noms et des particularités sur un grand nombre de malades sont rapportés, des demeures indiquées, et tous ces détails donnent aux observations un caractère d'authenticité et comme de bonne foi.

A la fin de la Collection on trouve les pièces intitulées : *Lettres*, *Décrets et Discours*. On doit les regarder comme apocryphes. Les *Lettres* et le *Décret* concernent la peste dite de Thucydide qui ravagea la Grèce pendant la guerre du Péloponnèse; d'autres *Lettres* sont relatives à la folie de Démocrite et à la *Correspondance* qui se serait établie entre ce philosophe et Hippocrate; une *Lettre* serait d'Hippocrate à son fils Thessalus; deux *Discours* auraient été prononcés au sujet de la guerre que les Athéniens voulaient faire à Cos.

Vous savez déjà ce qu'il faut admettre des services fabuleux rendus par Hippocrate pendant la peste d'Athènes. Les *Lettres* et le *Décret,* examinés en eux-mêmes, ne supportent pas la critique. Artaxerxès s'y plaît aux antithèses : « Sans être en guerre », dit-il, « nous avons la guerre. » La *Réponse de Pætus*, le *Décret* du peuple d'Athènes sont d'un rhéteur. Dans le *Décret*, il est dit que les Athéniens accordent à Hippocrate des faveurs éminentes et des honneurs pareils à ceux d'Hercule parce qu'il a préservé la Grèce de la peste et refusé les dons du roi de Perse. Or, dans la réponse de Pætus à Artaxerxès, Pætus avance qu'Hippocrate a déjà été honoré des dons des Athéniens à l'égal d'Hercule et d'Esculape, pour les services qu'il leur avait rendus. Il y a contradiction évidente: Hippocrate ne pouvait avoir reçu la récompense des Athéniens au moment où il faisait le refus supposé. La méprise du faussaire est flagrante.

L'examen détaillé de toutes les *Lettres,* de celles relatives à la folie de Démocrite et de celle à Thessalus, fait reconnaître les inadvertances d'une composition apocryphe. Érotien, qui n'est pas rigoureux dans la liste qu'il a donnée des ouvrages qu'il regarde comme étant d'Hippocrate, ne dit pas un mot des fameuses *Lettres*.

Quant à la *Supplication* adressée aux Thessaliens et au *Discours d'ambassade*, formant la dernière série des pièces apocryphes, rien n'est plus certain que la fausseté de ces deux discours.

Les pièces apocryphes sont anciennes. Les *Lettres* et la *Correspondance* pour la folie de Démocrite ont été acceptées par les biographes; Pline croyait qu'Hippocrate avait incendié le temple de Cos; Plutarque rapporte que Caton l'Ancien, ayant entendu parler du refus fait par Hippocrate de secourir les barbares, dit que tous les médecins grecs avaient fait un pareil serment, et il défendit à ses enfants de les employer jamais. Galien vante le désintéressement d'Hippocrate et bien d'autres choses contenues dans la biographie apocryphe. Son enthousiasme fit accepter par la postérité un Hippocrate légendaire, entouré d'un prestige presque divin.

Mais la critique sensée devait faire son œuvre.

Mon très-savant compatriote Scaliger, né à Agen en 1540, mort à Leyde en 1609, partageait l'idée déjà émise par son père « qu'à peine les *Lettres* sont-elles dignes de passer pour des productions du divin vieillard », et après André Dacier, qui regarde comme des fictions ingénieuses plusieurs traits de la biographie hippocratique, Daniel Leclerc rejette hardiment les pièces apocryphes. *Lettres* et *Discours* sont pour lui invraisemblables, il le prouve par des recherches chronologiques : « Ces pièces sont certainement l'ouvrage de quelque Grec demi-savant et fort peu judicieux, qui les a composées longtemps après, par un jeu d'esprit assez grossier ou pour gagner quelque argent par ce moyen. »

Schulze repousse les pièces apocryphes et *la Vie selon Soranus.* Aucun document, dit-il, n'autorise à croire que Démocrite ait enseigné Hippocrate, au plus peut-il y avoir eu entrevue entre le médecin et le philosophe.

En 1804, une thèse qui a fait beaucoup de bruit a été soutenue devant notre Faculté par Boulet. L'auteur de la dissertation, hardi au-delà du possible, soutenait qu'Hippocrate n'a jamais existé et que les ouvrages qu'on lui attribue, les Livres hippocratiques, ont une antiquité de trois mille ans. En résumé, Hippocrate n'était qu'un être mythologique. Regardez cette dissertation latine que je vous présente et dont voici le titre :

Boulet (J.-B.-J.) (Hesdinensis). *Dubitationes de Hippocratis vitâ, patriâ, genealogiâ, forsan mythologicis; et de quibusdam ejus libris multo antiquioribus quam vulgo creditur.— Dissertatio medico-historica.* — N° 153, 2 pluviôse an XII (23 janvier 1804).

La thèse de Boulet fit grand bruit. Le professeur Chaussier, qui avait l'habitude de se découvrir la tête toutes les fois qu'il prononçait ou qu'on prononçait devant lui le nom d'Hippocrate, fit réfuter la thèse de Boulet par Legallois. Il ne lui fut point difficile de renverser une à une des assertions sans fondement et tout à fait arbitraires. Depuis Boulet un médecin français, admirateur de Broussais, a attaqué la légende hippocratique; Houdart a montré combien la vérité était petite dans la fabuleuse relation.

Après ce que je viens de vous dire, la question doit vous paraître jugée, et c'est ainsi qu'ont dû conclure Littré, Daremberg et Pétrequin. Il faut cependant que je vous donne l'opinion d'un savant, le docteur Petersen de Hambourg, esprit subtil, ingénieux, mais ami du paradoxe.

Petersen a accepté comme vrais le *Discours de Thessalus*, le *Décret des Athéniens* et le *Discours près de l'autel* de Minerve, qui ont une origine commune, mais qui présentent tant de contradictions. Je ne puis, faute de temps, suivre une argumentation déliée qui n'aboutit qu'à vouloir réhabiliter des fables. Littré en a fait la réfutation complète. En fin de compte, Petersen a été obligé de rejeter la date admise d'après la concordance des anciens témoignages, pour la naissance d'Hippocrate.

Si je ne puis adopter la construction compliquée et merveilleuse du docteur Petersen, je n'en reconnais pas moins le savoir et la patience qu'il a employés pour échafauder son ingénieux système. Mais défiez-vous de ce que l'on a appelé de l'autre côté du Rhin « l'hypercritique », ceprocédé qui consiste à dédaigner le sentier battu, et qui fait quitter la voie droite du sens commun, suivant la juste remarque de Guardia. On nous traite d'esprits peu sérieux et frivoles, et cependant j'ai relevé et je vous signalerai de lourdes fautes commises par nos voisins avec une inconcevable légèreté. Mais c'est une douce manie pour l'hypercritique de pousser le savoir au-delà des limites du vrai, et alors l'imagination se joue de la vérité : « L'érudition marche constamment entre la conjecture et l'hypothèse, et, lorsqu'elle s'arrête, elle trouve l'absurde au bout du chemin. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Thyroïdectomie. — M. TERRILLON lit un rapport sur une observation de M. Richelot relative à un cas de thyroïdectomie suivie de succès. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, Savoisienne, qui portait un goître depuis l'âge de onze ans. A plusieurs reprises, elle avait été soumise, sans succès, à divers traitements, en particulier à la ponction suivie d'injection iodée, à des applications successives de caustiques, au drainage. Elle a paru guérie pendant trois ou quatre ans, puis peu à peu a été prise de dyspnée intense, de dysphagie, d'affaiblissement de la voix. Elle portait au-devant du cou une tumeur du volume de la moitié du poing d'un adulte, divisée en trois parties : un lobe droit, un lobe gauche et un lobe moyen. La peau était immobile et adhérente à la tumeur ; une ponction capillaire donna issue à un liquide hématique. Les symptômes allaient s'aggravant, et, en raison de l'inefficacité des traitements employés jusqu'ici, il n'y avait à choisir qu'entre l'inaction ou une intervention radicale. M. Richelot s'arrêta à ce dernier parti.

L'opération fut pratiquée le 8 septembre. Il fit une incision à convexité inférieure, disséqua le lambeau avec le bistouri et dégagea assez facilement la tumeur. Les trois lobes de la tumeur furent successivement disséqués ; des pinces hémostatiques étaient placées à mesure sur les gros vaisseaux ouverts, puis aussitôt remplacées par des ligatures ; les thyroïdiennes furent sectionnées entre deux ligatures. L'ablation de la tumeur terminée, on substitua des fils de catgut aux fils de soie. Le lambeau fut suturé avec des fils d'argent. On laissa trois orifices dans lesquels on plaça des drains. L'opération n'avait pas duré moins de deux heures. Pansement de Lister.

Le 12 septembre, la température est de 38° ; le 13, température 38°, dysphagie persistante, toux avec raclement trachéal, aphonie complète ; les jours suivants, température 39°, toux, sécrétion muco-purulente. Le 24 septembre, la malade se lève. Il n'y a pas eu d'inflammation de la plaie. La réunion immédiate échoue dans plusieurs points. L'ablation des fils a été faite cinq ou six jours après l'opération. L'aphonie persiste. M. Krishaber constate au laryngoscope une immobilité absolue des cordes vocales ; il l'attribue à la section des deux récurrents. Cependant, peu à peu, on a vu se produire des mouvements successifs des deux cordes vocales ; la voix est revenue et a repris son timbre normal. Tous les autres phénomènes ont disparu, la guérison est complète.

M. Terrillon rapproche cette observation de celles qui ont été publiées par MM. Tillaux, Monod et lui-même. Il fait remarquer la transformation subie par cette opération depuis le temps où Velpeau, en 1870, la condamnait à l'Académie en la traitant de témérité chirurgicale, jusqu'au temps où Billroth, Kocher et les auteurs qu'il vient de citer publiaient ses succès.

Cette opération a donc subi les mêmes incertitudes que l'ovariotomie. Les causes de ce changement sont, d'une part, les moyens antiseptiques dont nous disposons aujourd'hui et, d'autre part, les moyens hémostatiques.

Les indications de l'opération sont de deux sortes : d'abord la menace de certains accidents des voies respiratoires et digestives, ensuite des considérations d'ordre esthétique. Ces dernières ne doivent pas entrer en ligne de compte. Le goître exophthalmique rentre dans les mêmes conditions que le goître suffoquant. M. Terrillon renvoie, pour les détails relatifs à l'opération, à la thèse de Boursier.

Il revient sur un phénomène curieux de l'observation de M. Richelot, l'aphonie qui a persisté un certain temps après l'opération et qui a fini par disparaître. Il s'agit là, selon lui, d'une paralysie passagère des cordes vocales dont les causes ne sauraient être établies jusqu'ici, car il ne croit pas que ce soit là les conséquences de la section ou de la ligature des nerfs récurrents.

M. MONOD présente une malade à laquelle il a pratiqué la même opération, et qui a parfaitement guéri. Cette opérée a eu, comme celle de M. Richelot, du râle trachéal à la suite de l'opération. M. Monod est disposé à attribuer cette trachéite à ce que la trachée a été mise à nu dans la plaie, et exposée pendant assez longtemps à la pulvérisation phéniquée. Cette malade n'a pas eu d'aphonie après l'opération. La réunion de la plaie s'est faite par première intention.

Traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. — M. GUÉNIOT lit un rapport sur un travail présenté le 1er juin 1881, par M. Eustache (de Lille), et dans lequel il rapporte cinq observations personnelles de cloisonnement du vagin, pratiqué dans le but de remédier à la chute de l'utérus. Les deux premières opérées l'ont été d'après le procédé de M. Le Fort; l'opération, chez elles, n'a pas réussi. Pour les trois autres, M. Eustache a modifié le procédé de M. Le Fort en faisant un avivement linéaire et vertical de 5 à 6 centimètres et en réunissant la paroi antérieure du vagin à la paroi postérieure. Chez les trois opérées avec cette modification du procédé de M. Le Fort, le succès a été complet. En outre, M. Eustache a substitué les fils de catgut aux fils d'argent. M. Eustache attribue ces succès aux modifications qu'il a fait subir au procédé de M. Le Fort. Cette modification paraît bonne à M. Guéniot, mais peut-être M. Eustache n'a-t-il pas attendu assez longtemps après ces opérations pour en faire connaître les résultats.

M. DESPRÈS. M. Eustache a-t-il fait porter des ceintures à ses opérées ? Toutes les opérations pratiquées dans le but de redresser l'utérus abaissé sont des opérations inutiles. L'abaissement de l'utérus est dû à l'insuffisance du périnée. Toutes les malades considérées comme guéries à la suite de ces opérations n'ont pas été suivies assez longtemps, ou bien ne sont guéries que parce qu'on leur fait porter des ceintures ou des pelotes périnéales. En effet, ces opérations ne peuvent avoir pour but que de faciliter l'application d'une pelote périnéale.

M. LE FORT. M. Eustache n'a pas bien compris la description que j'ai donnée de mon procédé. Je n'ai pas parlé seulement d'un avivement linéaire ; j'ai dit aussi qu'il faut une cloison d'une certaine épaisseur. La question des fils n'a pas d'importance ; on peut, à la rigueur, les laisser couper et tomber d'eux-mêmes. Je ne

répondrai qu'un mot à M. Desprès, qui nierait la lumière à moins qu'il ne la fît lui-même : le périnée n'est pour rien dans la chute de l'utérus, qui est le plus souvent précédée par une cystocèle vaginale, et qui n'est pas la conséquence d'une insuffisance périnéale.

M. Le Fort rappelle un cas de M. Tillaux, qui a été suivi de mort par péritonite, et cela parce que l'opération avait fait porter l'avivement sur toute l'épaisseur de la muqueuse des parois antérieure et postérieure du vagin, tandis qu'il suffit de ne comprendre que la couche épithéliale, de faire l'avivement aussi superficiel que possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait une seule fois l'opération de Sims avec un excellent résultat. Cependant il préférerait, le cas échéant, recourir au procédé de M. Le Fort. Toutes les sutures périnéales ne valent rien au point de vue des chutes de l'utérus. Ce n'est pas le périnée qui manque. L'opération de Sims donne de bons résultats, non-seulement parce que le vagin est rétréci, mais aussi parce que l'utérus se trouve dévié, ce qui est le point capital.

M. DESPRÈS maintient son opinion. Le périnée, dit-il, ne se compose pas seulement de peau, mais aussi de tissu cellulaire et de muscles. Or l'utérus descend quand ces derniers sont insuffisants. Il repose sur le muscle releveur de l'anus, l'orbiculaire du vagin et le sphincter de l'anus. Quand ces muscles sont atteints de parésie, ils ne soutiennent plus la matrice. Il suffit alors de faire tousser les malades pour se rendre compte, dans ces cas, de la véritable cause de la chute utérine. Lors donc que je fais la suture de la vulve, c'est uniquement pour permettre ultérieurement l'application d'une pelote périnéale.

M. TRÉLAT. Que M. Desprès présente des malades, au lieu de s'appuyer sur des théories anatomiques et physiologiques contestables. Jamais l'utérus ne s'est appuyé sur le muscle releveur de l'anus. Le vagin ne retient pas la matrice comme le rectum retient un bol fécal, et, quand il y a abaissement de l'utérus, c'est parce que les liens qui retiennent cet organe sont devenus insuffisants. M. Desprès ferait donc bien mieux de prouver l'inutilité de l'opération de M. Le Fort que d'avancer des théories aussi contestables.

M. GUÉNIOT. Quand il y a déchirure du périnée après un accouchement laborieux, il ne s'ensuit pas que l'utérus soit moins bien soutenu et tarde à s'abaisser. Il y a des femmes qui n'ont plus de périnée et qui n'ont pas de chute utérine, et réciproquement il en est qui ont des chutes utérines alors que le périnée est parfaitement constitué. Il n'en est pas moins vrai que, dans beaucoup de cas, l'insuffisance du périnée est une des causes de l'abaissement utérin.

Ablation des tumeurs du sein. — M. KIRMISSON lit un travail dans lequel il conseille, dans les cas d'ablation de tumeurs malignes du sein, de prolonger l'incision jusque dans l'aisselle et d'aller à la recherche de ganglions le plus souvent inappréciables avant l'opération et qui, si on les laisse, deviennent rapidement le point de départ d'une récidive (1). (Comm. MM. Labbé, Périer et Anger.)

Hydarthrose rebelle; ouverture de l'articulation; guérison. — M. NICAISE présente un jeune homme de dix-huit ans qui était atteint depuis quatre ans d'hydarthrose double, ancienne, rebelle et qui, jusqu'ici, avait résisté à tous les traitements. Ce malade, entré en février 1881 dans son service, a été soumis sans succès à tous les traitements jusqu'en juin. A cette époque, M. Nicaise pratiqua l'arthrotomie du genou gauche ; il fit dans l'articulation une injection phéniquée au quarantième et y plaça un tube à drainage. Le premier pansement fut fait quarante-huit heures après ; le tube fut enlevé le quatrième jour, la gouttière fut supprimée le dixième jour, et, dix-neuf jours après l'opération, le malade était guéri.

Le 18 octobre, M. Nicaise pratiqua la même opération sur le genou droit. Quinze jours après, le malade était complètement guéri sans accident. La méthode antiseptique fut employée dans toute sa rigueur. Le malade n'a aucune raideur articulaire. Ce sont là des résultats encourageants pour les cas d'hydarthroses rebelles à tous les autres moyens de traitement.

M. MARC SÉE. La compression par la bande de caoutchouc réussit là où les autres traitements échouent. J'aurais donc voulu voir M. Nicaise recourir à ce moyen avant d'entreprendre une opération qui peut avoir les conséquences les plus graves.

M. DELENS rappelle que Chassaignac pratiquait, dans ces cas, la ponction et l'injection iodée, et qu'il obtenait ainsi des guérisons sans accidents. M. Delens, dans un cas rebelle, a recours à la ponction aspiratrice et au collodionnage de la région.

M. LE DENTU a obtenu des succès avec des injections phéniquées au vingtième et l'immobilisation dans un appareil plâtré.

M. NICAISE avait essayé la compression ouatée. Il préfère l'arthrotomie avec le drainage aux injections irritantes, celles-ci lui paraissant beaucoup plus dangereuses. Dans les deux opérations, ce malade, pendant quelques jours, a présenté des douleurs intenses et du gonflement des vaisseaux lymphatiques de la cuisse et des ganglions inguinaux. Mais ces douleurs et cette augmentation de volume étaient sans rougeur.

M. MARC SÉE. Il n'y a pas d'analogie à établir entre la compression ouatée et la compression élastique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 novembre 1881, M. Chalamet, député, est nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique et des cultes, en remplacement de M. Turquet, dont la démission a été acceptée.

— L'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, va subir une transformation complète, cet établissement ayant été reconnu notoirement insuffisant et ne répondant plus qu'imparfaitement aux besoins toujours croissants des nombreux enfants confiés à la garde de l'Assistance publique. Les nouveaux travaux comprendront notamment la construction d'un groupe de bâtiments sur la rue Denfert-Rochereau et celle d'un pavillon dans le jardin, ainsi que le remaniement des distributions et la restauration des anciens bâtiments.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Bouvet est nommé chef interne à l'hôpital Saint-André.

— *Hôpitaux de Rouen.* — M. le docteur Cerné, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Marcondès-Rezende est nommé prosecteur. — MM. Maubrac et Princeteau sont nommés aides d'anatomie.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Magnin, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est chargé d'un cours de botanique pendant l'année 1881-1882.

M. Barral, bachelier ès sciences, préparateur-adjoint, est nommé préparateur de chimie générale.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Jourdan, docteur en médecine et docteur ès sciences, est chargé, pendant l'année scolaire 1881-1882, d'un cours supplémentaire de zoologie et histologie.

M. Pauchon, docteur en médecine et docteur ès sciences, est chargé, pendant la même année, d'un cours complémentaire de botanique.

(1) Depuis dix ans que nous avons l'honneur d'assister M. Péan dans ses opérations, nous l'avons toujours vu, dans les cas d'ablation de tumeurs malignes du sein un peu étendues, prolonger son incision vers l'aisselle et procéder à la recherche et à l'extraction de ganglions souvent très-petits et absolument inappréciables avant l'opération. M. Péan n'a donc pas attendu la méthode de Lister pour prendre cette sage précaution. (*Note du Rédacteur.*)

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Courchet, licencié ès sciences naturelles, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

— Nous apprenons que M. le docteur Georges Camuset vient de se fixer à Dijon où la mort prématurée de M. le docteur Japiot avait laissé vacante une importante situation ophthalmologique.

— *Choléra.* — Les nouvelles que nous avons à donner du Japon, au point de vue sanitaire, sont encore déplorables. Le choléra, d'après nos correspondances de Nagasaki, s'est montré à Jiunjenji, où un jeune garçon japonais a été foudroyé par l'épidémie en quelques heures. A Mamenohira, plusieurs cas ont été constatés, dont deux mortels.

Comme aux précédentes épidémies, c'est à Kagoshima que le fléau a débuté. De nouveaux hôpitaux ont été établis à l'entrée de la rade, et déjà un certain nombre de malades y sont en traitement. Indice grave, mais rassurant à la fois, car il indique la vigilance des gouvernements, les lettres de l'Indo-Chine qui ont été distribuées en Europe à l'arrivée de la dernière malle-française ont été lacérées. Leur purification au vinaigre et à certains acides n'a pas été jugée nécessaire.

Un télégramme de Constantinople du 15 novembre nous fait connaître ce qui suit :

« Une dépêche officielle de Djeddah confirme la recrudescence du choléra à la Mecque. Du 2 au 6 novembre on a constaté 635 décès. On signale beaucoup de cholériques parmi les pèlerins arrivant de Djeddah. »

Enfin une dernière dépêche d'Alexandrie, en date du 16 de ce mois, nous fait savoir que la commission sanitaire a reçu une lettre de la Mecque lui annonçant que le chiffre des victimes du choléra s'y était élevé à trois cents pour la seule journée du 6 novembre! De plus le choléra serait également déclaré à Djeddah. Un télégramme officiel de Constantinople 17 novembre nous apprend qu'en présence de cette recrudescence les mesures suivantes viennent d'être prises : les pèlerins revenant de la Mecque subiront une première quarantaine de 15 jours à El-Ouedj, une seconde de dix jours à Touz et une troisième de dix jours également entre Beyrouth et Smyrne.

— Il est institué à Concarneau un laboratoire de zoologie et de physiologie maritime. — M. Hermann est nommé, pour un an, préparateur-conservateur dudit laboratoire. — MM. Robin, membre de l'Institut, et Pouchet, professeur au Muséum, sont nommés directeurs dudit établissement.

— Il est institué à Villefranche (Alpes-Maritimes) un laboratoire de zoologie marine, qui est rattaché à l'École pratique des hautes-études. — M. Barrois, docteur ès sciences naturelles, est nommé directeur dudit laboratoire.

— *École pratique des hautes-études.* — Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront au Muséum lundi prochain 21 novembre 1881 sous la direction de MM. H. Milne-Edwards et Alphonse Milne-Edwards, membres de l'Institut. Ils auront lieu tous les jours de onze heures à quatre heures, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1881-1882. Ils consisteront en dissections, divers autres exercices pratiques et conférences. Le laboratoire des recherches sera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire.

Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront s'inscrire de midi à quatre heures au laboratoire, rue de Buffon, 55.

— M. Blénard soutiendra, le vendredi 18 novembre 1881, à quatre heures, dans la salle des examens de la Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Recherches sur les matières albuminoïdes.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public sur les maladies des voies urinaires, le mardi 22 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les samedis, jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Auguste Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 20 novembre, dans le nouvel amphithéâtre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le docteur Brochard commencera un cours public d'hygiène et maladies des nourissons, le mercredi 23 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11964.

N° 134. — MARDI 22 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 22 NOVEMBRE 1881. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Sensibilité récurrente. — II. Abcès du tibia. — III. Tumeur rétro-mentonnière, ganglions cervicaux.

Au sujet d'un malade entré dans nos salles pour une blessure de l'avant-bras, dans laquelle le nerf cubital a été complètement sectionné, je veux vous parler de la sensibilité récurrente.

S'il est dans cette question un fait accepté par tout le monde, c'est que, quand on coupe un nerf, on interrompt toute communication entre les parties où ce nerf se distribue et les centres nerveux. Il en est de la motricité comme de la sensibilité.

C'est ainsi, pour le nerf dentaire par exemple, duquel dépend la sensibilité de la lèvre supérieure, qu'il soit déchiré dans la fracture du maxillaire inférieur, ou qu'il soit comprimé par quelque tumeur développée dans le canal dentaire inférieur, ou bien encore qu'il soit coupé dans quelque opération chirurgicale, on voit aussitôt disparaître la sensibilité de la région de la lèvre où il se distribue. Des piqûres avec une épingle démontrent le fait sans aucune contestation possible ; mais si, avec votre épingle, vous dépassez la ligne médiane, vous retrouverez alors la sensibilité normale, par ce fait seulement que le nerf du côté opposé a été conservé.

Le professeur Laugier reçoit un jour, à l'hôpital, un blessé dont le nerf médian avait été coupé ; immédiatement il fait la suture ; le soir, il revient voir son malade, et retrouve la sensibilité rétablie à travers les parties en voie de cicatrisation. Ce phénomène parut alors tellement insolite qu'un grand nombre de médecins s'en étonnèrent ; M. Vulpian, lui-même, déclara qu'il n'était pas convaincu, et chacun, pour expliquer le fait, d'invoquer tous les motifs possibles, le bon excepté. Le fait intéressa tout le monde, mais les choses en étaient restées là, lorsque, au mois de novembre 1867, une femme arrivait dans mon service avec une section, elle aussi, du nerf médian. Avant toute réparation j'explore la sensibilité, et quel n'est pas mon étonnement de la trouver persistante, malgré la section complète du nerf !

Vivement frappé de ce fait, j'invite mes collègues à venir voir cette malade et à constater par eux-mêmes l'état de la sensibilité. Tous reconnaissent, en effet, que la sensibilité est conservée dans le bout inférieur du nerf. Le fait suscite immédiatement non-seulement une vive surprise, mais encore une très-grande incrédulité ; on déclare même la chose impossible ; on dit qu'il existe chez cette femme quelque chose de particulier, une anomalie toute spéciale.

Ma malade ayant été bien vue et bien examinée par tout le monde, je fis la suture du nerf ; je crois me rappeler qu'elle ne réussit pas une première fois, et que le fil coupa les filaments nerveux. Je gardai pendant assez longtemps la malade dans mon service, et je pus voir la sensibilité se rétablir en totalité et l'atrophie momentanée des muscles de l'éminence thénar, qui avait suivi l'accident, disparaître, et le membre recouvrer son volume normal.

Je fis, à cette époque, deux leçons sur cette malade ; elles furent publiées dans l'*Union médicale*, année 1867, pages 270 et 444.

Depuis lors, de nombreuses expérimentations ont été faites, et la sensibilité récurrente est aujourd'hui chose absolument démontrée.

Mais, longtemps avant cette époque, Magendie avait déjà signalé sur les animaux, et le premier, nous devons le reconnaître, le phénomène de la sensibilité récurrente, et démontré l'action différente des racines antérieures et postérieures des nerfs, pour les unes la motricité, la sensibilité pour les autres. Puis, revenant plus tard sur ce qu'il avait dit, il avait trouvé que les racines antérieures étaient également sensibles ; aussi avait-il fini, dans les derniers temps, par douter de sa découverte.

C'est Longet qui prouva que les racines antérieures étaient purement motrices et les postérieures sensibles, en démontrant par des expériences les anastomoses qui existent entre les racines postérieures et inférieures, lesquelles donnent lieu au phénomène de la sensibilité récurrente, anastomoses qui se font à la sortie de la moelle, pour chaque paire de nerfs, et non d'une paire à l'autre.

C'est à cette sensibilité récurrente périphérique que nous devons la persistance de la sensibilité dans les parties situées au-dessous de la section accidentelle du nerf.

Mais comment se fait ce retour à la périphérie ? Lorsque je fis mes leçons de 1867 sur cette question, je ne la comprenais pas encore très-bien ; j'en conférai plus tard avec M. Ch. Robin, et lui demandai son opinion sur les conditions anatomiques des nerfs.

Mon collègue de la Faculté voulut bien me montrer qu'il

existait entre les extrémités des nerfs médian, radial et cubital des anastomoses en arcades par lesquelles se faisait le retour de la sensibilité d'un nerf à l'autre. Le fait clinique est donc prouvé anatomiquement.

Ce que j'ai eu l'occasion de voir dans ma carrière chirurgicale trois fois pour le nerf médian, j'ai pu l'observer ces jours-ci pour le nerf cubital chez le sujet à l'occasion duquel j'ai voulu traiter cette question devant vous.

Enfin je dois ajouter que cette sensibilité récurrente périphérique est réservée aux membres supérieurs. Mais pourquoi ne se produit-elle pas sur les membres inférieurs? car il est bien constaté que si, par exemple, vous venez à couper le nerf sciatique d'un côté, la sensibilité est constamment abolie, et que, si par hasard elle réapparaît, c'est par la régénération du nerf sectionné.

Cette récurrence est réservée aux membres supérieurs, parce que la main est l'organe d'un sens, l'organe du tact, et qu'il fallait que la conservation de ce sens fût aussi assurée que possible. C'est pourquoi nous trouvons aussi sur ce membre trois gros nerfs au lieu d'un, le nerf médian, le nerf cubital et le nerf radial.

Il y a donc dans le fait de ces anastomoses quelque chose d'analogue à ce que nous trouvons pour la circulation artérielle, qui est également assurée par les arcades anastomotiques vasculaires de la main qui font communiquer les artères cubitale et radiale entre elles.

II. Je n'ai que peu de mots à vous dire de la jeune femme que nous allons opérer. Elle a vingt-six ans ; mais à peine en paraît-elle avoir dix-sept ou dix-huit, tant elle est grêle et d'aspect encore enfantin. Elle exerce la profession de fleuriste. Elle est malade depuis le mois de novembre 1880, époque à laquelle elle a commencé à éprouver des douleurs très-vives dans la jambe. Celle-ci peu à peu a augmenté de volume. Enfin il s'est formé, au niveau de la partie moyenne et antérieure du tibia, un abcès assez considérable qui a été incisé et a suppuré abondamment.

Néanmoins cette femme, pressée par la nécessité, a continué à marcher et à travailler ; aussi, sa jambe ne guérissant pas, la plaie continuant à suppurer, le membre restant toujours volumineux, elle s'est décidée à venir à l'hôpital et à entrer dans notre service.

Pensant, dans le principe et d'après l'aspect du membre, que nous avions affaire à quelque gomme syphilitique suppurée, nous avons soumis notre malade à un traitement anti-syphilitique. Celui-ci ne nous a donné aucun résultat, ce que voyant, nous avons eu recours, sans succès également, aux antiscrofuleux, à la teinture d'iode iodurée. Du reste cette femme n'est pas scrofuleuse.

C'est alors que, devant l'insuccès de ces deux médications, nous avons soupçonné l'existence de quelque abcès dans l'épaisseur du tibia. Nous avons introduit un stylet qui a pénétré assez facilement jusqu'à un centimètre de profondeur. En ce point l'os était augmenté de volume, il était douloureux et les douleurs irradiaient dans le genou et dans le pied. Nous avons reconnu ainsi un de ces abcès interosseux, qui ne peuvent guérir ni par une médication interne, ni par des applications externes sur la région malade, abcès pour lesquels l'intervention chirurgicale est absolument nécessaire.

Nous allons pratiquer tout d'abord une incision cruciale sur les tissus, au niveau de la saillie formée par l'épaississement anomal du tibia ; puis, pénétrant dans la cavité osseuse, nous ferons l'évidement de toute la partie malade au moyen d'une curette, et nous terminerons par un pansement à plat.

Nous obtiendrons ainsi, je l'espère, une guérison complète et assez rapide.

III. Le malade que nous allons opérer maintenant est déjà depuis longtemps dans nos salles ; c'est un garçon marchand de vins, âgé de vingt-trois ans, qui porte, sous le menton et en arrière, une grosseur qui lui déforme la face et l'empêche de se placer par ce fait que dans le public on le considère comme atteint d'écrouelles.

Cette grosseur est une hypertrophie glandulaire, hypertrophie des glandes lymphatiques situées entre les deux muscles mylo-hyoïdiens, dans le raphé médian. Elle est rétro-mentonnière et médiane, elle paraît comme collée au maxillaire inférieur.

Ce genre de tumeur, est souvent la suite de quelque abcès des gencives ou de quelque herpès de la lèvre inférieure.

De plus cet homme a encore sur les parties latérales du cou, à droite et à gauche, derrière l'angle de la mâchoire, d'autres petites tumeurs ; mais celles-ci ne ressemblent pas à celle qui est située sous le menton. Elles sont très-mobiles, tandis que la première est comme adhérente au maxillaire inférieur ; elles sont séparées les unes des autres, et l'une d'elles se trouve même sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. La première, au contraire, est dure, unique, formée par les ganglions rétro-mentonniers hypertrophiés, cimentés ensemble et réunis en une seule tumeur, dont le caractère est de ne jamais disparaître spontanément. En effet, on trouve généralement, dans l'intérieur de ces glandes hypertrophiées, de la matière phymatoïde, jaune-blanchâtre, qui leur donne l'aspect d'un marron d'Inde. De plus, dans ces sortes de tumeurs, les injections caustiques ou autres ne produisent aucun résultat avantageux ; elles les font seulement suppurer, chose absolument inutile. Aussi n'y a-t-il qu'un seul moyen d'en débarrasser les malades, c'est d'en pratiquer l'ablation.

Il n'en est pas de même des autres tumeurs du cou que nous trouvons chez cet homme, et que l'injection, au moyen de la seringue de Pravaz, d'une ou de deux gouttes de teinture d'iode peut faire fondre rapidement.

La nature de ces tumeurs est donc très-différente. Nous ferons l'extirpation de la première, c'est-à-dire de l'hypertrophie glandulaire rétro-mentonnière, opération absolument inoffensive, surtout aujourd'hui avec les modes de pansement que nous avons à notre disposition. Du reste je n'ai jamais vu aucun accident survenir à la suite de cette extirpation.

Quant aux tumeurs cervicales, je ne les opérerai pas, mais dans quelques jours je ferai des injections interstitielles de teinture d'iode dans chacune d'elles.

Dans le monde ces ganglions hypertrophiés sont regardés comme des écrouelles, de la scrofule. C'est une profonde erreur. Les individus qui présentent de semblables grosseurs ne sont pas scrofuleux ; ce sont des individus qui sont sujets à l'irritation des extrémités des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à ces ganglions, et ne sont pas autrement malades. Cette irritation reconnaît le plus souvent pour cause quelque dent cariée, quelque chicot, comme chez le garçon que nous allons opérer, et qui donne lieu à de fréquents abcès sous-périostiques ; chez d'autres ce sont des ulcérations des gencives, etc. Aussi, que de bonne heure la cause

disparaisse, l'hypertrophie ganglionnaire disparaît avec elle. La constitution de ces malades n'est donc pas atteinte, car l'enlèvement d'une dent ne saurait la modifier, *et sublata causa tollitur effectus*. Ce sont seulement des individus un peu lymphatiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Livres hippocratiques (1).

IV

FORMATION DE LA COLLECTION HIPPOCRATIQUE. COMMENT NOUS EST-ELLE PARVENUE ?

Puisque nous pouvons admettre avec certitude que les Livres hippocratiques renferment non-seulement les écrits d'Hippocrate, mais aussi les papiers d'autres Hippocratiques ses parents, ses disciples, ceux de ses adversaires, et de plus des écrits antérieurs et postérieurs au médecin de Cos, comment cette précieuse collection s'est-elle formée et comment nous est-elle parvenue ?

La conservation des Livres hippocratiques est sans exemple dans l'histoire littéraire de l'antiquité. La rédaction elle-même de la plupart des traités a subi peu d'altérations. Nous possédons ce qu'ont écrit Hippocrate et ses disciples, leurs notes elles-mêmes dans leur état primitif d'imperfection.

Il est probable que l'ensemble des écrits hippocratiques, moins les Apocryphes, constitue un héritage transmis fidèlement et tel à peu près qu'il a été reçu par les parents ou par les disciples d'Hippocrate. Dès la plus haute antiquité, ces écrits avaient beaucoup de notoriété et une grande réputation. Il a dû exister de bonne heure une sorte de bibliothèque hippocratique, et les livres ont été répandus par les médecins périodeutes ou voyageurs. Ces livres, en détail, peut-être en bloc, circulaient et étaient connus sous le nom d'Hippocrate avant la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie ; Aristote possédait probablement un traité hippocratique.

La Collection des Œuvres d'Hippocrate ne saurait être plus moderne que l'établissement de la bibliothèque d'Alexandrie. Nous avons là une limite sûre ; le plus ancien commentateur d'Hippocrate n'est pas Dioclès de Caryste, comme l'a cru Ackermann ; c'est Hérophile, qui fut disciple de Praxagore et qui vivait à Alexandrie 300 ans avant J.-C. Hérophile avait travaillé sur le *Pronostic* (Προγνωστικόν).

L'époque de la publication de la collection hippocratique doit être rapportée au temps où ont vécu Hérophile et Érasistrate, ou en d'autres termes aux Alexandrins. C'est alors que les textes ont été colligés, fixés et interprétés. Dès l'origine, tout ce que Érotien et Galien connaissaient de la Collection hippocratique a dû y être renfermé. Ainsi l'existence de la collection est positive, le texte assuré, pour la génération qui a suivi les Alexandrins.

C'est vers l'an 320 avant notre ère, peu après la mort d'Alexandre, que le premier roi grec de l'Égypte, Ptolémée, fils de Lagus, établit sa bibliothèque à Alexandrie, bibliothèque qui prit de si grands développements sous ses successeurs Ptolémée Philadelphe et Ptolémée Évergète, et qui, provoquant le zèle rival des rois de Pergame, fut cause de l'invention du parchemin. L'amour des Ptolémées pour les livres a déterminé la Collection définitive et la publication régulière des Livres hippocratiques.

Galien a rapporté un exemple qui prouve quelle passion Ptolémée Évergète avait pour les vieux livres, quelle munificence il déployait pour se les procurer, et combien les exemplaires des plus fameux ouvrages étaient rares. Il demanda aux Athéniens l'exemplaire qu'ils possédaient des œuvres d'Eschyle, de Sophocle et d'Euripide, afin d'en faire prendre copie, et pour gage il déposa quinze talents d'argent (environ 65,000 francs de notre monnaie). Après avoir fait copier les tragédies sur le plus beau papyrus, il leur donna cette copie, leur disant qu'ils n'avaient qu'à garder l'argent en compensation de ce qu'il retenait la pièce confiée. On voit par ce récit combien les livres étaient peu répandus. Les collecteurs eux-mêmes, avant la période alexandrine, ont été les causes involontaires de la perte des livres : les matériaux pour copier étaient défectueux, les exemplaires de chaque ouvrage très-peu nombreux ; ils les achetaient fort cher, s'appropriaient la seule copie existante, et, si quelque malheur trop fréquent, incendie, accident quelconque, frappait la bibliothèque, le livre était perdu sans retour.

Le même Ptolémée avait donné l'ordre qu'on demandât à tous les marchands et navigateurs qui venaient à Alexandrie les livres qu'ils avaient avec eux. On en prenait copie, on rendait cette copie au possesseur, et l'original était déposé dans la bibliothèque avec cette inscription : Livre des navires (τὰ ἐκ πλοίων). On y ajoutait le nom de celui qui l'avait apporté. Je vous donne ces détails parce qu'ils s'appliquent à un des livres de la Collection hippocratique, le troisième livre des *Épidémies*. Apollonius Biblas nous apprend qu'il en existait trois exemplaires : celui de la bibliothèque du roi ; l'exemplaire des navires ; l'édition de Bacchius, disciple d'Hérophile.

Les Ptolémées payant les livres au poids de l'or, les exemplaires avaient afflué de toute part dans la bibliothèque, et c'est ainsi que les Livres hippocratiques y étaient parvenus. Mais c'était un chaos, ou, comme dit Littré, marchandise mêlée. On fut obligé de ne les déposer dans la bibliothèque qu'après un examen préalable, et des bibliothécaires, appelés *séparateurs* (χωρίζοντες), les revisaient et donnaient leur opinion, favorable ou non. Les livres jugés bons étaient mis à part avec le titre de livres de la petite table (τὰ ἐκ τοῦ μικροῦ πινακιδίου). Nous ne savons pas quels étaient les Livres hippocratiques qui ont figuré sur la petite table.

Galien accuse les faussaires d'Alexandrie d'avoir altéré les œuvres hippocratiques. C'est auparavant que cela pouvait avoir été fait, car, du moment qu'un livre fut déposé dans une bibliothèque, du moment qu'il eut été le sujet de commentaires, il fut garanti contre les altérations préméditées. Tant que les livres restaient cachés, hors de la circulation, il était facile d'en changer le titre, de substituer un nom d'auteur à un autre ; c'est ce qui arriva, et en particulier pour plusieurs traités hippocratiques, lorsque la bibliothèque d'Alexandrie recueillit les livres qu'elle payait si cher. La collection ne changea plus depuis l'époque alexandrine jusqu'à Galien, mais elle a pu être modifiée depuis Galien jusqu'à nous. Il y est entré des morceaux sans importance véritable et inconnus dans l'antiquité. Ce résultat est dû à ce que les bibliothèques brûlèrent bien des fois ; les livres redevinrent rares, la culture des sciences s'affaiblit, et alors on put intercaler dans la Collection hippocra-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 novembre 1881.

tique des fragments illégitimes, parce qu'ils n'ont pas figuré dans les anciens dépôts publiés, parce qu'ils n'ont pas été expliqués par les commentateurs.

Les anciens avaient distingué les traités hippocratiques en livres achevés, συγγράμματα, et en recueils de notes, ὑπομνήματα. De plus, les commentateurs ayant mis certains titres différents aux mêmes phrases, celles-ci ont été citées avec divers titres. Il n'y a pas eu, semble-t-il aux critiques les plus autorisés, de règles fixes pour l'arrangement, ce qui était déjà remarquable au temps d'Érotien et de Galien.

Ce fait prouve que les auteurs des traités n'y mettaient pas les titres, et que plus tard seulement la division en livres et en chapitres a eu lieu, étant l'œuvre des éditeurs et non des auteurs propres. Ainsi Rufus avait divisé les Aphorismes en trois sections, Soranus en quatre ; Galien a suivi la division en sept, probablement parce qu'elle était la plus ancienne. C'est aussi Galien qui a partagé le Pronostic en trois sections.

Ces détails nous prouvent que la Collection hippocratique n'avait d'abord ni ordre établi, ni titres fixes, ni divisions incontestables. Les éditeurs l'arrangèrent successivement, la distribuèrent suivant leur jugement, avec utilité mais aussi avec arbitraire.

V

MÉTHODE HIPPOCRATIQUE.

Si je ne devais pas avoir très-fréquemment l'occasion de vous parler de la méthode hippocratique, ce serait le moment de vous dire les services rendus par le vieillard de Cos, en séparant la médecine, en la mettant à l'abri des spéculations stériles de la philosophie, ou plutôt des philosophes de son époque, en rejetant les hypothèses, pour s'appuyer sur la réalité, l'étude des faits, τὸ ἐόν. La méthode antique d'Hippocrate et la méthode expérimentale moderne ne diffèrent point, car elles ont l'une et l'autre pour base les faits observés. Hippocrate déclare que l'homme vivant, pour être connu, doit être étudié dans ses rapports avec ce qui l'entoure. L'avancement de la science ne peut avoir lieu que par une seule voie; cette voie est celle du raisonnement fondé sur l'expérience.

La méthode hippocratique est universelle, et non l'apanage de quelques-uns ; il n'est pas juste de dire dans une Faculté célèbre : *Olim Cous, nunc Monspeliensis Hippocrates.* Nos chers maîtres, Andral, Chomel, Louis, Cruveilhier, Rostan, Rayer, Trousseau, etc., ont suivi la méthode du vieillard de Cos; leurs œuvres portent l'empreinte du vrai parce qu'elles s'appuient sur la réalité. Il en est de même de l'Ancien vénéré, dont la Faculté porte le deuil récent, de Jean Bouillaud, à l'esprit élevé, au caractère austère et intègre, aussi dévoué à son enseignement qu'inaccessible à la faveur. Ses immortelles recherches sur le rhumatisme articulaire, sur les maladies de cœur, sur la localisation du langage, ont été faites suivant la méthode hippocratique.

La doctrine d'Hippocrate est bien différente de sa méthode. En voici un rapide aperçu ; elle est dogmatique. Il reconnaît deux ordres de causes pathologiques : le premier comprend l'influence des saisons, des climats, des âges, des localités ; le second, l'alimentation particulière à chacun, et les exercices auquel il se livre.

D'après Hippocrate, la santé est due au mélange régulier, à l'équilibre harmonique des humeurs (antique doctrine qu'on rapporte à Alcmæon, le philosophe) et constituant la *crase.* La maladie procède du dérangement de la crase des humeurs. A cette opinion se rattache la *coction* qui provient de la chaleur innée, et les humeurs, à mesure que la maladie marche vers sa terminaison, se modifient, s'épaississent, changent de couleur, altérations qui coexistent avec l'amélioration. La maladie a une cause matérielle consistant dans une humeur qui trouble l'économie.

La coction des humeurs en prépare l'expulsion. Les efforts pour cette expulsion aboutissent à la *crise* ou au *dépôt.* La doctrine des jours critiques est le complément de celle des crises. De leur application résulte la *prognose*, qui n'est ni la séméiotique, ni le diagnostic, ni le pronostic de nos jours. La prognose dominait tout l'art au temps hippocratique ; elle était la comparaison de l'état de santé avec l'état de maladie. Les hippocratiques jugeaient le dedans par le dehors avec une grande pénétration et une généralisation pleine de hardiesse.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

De l'aconit.

L'aconit est un médicament qui n'est pas encore très-répandu ou plutôt dont l'usage n'a pas été encore bien indiqué.

Lorsque j'arrivai, en 1867, dans cet hôpital, je me mis à étudier expérimentalement le danger des médicaments ; j'ignorais encore à cette époque ce que c'était que l'alcoolature de racines d'aconit, et je me servais de l'alcoolature des hôpitaux.

J'arrivais ainsi à donner, au bout de quelque temps, jusqu'à deux cents gouttes, voire même une cuillerée à café d'alcoolature d'aconit, en une fois, sans produire aucun effet toxique. J'en étais assez surpris, lorsque, rencontrant un jour, en 1878, mon confrère M. Gueneau de Mussy, j'appris de lui que l'alcoolature des hôpitaux était fait, non pas avec la racine de la plante, mais bien avec les tiges et les feuilles, ce qui, au point de vue des effets physiologiques, était absolument différent, comme je le reconnus bientôt.

Mais non-seulement l'alcoolature de feuilles ou de tiges est différente de celui qui est fait avec la racine, mais celui-ci même varie encore dans sa force, selon que la racine appartient à l'aconit cultivé dans nos jardins, laquelle n'a qu'un effet médiocre, ou qu'elle provient de l'aconit sauvage et surtout de celui que l'on recueille en Suisse. Ce dernier est, en effet, de tous le plus riche en aconitine.

Mais nous nous occuperons seulement ici de l'aconit de France, qui seul est employé dans notre pharmacopée, et particulièrement de l'aconit des Vosges. Peu de pharmaciens à Paris ont de l'alcoolature de *racines ;* de là la nécessité de s'adresser de préférence à certaines maisons en soulignant le mot *racines.*

Quant à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, nous n'avons pas pu obtenir d'elle jusqu'ici, malgré nos réclamations fréquentes, une autre préparation que l'alcoolature de feuilles et de tiges, c'est-à-dire un médicament à peu près nul, puisque deux cents gouttes chez un enfant de deux ans donnés d'un seul coup ne produisent aucun effet, et la routine est telle qu'il nous faut désespérer avoir de longtemps une préparation active. Je suis donc obligé de faire venir

d'une pharmacie de la ville l'alcoolature de racines dont je me sers à l'hôpital.

Je veux donc vous parler seulement ici de l'alcoolature de racines d'aconit, dans le dosage et les effets physiologiques et thérapeutiques que je vais vous indiquer.

Chez un enfant de quatre ans, je commence par dix gouttes par jour, cinq le matin et cinq le soir que je puis élever successivement jusqu'à cinquante et même soixante gouttes dans les vingt-quatre heures, et j'obtiens des effets vraiment remarquables dans les bronchites quinteuses, coqueluche, etc., sans qu'il survienne jamais aucun accident, aucun phénomène toxique.

A l'âge de huit ans, je puis donner jusqu'à cinquante gouttes, en commençant toujours par la dose minime de dix gouttes par jour.

A l'âge de deux ans à deux ans et demi, même dose primitive, en l'élevant progressivement jusqu'à 60 gouttes.

L'aconit est un médicament qui appartient surtout à la thérapeutique infantile; chez l'adulte, son action est beaucoup plus énergique, à ce point que l'on ferait absolument fausse route si l'on croyait pouvoir augmenter les doses proportionnellement à l'âge, et commencer, par exemple, par vingt gouttes par jour pour arriver peu à peu jusqu'à cent vingt gouttes. A ce chiffre, en effet, l'alcoolature de racines d'aconit aurait une action toxique certaine. A trente ou quarante gouttes, même chez l'adulte, dans une affection spasmodique des voies aériennes, il est certain que la maladie serait calmée, mais en plus vous auriez la pâleur de la face, les hallucinations de la sensibilité, une prostration, un alanguissement général. Cette intoxication ne serait pas encore bien grave, elle céderait facilement à une ou plusieurs tasses de café noir, mais il n'y en aurait pas moins eu intoxication.

C'est donc à partir de l'âge de deux ans environ, à deux ou trois mois près, que je commence à faire usage, chez l'enfant, de l'alcoolature de racines d'aconit, en la donnant à la dose de dix gouttes par jour, soit cinq le matin et cinq le soir, ou, ce qui vaut mieux encore, répartie en cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Si l'on n'est pas sûr des parents pour savoir graduer convenablement les gouttes, il est préférable de la donner sous la forme de potion ainsi qu'il suit, en y ajoutant la teinture de belladone :

Eau de tilleul.	50	grammes.
Eau de fleurs d'oranger. . . .	50	—
Teinture de belladone	5	gouttes.
Alcoolature de racines d'aconit	5	—

Vous pouvez encore, lorsque la médication doit être prolongée pendant longtemps, avoir recours au sirop composé suivant :

Alcoolature de racines d'aconit.	3	grammes.
Sirop de codéine.	60	—
Sirop de Tolu	150	—

dont vous ordonnez, chez un enfant, deux cuillerées à café dans une tasse de tisane à prendre dans les vingt-quatre heures en quatre ou cinq fois de façon à espacer convenablement la médication.

Chez l'adulte, vous prescrivez la formule suivante dans les cas de bronchite quinteuse, de laryngite, de grippe, etc.

Sirop thébaïque.	70	grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.	4	—
Sirop de Tolu.	150	—

à la dose d'une cuillerée à bouche par jour dans une tasse de tisane. Dans ces conditions, c'est un excellent médicament, et, si l'effet n'en était pas durable, vous pourriez arriver progressivement à doubler la dose sans crainte, en ordonnant deux cuillerées à bouche par jour, une le matin et une le soir.

Dans ces derniers temps, j'ai fait aussi des expériences avec l'alcoolature de racines suisses, et j'ai trouvé que le médicament était un tiers plus actif que la racine des Vosges.

Les effets de l'aconit sont fort curieux; ils s'adressent au système nerveux d'abord en le pervertissant et lui donnant des hallucinations de la sensibilité, puis il atteint la sensibilité motrice, diminue la température et atteint aussi la sensibilité cardiaque.

L'aconit est un calmant qui n'agit pas directement sur l'intelligence, et le cerveau n'en reçoit les effets que par contre-coup.

Sur la peau dénudée ou sur une muqueuse, il est irritant. Absorbé à dose thérapeutique, il provoque une sensation de fourmillement au bout de la langue, un picotement sur les lèvres ; à dose plus élevée, il donne la sensation de brûlure et provoque la salivation plus abondante ; enfin, à dose toxique, il produit les effets ordinaires des substances narcotico-âcres, ce sont des nausées, des vomissements, de la diarrhée, etc.

Il est donc en opposition avec l'opium, qui constipe, et, tandis que la belladone produit, à doses ordinaires, de la diarrhée, l'aconit ne la produit qu'à doses élevées.

Dans son action sur le système nerveux, ce qui prédomine, ce sont l'anesthésie et les hallucinations de la sensibilité ; les malades croient avoir des aigrettes au bout des doigts, ils éprouvent une sensation de froid ou des fourmillements.

Ici encore nous trouvons une opposition d'action avec l'opium, qui augmente la sensibilité de la peau, tandis que l'aconit la diminue et la pervertit.

L'aconit produit aussi une torpeur musculaire plus ou moins prononcée, l'intelligence restant toujours aussi nette et lucide. Comme lui, la ciguë amène aussi la torpeur musculaire, mais dans ce cas elle est immédiate et précède l'anesthésie. Dans l'aconit, l'anesthésie apparaît tout d'abord et la torpeur musculaire n'est que secondaire.

La circulation est ralentie, la face pâlit, la contraction des capillaires externes est considérable, le pouls n'a pas sa tension ordinaire, mais il est régulier. La température de la peau est abaissée, malgré une certaine transpiration, moindre cependant que par l'opium. La respiration est ralentie, la sécrétion urinaire augmentée.

Enfin l'aconit est un calmant des nerfs cardio-pulmonaires au premier chef, un apyrétique par excellence.

On l'emploie avec succès dans les maladies du système nerveux de l'enfant, partout où l'innervation est troublée : dans les névralgies de la face, dans la migraine des enfants, le zona, les douleurs musculaires telles que le torticolis par exemple, les douleurs articulaires de croissance, dans la chorée, etc.

Comme affection des voies respiratoires, on le prescrit dans toutes les laryngites quinteuses, spasmodiques, dans les bronchites quinteuses, dans l'emphysème, dans l'adénopathie bronchique et surtout dans la coqueluche ; on l'emploie soit seul soit associé avec la belladone à parties égales que l'on élève progressivement jusqu'à la dose toxique pour aller ensuite peu à peu en diminuant.

C'est ainsi que, lorsque la coqueluche est bien reconnue, je donne le mélange suivant :

Alcoolature de racines d'aconit. } $\overline{aa}$ 10 gouttes,
Teinture de belladone. . . . . . }

chez un enfant de cinq ans dans les vingt-quatre heures, en augmentant de deux gouttes par jour.

Dans les arthrites rhumatismales, en dehors du salicylate de soude qui est un bon médicament, je prescris aussi l'aconit qui, tout en calmant la douleur, n'enraie pas la sécrétion urinaire.

Lorsque le cœur, chez l'enfant, est seulement exaspéré, qu'il existe de l'hypertrophie de croissance, l'aconit est très-bon.

J'en recommande aussi l'usage dans les cas où la peau est trop excitée, dans le prurigo, dans les spasmes musculaires.

En résumé, l'alcoolature de racines d'aconit est un médicament puissant aux doses que j'ai indiquées en commençant, nullement dangereux chez l'enfant et qui s'adresse surtout à la sensibilité cutanée, à la sensibilité des bronches et à la sensibilité générale sans toucher en rien à l'intelligence.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 novembre 1881. — Présidence de M. LABORDE.

M. LABORDE prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues, en ouvrant cette séance et avant de reprendre le cours de nos travaux, j'ai le devoir, — et je me fais personnellement un plaisir, — de saluer au nom de la Société de biologie l'avènement de son président perpétuel, M. Paul Bert, aux hautes fonctions qui viennent de lui être confiées et auxquelles le désignaient depuis longtemps déjà les services rendus par lui dans sa brillante carrière scientifique et parlementaire. C'est un honneur qui rejaillit sur la Société et dont elle a le droit de se montrer fière. Je vous propose, Messieurs, d'adresser nos félicitations à notre président, ministre de l'instruction publique, et d'inscrire l'expression de nos félicitations en tête du procès-verbal de la séance de ce jour. »

Cette adresse est votée par acclamation, et M. le secrétaire est prié de la transmettre à M. le ministre de l'instruction publique.

Extirpation expérimentale des poumons. — M. LABORDE présente, de la part de M. Marcus, une note sur l'extirpation expérimentale des poumons. M. Marcus, se basant sur ce fait que les poumons sont un organe double, a pensé que l'ablation de l'un d'eux pouvait ne pas être incompatible avec l'existence. Il a donc procédé à l'ablation d'un poumon, en prenant toutes les précautions de la méthode antiseptique, sur deux chiens et trois lapins. Les deux chiens sont morts très-rapidement après l'opération. Des trois lapins, l'un vit encore, trois semaines après. Il s'agit là d'un fait purement expérimental, et, jusqu'ici, M. Marcus n'entend déduire aucune application pratique de ces expériences.

Cantharidisme. — M. ALBERT ROBIN communique un cas curieux de cantharidisme : il s'agit d'un enfant de sept ans et demi qui fut atteint d'une pleurésie droite à la suite de laquelle on constata des symptômes de tuberculisation. Dix-huit mois après, cet enfant n'était pas remis ; il était d'une grande faiblesse et présentait un commencement de déviation de la colonne vertébrale. On lui fit appliquer des cautères et on le plaça dans une gouttière. En juin 1877, l'état de cet enfant était très-amélioré. En juillet, il fut envoyé au bord de la mer. Le 20 juillet, il fut pris d'une douleur très-vive en urinant. Ces douleurs se reproduisirent par crises irrégulières, plus ou moins longues, souvent d'une extrême intensité. Il eut ainsi, dans l'espace de trois mois, cinq crises d'une violence extraordinaire, après lesquelles tout rentrait dans l'ordre. La colonne vertébrale se redressait ; l'état général s'améliorait. Le 12 octobre, cet enfant était bien portant ; le 14, il fut pris d'un peu de constipation, de nausées ; il se mit à pousser des cris, il eut d'atroces cauchemars et fut pris d'une crise extrêmement violente qui ne dura pas moins de dix-sept heures. Plusieurs médecins, réunis avec M. Gueneau de Musssy auprès de ce petit malade, portèrent différents diagnostics, entre autres ceux de névralgie de la vessie, de dégénérescence amyloïde des reins, de compression médullaire, etc. M. Robin fut chargé d'examiner les urines. Le jour de cette crise, il y eut quatre émissions d'urine, qui présentèrent entre elles de notables différences au point de vue de la composition. L'examen de cette urine révéla surtout quatre points dominants : la diminution des chlorures, l'augmentation des phosphates, une quantité considérable de chaux et de magnésie, enfin une albuminurie passagère. Cet examen n'éclairait donc pas le diagnostic, lorsqu'on se rappela que cet enfant avait encore un cautère qu'on pansait avec une pommade cantharidienne. La cessation de ce pansement amena la disparition des crises. Il s'agissait donc d'une variété particulière de cantharidisme, différant du cantharidisme habituel par plusieurs caractères. Tandis par exemple que, dans le cantharidisme habituel, il y a une diminution considérable des urines, ici cette diminution était insignifiante ; habituellement la quantité d'urée n'augmente pas, chez ce malade elle avait augmenté. La diminution des chlorures s'explique ici par le défaut d'alimentation, l'augmentation des phosphates par le phosphate de chaux que prenait l'enfant. Mais le symptôme le plus curieux de cette variété de cantharidisme était l'albuminurie transitoire, qui était surtout accentuée au début de la crise et cessait avec elle.

Fièvre typhoïde. — M. ROBIN, sur l'une des malades atteintes de fièvre typhoïde qu'il a eu l'occasion d'observer pendant le remplacement qu'il a fait à l'hôpital Necker, a constaté le fait suivant : une abondante éruption de sudamina, avec des bulles énormes dont quelques-unes ne mesuraient pas moins d'un centimètre de diamètre. M. Robin a pu recueillir 3 grammes du liquide contenu dans ces bulles. Ce liquide était transparent, incolore, à réaction acide, d'une odeur forte et désagréable, et contenait des cristaux d'urée et de chlorure de sodium. Ce liquide contenait en outre, en moyenne, 18gr,50 par litre de matériaux solides, dans lesquels il y avait 14 grammes de matières organiques contre 4 de matières minérales. Ce fait montre l'importance de l'élimination par la voie sudorale. Dans ce cas l'urine ne contenait pas moins de matériaux solides que dans les cas habituels de fièvre typhoïde.

Atrophie du tissu adipeux dans les hémiplégies de cause cérébrale. — M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur ce sujet. La moitié des malades atteints d'hémiplégie d'origine cérébrale, dit-il, présentent de ces atrophies. Depuis deux ans et demi, M. Brown-Séquard suit un malade atteint probablement d'une tumeur syphilitique de la base du cerveau. Ce malade présente, du côté de son hémiplégie, une atrophie considérable. Cet homme pèse 230 livres ; la circonférence entière du corps est de 96 centimètres, la moitié droite (côté de l'hémiplégie) est de 47 centimètres ; la moitié gauche de 49. Il y a donc une différence de 2 centimètres. Au niveau des épines iliaques, la circonférence étant de 100 centimètres, la moitié droite mesure 48,2, la moitié gauche 51,8. Au niveau des parties saillantes des fesses, circonférence 105 centimètres, moitié droite 51,2, moitié gauche 53,8. Aux épaules 111 centimètres, moitié droite 55, moitié gauche 57. Ici la différence est donc moins sensible. Ce fait montre donc que, dans les cas d'hémiplégie d'origine cérébrale, la graisse elle-même est capable de s'atrophier,

Élongation des nerfs. — M. BROWN-SÉQUARD présente un singe auquel il a extirpé, il y a quatre mois, une partie du cerveau correspondant au centre moteur de la jambe. Il en est résulté une

atrophie très-marquée et de la contracture de cette jambe. On a fait l'élongation du sciatique correspondant; sous l'influence de cette élongation, la paralyse a augmenté, mais la contracture a diminué.

M. LABORDE demande à M. Brown-Séquard par quel procédé il a fait l'élongation du sciatique.

M. BROWN-SÉQUARD a exercé pendant cinq minutes un tiraillement sur la totalité du nerf à l'aide d'un poids de 1,000 grammes.

M. LABORDE. L'élongation a donc porté à la fois sur le bout central et le bout périphérique du nerf. Or on voit que, quand elle porte sur le bout périphérique, on produit la paralysie motrice.

Rigidité cadavérique. — M. BROWN-SÉQUARD a fait une série d'expériences qui lui ont permis de déterminer l'origine de ces contractures généralisées qu'on observe chez des hommes ou des animaux tués d'un seul coup. Cette contracture est d'origine périphérique et ne dépend ni du cerveau, ni de la moelle, ni du tronc des nerfs. La cause de cette contracture, dernier phénomène de la vie, est le traumatisme agissant d'abord sur la périphérie. On peut s'expliquer ainsi l'existence de cette contracture généralisée chez des soldats tués dans le feu de l'action, et gardant, morts, exactement la position qu'ils avaient quand ils ont été surpris par la mort. M. Malassez a vu de ces faits.

M. MALASSEZ a vu, en effet, sur le champ de bataille de Beaumont, des hommes tués par des batteries prussiennes dissimulées. La plupart de ces hommes étaient dans un état de rigidité telle qu'on pouvait les secouer sans qu'ils cessassent d'être rigides. Plusieurs représentaient un véritable arc de cercle dont la convexité reposait sur le sol. Enfin, il y en avait dont la tête avait été emportée et qui avaient conservé la position dans laquelle ils se trouvaient quand ils avaient été surpris par la mort.

M. REGNARD. Des faits analogues s'observent chez les mineurs surpris par des explosions de grisou. Beaucoup sont retrouvés exactement dans la position où ils se trouvaient au moment où la mort les a surpris. Ces faits peuvent s'expliquer par les expériences de M. Brown-Séquard.

M. DASTRES rappelle que de nombreux faits de ce genre ont été publiés en Amérique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 19 novembre 1881, M. Béclard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé pour cinq ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Vulpian, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Nuzillat est nommé médecin en chef de l'ambulance municipale, en remplacement de M. le docteur Coqueret, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le docteur Marcel Briand est nommé médecin-inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, en remplacement de M. le docteur Paul Garnier, promu inspecteur.

— M. le docteur L. Martineau reprendra son cours de clinique gynécologique et syphiligraphique à l'hôpital de Lourcine le mercredi 23 novembre 1881, à neuf heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. — Le semestre d'hiver sera consacré aux conférences cliniques pendant la visite des malades. Leçon à l'amphithéâtre après l'examen des malades pendant le semestre d'été. — Le mardi, consultations et traitement externe, à neuf heures.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le jeudi 24 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Chaque leçon sera accompagnée de projections photo-micrographiques d'anatomie pathologique.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11973.

N° 135. — JEUDI 24 NOVEMBRE 1881. 54e ANNEE. JEUDI 24 NOVEMBRE 1881. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une conversation plutôt qu'une discussion s'est de nouveau engagée hier entre MM. Bouley et J. Guérin à propos de la question de la péripneumonie contagieuse et des expériences récentes sur le vaccin du charbon, vraie joute entre deux maîtres en l'art disert à laquelle la galerie a paru prendre plaisir. M. Bouley a commencé par se donner le beau rôle. Dégageant du débat sa personnalité, qui n'en avait reçu d'ailleurs que de très-honorables atteintes, il s'est proposé surtout de défendre ses clients, MM. Arloing, Cornevin et Thomas, dont il a pris si chaudement la cause en main contre les critiques de M. J. Guérin. Il n'aurait eu, a-t-il dit, rien à répondre pour son compte et il n'aurait pas pris de nouveau la parole sur cette question s'il n'y avait eu une injustice à réparer. D'un trait de plume, ou plutôt d'un coup de langue, M. J. Guérin a rayé une découverte. Il ne faut pas que le poids de l'autorité qu'a la parole de M. Guérin laisse peser plus longtemps des doutes ou des soupçons sur la réalité et sur la valeur de la découverte des savants expérimentateurs lyonnais. M. Guérin a dit: Le charbon symptomatique n'est qu'un diminutif, une forme, la forme ébauchée du charbon véritable. Cela est faux. Et c'est précisément ce qui ressort des recherches des expérimentateurs lyonnais et ce qui constitue leur découverte, que ce que l'on avait désigné jusqu'à présent, depuis Chabert, sous le nom de charbon symptomatique diffère essentiellement du charbon véritable, de la fièvre charbonneuse. Et, ici, M. Bouley a rappelé les caractères distinctifs qu'il a déjà énumérés dans une de ses communications précédentes, différences symptomatiques, différences de localisation, différence de microbe, enfin différence des effets de l'inoculation (voir l'exposé de M. Bouley dans le numéro du jeudi 13 novembre). En résumé, a-t-il ajouté, les inoculations vaccinales, par le procédé de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, ont donné la preuve la plus concluante de la différence des deux charbons, en montrant que les deux virus ne s'engendrent pas l'un l'autre, et que l'un ne protège pas l'économie contre les atteintes de l'autre. Or, si ces deux virus ne s'engendrent pas, s'ils ne se protègent pas réciproquement, ils ne sont pas le même virus, l'un n'est pas l'ébauche de l'autre. L'expérimentation est venue confirmer d'une manière décisive la distinction que l'observation avait déjà fait établir par Chabert. — Et, ici, M. Bouley saisit l'occasion d'un rapprochement avec M. J. Guérin, en reconnaissant avec lui que l'expérimentation ne fait pas seule les découvertes, que l'observation en fait aussi, mais que c'est l'expérimentation qui les complète, les confirme et les fixe dans la science. Et, comme preuve, il rappelle et raconte d'une manière très-pittoresque, qui a plus d'une fois déridé l'Académie, la manière dont Delafont, dont Rayer, avec le concours de Leblanc père, dont Gibert, avec un coup de lancette, ont résolu les questions jusqu'à eux douteuses et débattues de l'inoculabilité de la morve chronique et des accidents syphilitiques secondaires.

M. Bouley a terminé par quelques considérations sur la péripneumonie contagieuse, en rappelant les résultats remarquables que l'inoculation a déjà donnés dans les pays où elle est pratiquée en grand, résultats qui recommandent le nom de celui qui a été l'initiateur de la méthode, le docteur Willems.

M. J. Guérin, pris à court de temps (il était cinq heures lorsque M. Bouley est descendu de la tribune), n'a pu qu'ébaucher sa réplique. Saisissant *in cauda* l'exposition de son collègue, il rentre dans la discussion de l'utilité problématique de l'inoculation de la péripneumonie de l'espèce bovine, tout en reconnaissant tout l'intérêt qui s'attache aux expériences de M. Willems. Mais il se demande de nouveau si, en présence des désastres que produisent ces épizooties, il n'y a pas d'autre moyen de s'en préserver que l'inoculation des animaux bien portants et l'abattage des suspects. Au mot de commisération prononcé par M. Guérin, mot inspiré par ces sacrifices sans utilité démontrée, M. Bouley s'est écrié, aux éclats de rire de toute l'assemblée : « Mais qu'est-ce que ça peut faire à un bœuf d'être assommé ? » Il est certain qu'être tué pour être mangé ou par mesure prophylactique, le résultat pour lui est peu différent. Mais ce n'est pas là précisément qu'est la question. D'ailleurs le mot de commisération prononcé par M. Guérin s'appliquait à un fait plus général et plus important, et sa sollicitude s'étendait jusqu'à nous-mêmes lorsqu'il demandait à M. Bouley s'il était bien sûr que ce virus de la péripneumonie contagieuse, aussi largement disséminé et propagé dans toute une contrée par l'inoculation préventive, serait sans inconvénient pour les espèces animales que l'on se propose ainsi de garantir de la maladie, et pour nous-mêmes, qui devrons en faire notre nourriture.

Abordant ensuite le point de vue général de la question scientifique, M. J. Guérin reproche à M. Bouley de confondre toujours l'expérimentation avec l'expérience qui résulte de toutes les informations de quelque méthode qu'elles procèdent. Il résume cette dernière partie de sa réplique par ces trois conclusions : 1° Il n'est pas possible de conclure à une diversité de maladie entre le charbon symptomatique et la fièvre charbonneuse, d'après les seuls résultats de l'expérimentation, sans tenir compte de l'analogie avec d'autres maladies contagieuses présentant aussi des diversités de degré et de forme, comme le choléra par exemple ; 2° L'expérimentation et l'expérience sont des choses distinctes. L'expérimentation, comme l'observation, comme toutes les méthodes, n'est qu'un instrument au service du raisonnement, et elle n'a, par elle-même, d'autre valeur que celle que lui donne l'esprit qui l'emploie ; 3° La péripneumonie contagieuse peut être prévenue par l'inoculation, mais c'est une méthode dangereuse par la dissémination des germes morbides qu'elle entraîne.

De ce nouveau débat, courtois d'ailleurs, il résulte que, sauf quelques rapprochements entre les deux athlètes sur les questions de principe, chacun d'eux conserve son opinion : l'un, son approbation admirative, et l'autre, ses défiances raisonnées pour les résultats des expériences récentes de Lyon et de la Haye, comme pour celles du laboratoire de la Sorbonne. Pour nous, s'il y avait une place possible entre les deux, c'est celle-là que nous prendrions.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

Développement de la glande mammaire chez les adolescentes. — Méningocèle du crâne prise pour une tumeur érectile. — Rétrécissement de l'urèthre chez une femme de vingt-huit ans.

Les consultations des grands hôpitaux fournissent un certain nombre de faits intéressants qui seraient perdus si on ne les recueillait pas au passage. M. Desprès a déjà réuni quelques faits rares qu'il a observés à sa consultation (1). Voici une nouvelle série de cas remarquables qu'il a recueillis cette année à l'hôpital de la Charité :

I. Les médecins sont souvent consultés par des parents inquiets qui observent sur leur fille, arrivée à l'âge de la puberté, une tumeur occupant la région mammaire d'un seul côté. Lorsqu'en effet les mamelles se développent en même temps, les parents comprennent que cet accroissement symétrique est le résultat du développement des organes au moment de la puberté. Mais combien y a-t-il de mères prévenues que les deux glandes mammaires peuvent se développer isolément, l'une après l'autre ? Très-peu, si l'on considère que des médecins eux-mêmes ont pu se laisser prendre aux apparences. Il faut donc prévenir ici les médecins contre une erreur qu'il est si facile d'éviter.

Une jeune fille de treize ans passés s'est présentée à la consultation de la Charité, au mois d'août ; sa mère appela l'attention de M. Desprès sur la mamelle droite de la petite fille, disant que celle-ci aurait une tumeur du sein, et qu'un médecin avait prescrit une pommade fondante et de l'iodure de potassium à l'intérieur. C'est la deuxième fois que M. Desprès observe un fait de ce genre, et il nous faisait remarquer qu'il est cependant impossible de se tromper. En effet, il existe au-dessous du mamelon une saillie régulière en forme de disque mobile sur la poitrine, sans la moindre adhérence à la peau, et il n'y a aucune espèce de douleur. Le mamelon est juste au centre de la partie tuméfiée, et, quoique la glande en voie de développement soit résistante, elle n'est jamais irrégulière et n'offre point de bosselures. Une tumeur de nouvelle formation telle qu'un sarcome est toujours plus dure et n'est jamais exactement au centre de la région mammaire.

M. Desprès rassura la mère, lui déclara qu'il n'y avait rien à faire, et il annonca la prochaine apparition des règles et le développement de l'autre mamelle dans peu de temps.

II. Un enfant de quatorze mois a été présenté à la consultation ; il portait sur le sommet de la tête, en arrière, sur la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'une prune de reine-claude, dépourvue de cheveux, couverte d'une peau lisse et offrant au milieu une coloration noirâtre un peu violette. La tumeur était molle, faussement fluctuante, à peine réductible et dépourvue de battements. Quand l'enfant criait, elle devenait à peine plus dure, c'est-à-dire plus tendue, mais elle ne changeait pas de couleur.[1]

Le siège précis de la tumeur était juste au-dessus de la fontanelle postérieure. Disons tout de suite que la fontanelle antérieure n'était pas comblée.

La mère nous a raconté qu'à la naissance la tumeur était dans le même état qu'aujourd'hui, qu'elle avait fait voir son enfant à des chirurgiens, et que l'on avait vacciné son enfant sur cette tumeur. La vaccination avait donné lieu à un petit écoulement de sang, dit la mère, et le vaccin avait causé une inflammation superficielle de peu de durée

Le diagnostic porté par M. Desprès a été : méningocèle avec ouverture de communication intracranienne étroite. Il faisait remarquer à ses élèves que le siège de la tumeur devait commander ce diagnostic ; les tumeurs érectiles de la ligne médiane débordent toujours un peu à droite ou à gauche ; l'absence de réductibilité complète devait faire rejeter le diagnostic de tumeur érectile. On dira sans doute que l'on a observé des méningocèles qui n'étaient point situées au niveau des fontanelles, mais il ne faut pas oublier qu'il y a plus de méningocèles au niveau des orifices du crâne qu'il n'y a de tumeurs érectiles sur la ligne médiane.

Ce fait ne devait pas être perdu. Il apprend d'abord que la vaccination d'une méningocèle n'entraîne pas de graves dangers. Cet enfant n'a pas été rendu malade par cette petite opération. La tumeur n'a point grossi ; le seul phénomène qui se soit produit a été le resserrement physiologique de la fontanelle, qui tend à oblitérer l'orifice de communication de la tumeur avec la cavité cranienne. Et c'est, comme on le sait, un mode de guérison naturelle des méningocèles.

M. Desprès ne proposa aucune opération nouvelle. Il fit faire par la mère un bonnet ajusté, auquel il fit attacher à l'intérieur un morceau de ballon de caoutchouc formant une capsule, de façon que cette plaque protectrice recouvrît entièrement la tumeur et une partie du crâne. Grâce à ce petit appareil, il compte protéger la tumeur contre tout froissement, le bonnet devant être gardé jour et nuit. Le caoutchouc souple paraît à M. Desprès préférable au moule de gutta-percha, recommandé jadis par Danyau. Cet enfant reste en surveillance et doit être présenté tous les mois à M. Desprès. Quant à l'ablation de la tumeur, elle ne doit être faite que lorsqu'il sera surabondamment démontré qu'elle ne communique plus avec la cavité cranienne.

III. La fille G..., Pauline, s'est présentée à la consultation des maladies des femmes, à la Charité. Cette malade, âgée de trente ans, exerçant la profession de lingère, célibataire, a eu, à l'âge de vingt-trois ans, des pertes blanches abondantes avec des cuissons en urinant, et s'est traitée par des injections et des tisanes. Une année après, elle s'est aperçue qu'elle avait de la difficulté pour uriner, qui n'a fait que croître jusqu'à ce jour.

A l'examen, M. Desprès constate sur tout le pourtour de l'urèthre des excroissances molles infiltrées, qu'il a déjà rencontrées deux ou trois fois, à l'hôpital de Lourcine, chez les malades atteintes de chancre uréthral phagédénique, et qu'il appelle des condylomes

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1880, page 1019.

chancreux. Ces excroissances ne ressemblent ni aux polypes rouges de l'urèthre des femmes d'un certain âge, ni aux végétations dures et granulées qu'on rencontre quelquefois à la vulve. Au milieu de ces excroissances on découvre un pertuis dont les bords sont blanchâtres et manifestement constitués par du tissu cicatriciel. M. Desprès constate ensuite sur le bulbe de l'urèthre, sur la muqueuse vaginale, une cicatrice de la largeur de l'ongle du pouce, cicatrice d'un ancien chancre.

Il s'agissait donc évidemment d'un rétrécissement de l'urèthre chez la femme, chose rare, et il était positif que ce rétrécissement avait eu pour origine un chancre de l'urèthre devenu phagédénique. C'est le même processus que l'on observe pour les rétrécissements du rectum.

L'exploration de ce rétrécissement apprit que l'urèthre était resserré dans une étendue de 1 cent. 1/2 au moins, et il admettait à peine une sonde cannelée d'un moyen volume. Les troubles fonctionnels étaient les suivants : la malade était lente à commencer d'uriner, et l'urine coulait avec un petit jet filiforme ; la miction causait un peu de cuisson, et dans le vase l'urine déposait. Il y avait donc les signes ordinaires des rétrécissements, y compris la cystite consécutive due à la rétention d'une partie de l'urine dans la vessie.

M. Desprès débrida l'urèthre sur la sonde cannelée en bas, puis il réséqua la moitié gauche des fongosités qui obstruaient le méat ; il débrida de nouveau dans toute sa longueur l'urèthre, de façon à pouvoir passer une sonde de femme ordinaire ; il y eut un écoulement sanguin insignifiant.

La malade partit, emportant chez elle une sonde n° 15 de la filière Charrière, rendue courbe en forme d'S avec un mandrin. Toutes les nuits la malade devait garder sa sonde. Huit jours après, la malade a été revue ; elle avait pu passer convenablement sa sonde ; l'urèthre dilaté laissait passer assez librement la sonde de femme. Le résultat du traitement a été que la miction, rendue plus facile, a laissé du repos à la malade. Néanmoins cette malade est désormais assujettie à passer une sonde tous les jours, afin d'empêcher l'urèthre de se resserrer. L'uréthrotomie interne qu'a pratiquée M. Desprès n'a été qu'un adjuvant de la dilatation, car l'orifice de l'urèthre n'était pas dilatable. Si la malade avait été vue plus tôt, pendant la période de cicatrisation du chancre phagédénique par exemple, la dilatation bien faite eût permis de maintenir le canal suffisamment large, et mis la malade dans un état voisin de la guérison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire des Livres hippocratiques (1).

VI

ÉDITIONS DES LIVRES HIPPOCRATIQUES.

Les éditions des Livres hippocratiques sont considérables. Un grand nombre de Traités ont été publiés isolément, par exemple l'Ὅρκος, ou le *Serment*, paru en grec à Bâle en 1518, in-4°, avec les Fables d'Ésope. C'est le plus ancien texte imprimé de ce livre antique, sorte de papier de famille des Asclépiades. Je vous signale un travail intéressant et récent de M. le docteur Charpignon, d'Orléans, sur l'obligation de ne point pratiquer la taille, imposée par le *Serment*. Pour M. Charpignon, il s'agit, comme pour René Moreau, A. Gauthier et le professeur Malgaigne, non de la taille, mais de la castration, défendue aux disciples hippocratiques. Divers livres ont été donnés avec d'autres, en latin ou en grec. Vous en trouverez une liste, ainsi qu'un abrégé des Commentaires sur ces livres, dans le Dictionnaire historique de la médecine, de Dezeimeris, t. III, 2e partie, pages 180-197.

Les œuvres complètes, les *Opera omnia*, la Collection hippocratique en un mot, a été imprimée pour la première fois à Rome, non en grec, mais sur la traduction latine imparfaite de M. F. Calvus. Elle a été faite, dit-on, pour François Ier, sur les manuscrits du Vatican, et elle a paru en 1525, in-folio. Je mets sous vos yeux un exemplaire de cette édition latine.

Hippocratis Coi medicorum omnium longe principis octoginta volumina, quibus maxima ex parte annorum circiter duo millia latina caruit lingua, græci vero, arabes et prisci nostri medici, plurimis tamen utilibus prætermissis, scripta sua illustrarunt, nunc tandem per M. Fabium Calvum, Rhavennatem, virum undecumque doctissimum, latinitate donata, etc.

Romæ, ex ædibus Francisci Minitii Calvi Novocomensis, 1525, un volume in-folio.

La traduction de Fabius Calvus a été réimprimée à plusieurs reprises, entre autres l'année suivante, à Bâle, en 1526.

La première édition grecque est celle des Alde, donnée à Venise, cette même année 1526, avec un avis de François Asulan (Alde) relevant quelques erreurs échappées à F. Calvus. Voici l'édition des Alde :

Ἅπαντα τὰ τοῦ Ἱπποκράτους. *Omnia opera Hippocratis. Venetiis, in ædibus Aldi et Andreæ Asulani soceri. Mense Maii*, 1526, in-folio.

Douze ans après les Alde, en 1538, à Bâle, il parut une nouvelle édition grecque in-folio, sortie des presses de Froben, et publiée par les soins de Janus Cornarius, dont le véritable nom était Hagenbut (Haginbot ou Hambutt, d'après Pétrequin).

Je vous montre cette édition, aujourd'hui hors d'usage, avec le texte grec, sans notes, sans explications, sans alinéas, nu, à lignes serrées.

Ἱπποκράτους Κῴου παλαιοτάτου πάντων ἄλλων κορυφαίου βιβλία ἅπαντα. *Hippocratis Coi medici vetustissimi, et omnium aliorum principis, libri omnes ad vetustos codices summo studio collati et restaurati. Froben, Basileæ*, 1538, in-folio.

L'édition de Froben est faite sur de meilleurs mauuscrits que celle des Alde, et Cornarius donna ensuite, en 1545, à Venise, une traduction latine concise qui eut un grand succès et qui fut plus tard reproduite par Haller dans ses *Artis medicæ principes* ; mais elle est bien inférieure à celle de Foes, dont je vous parlerai bientôt.

En 1588, Mercuriali publia une savante édition gréco-latine d'Hippocrate, traitant à la fois de l'interprétation du texte et de l'authenticité des livres hippocratiques, enrichie de notes, et suivie des glossaires d'Érotien, de Galien et d'Hérodote. Cet in-folio renferme le beau travail de Mercuriali.

Hippocratis Coi opera quæ exstant, græce et latine, veterum codicum collatione restituta, novo ordine in quatuor classes digesta, etc., a Hieron. Mercuriali Foroliviensi. Venetiis, industria ac sumptibus Juntarum, 1588, in-folio.

Le plus célèbre des éditeurs anciens d'Hippocrate est Anuce Foes, né à Metz en 1528, et où il est mort en 1595. Le livre de Foes est supérieur à tous ceux qui l'ont précédé

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 novembre 1881.

ainsi qu'à tous ceux qui l'ont suivi, excepté Littré. C'est un monument de l'érudition médicale au XVIe siècle, élevé à la mémoire du médecin de Cos. Le grand mérite de l'édition de Foes réside dans les notes ajoutées à chaque Traité. L'Hippocrate de Foes a été publié à Francfort-sur-le-Mein, l'année même de la mort du traducteur; le patient médecin de notre regretté Metz y travailla depuis qu'il eut terminé ses études littéraires et pris le grade de bachelier en médecine. Son temps fut partagé entre l'exercice de son art et l'immense labeur qu'il avait entrepris et mené à bonne fin. Un autre titre de Foes à la gratitude de la postérité est son *Économie d'Hippocrate,* recueil composé pour se guider dans son œuvre magistrale.

Ce bel exemplaire, à reliure ancienne et remarquable, vous offre l'édition-type de Foes :

Τοῦ μεγάλου Ἱπποκράτους πάντων τῶν ἰατρῶν κορυφαίου τὰ εὑρισκόμενα. *Magni Hippocratis medicorum omnium facile principis opera omnia quæ exstant, in VIII sectiones ex Erotiani mente distributa, etc., Anutio Foesio Mediomatrico medico authore. Francofurti, apud Andreæ Wecheli heredes,* 1595, in-folio.

De Foes à Littré, je vous signale l'édition gréco-latine de Van der Linden, en 2 volumes in-8°, parue à Leyde en 1665; une autre édition gréco-latine de René Chartier (*Renatus Charterius Vindocinensis*), publiée à Paris de 1639 à 1679, formant treize tomes in-folio, et où les œuvres d'Hippocrate sont mélangées avec celles de Galien. Le maniement de ces gros volumes est fort laborieux.

Mack (*Stephanus Mackius*) a laissé inachevée, au milieu du XVIIIe siècle, une splendide édition d'Hippocrate, formant deux volumes in-folio publiés à Vienne (1743-1749). Pierrer, en 1806, a reproduit à Altembourg, en trois volumes in-8°, la traduction de Foes; et Kühn, en 1825, a donné, en trois volumes in-8°, le texte grec et la traduction latine de Foes sans les notes philologiques. Cette dernière édition n'a d'autre mérite que d'être facile à manier; c'est Foes, sous un format plus commode.

L'édition de Littré, que vous avez sous les yeux, laisse loin derrière elle toutes les précédentes; il me sera facile de vous en montrer le rare mérite; auparavant je dois vous dire qu'après elle est venue une édition gréco-latine très-remarquable, celle de Zacharie-François Ermerins, en trois volumes in-4°, publiée de 1859 à 1864.

Ἱπποκράτους καὶ ἄλλων ἰατρῶν παλαίων λείψανα. *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiæ, mandato Academiæ regiæ disciplinarum quæ Amstelodami est, edidit Zacharias Franciscus Ermerins. Trajecti ad Rhenum,* 1859-1864, 3 vol. in-4°.

Ermerins a enrichi son œuvre de notes utiles, de prolégomènes intéressants, et il a redressé le texte grec avec grand soin et autorité; toutefois on lui reproche de n'avoir pas assez le respect de ce même texte, qu'il abrège souvent, et de publier pêle-mêle les livres authentiques avec ceux qui ne le sont pas. Les notes sont littéraires et non médicales; l'helléniste chez Ermerins n'est pas doublé du médecin.

Je vous montre encore, comme travail d'ensemble fort recommandable, *la Chirurgie d'Hippocrate,* de J.-E. Pétrequin, professeur à l'École de médecine de Lyon, donnée à Paris en deux volumes, par l'Imprimerie nationale (1877-1878), avec le texte grec, la traduction en regard et de très-nombreuses notes et commentaires. Pétrequin avait été précédé par Guerbois, chirurgien de la Charité de Paris, qui avait publié en 1836 un volume in-8°, avec texte grec, sur *la Chirurgie d'Hippocrate.*

Enfin, avant de vous parler de Littré, je veux vous donner un aperçu des œuvres complètes d'Hippocrate en diverses langues :

Piquer, de 1757 à 1770, a fait à Madrid une édition contenant le texte, les versions espagnole et latine, suivis de commentaires et variantes.

Parmi les traductions en langue allemande, celle de Grimm est fort estimée. Elle a paru à Altembourg de 1781 à 1792, en quatre volumes in-12; malheureusement elle n'est pas terminée, quoique arrivée près de la fin.

Francis Adams a donné assez récemment, à Londres (1849), deux volumes in-8°, faisant partie des publications de la Société de Sydenham, renfermant une version anglaise fidèle, avec texte grec et notes, des divers livres hippocratiques.

Les traducteurs français sont nombreux. Le premier en date est probablement Claude Tardy, auteur d'une édition en deux volumes in-4°, 1667. Puis vient Dacier, helléniste et non médecin, qui a publié à Paris, en deux volumes in-12 (1697), les œuvres d'Hippocrate. La traduction de Dacier est restée incomplète.

Gardeil a fait paraître à Toulouse, en 1801, une traduction des œuvres médicales d'Hippocrate sur le texte grec de Foes, en quatre volumes in-8°. De Mercy, de 1811 à 1832, a donné une série de publications sur les livres hippocratiques avec le texte grec-latin-français. De 1817 à 1830, Pariset a traduit élégamment les Aphorismes, le Pronostic et les Prorrhétiques.

En 1833, dans l'*Encyclopédie des Sciences médicales* publiée sous la direction de Bayle, les Œuvres d'Hippocrate ont paru en deux volumes in-8° à deux colonnes. C'est une reproduction de la traduction de Foes, et en majeure partie de Gardeil.

Un traducteur d'Hippocrate en notre langue, que je tiens à citer expressément, est le professeur Daremberg. Une première édition des *Œuvres choisies d'Hippocrate,* faite sur les textes manuscrits et imprimés, a paru en un volume in-12, en 1843. La seconde édition, retouchée avec soin et que je vous montre, est un volume in-8° publié en 1855. L'introduction générale, les notes, les *Addenda*, assignent à Daremberg un des premiers rangs parmi les interprètes du médecin de Cos.

VII

LITTRÉ.

J'arrive enfin à Littré. Voici les dix volumes de son travail sur Hippocrate, œuvre capitale commencée en 1839, et qui n'a été terminée qu'en 1861.

Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits de toutes les éditions; accompagné d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table générale des matières, par Émile Littré, Paris, 1839-1861; dix volumes in-8°, avec cette épigraphe tirée de Galien : Τοῖς τῶν παλαιῶν ἀνδρῶν ὁμιλῆσαι γράμμασιν.

L'édition de Littré offre, suivant l'avis unanime des critiques, des qualités de premier ordre. Littré a dépassé Foes

par la sagacité avec laquelle il a restauré le texte en le discutant et en faisant pour cela le plus heureux usage des manuscrits qu'il a collationnés. Partout il s'est montré profond et judicieux. Son travail ne s'est pas borné aux mots, il a restitué des portions importantes de divers traités; de plus, chaque livre est précédé d'un argument où Littré aborde les difficultés du sujet et où il arrive souvent à les résoudre en mettant en contact la science antique avec la science moderne. Littré a pu dire : « Je ne laisse pas Hippocrate tel que je l'ai trouvé. »

Le premier des dix volumes porte la dédicace suivante :

A la mémoire
de mon père,
Michel-François Littré,
mort le 20 décembre 1827.
Malgré les occupations les plus diverses
d'une vie traversée,
il ne cessa de se livrer à l'étude des lettres et des sciences,
et il forma ses enfants sur son modèle.
Préparé par ses leçons et par son exemple,
j'ai été soutenu dans mon long travail par son souvenir
toujours présent.
J'ai voulu inscrire son nom sur la première page de ce livre
auquel du fond de la tombe il a eu tant de part,
afin que le travail du père
ne fût pas oublié dans le travail du fils,
et qu'une pieuse et juste reconnaissance rattachât
l'œuvre du vivant
à l'héritage du mort.
Ce livre aura atteint ma plus haute espérance
s'il n'est pas indigne de l'humble mais vénérable mémoire
à laquelle je le consacre.

Voici les lignes finales du dixième volume avant l'Appendice : « Et maintenant, je prends congé d'Hippocrate, du public, de mon éditeur ; Hippocrate à qui je dois d'appartenir à l'Académie des inscriptions ; le public qui ne m'a pas refusé quelque appui ; l'éditeur que n'a rebuté ni la longueur du temps ni l'étendue de l'œuvre. » Cet éditeur, est Jean-Baptiste Baillière.

Par ces deux extraits, vous pourriez presque connaître Littré. Le savant éminent était un homme juste, simple et bon.

Si je n'ai pu vous donner sûrement la biographie d'Hippocrate, qu'il me serait facile de vous parler longuement de Littré! Quand nous l'avons perdu, le 1er juin de cette année, la presse a, de toutes parts, rappelé sa vie si bien remplie, son enfance studieuse chez des parents de forte race, son instruction et son éducation solides, ses essais très-remarqués. On a vanté son labeur assidu, son érudition patiente et presque universelle. On a célébré cet homme à la fois rigide et inflexible, mais souverainement bon et sensible jusqu'à l'inspiration poétique.

On a dit qu'il n'était pas agressif, et que, dans une sérénité calme, il ne répondait pas aux provocations. La gravure a reproduit ses traits si caractérisés.

Les travaux de Littré ont fait dire à l'auteur du *Dictionnaire des contemporains* : C'est l'homme qui a produit le plus grand nombre d'ouvrages remarquables. A la fois penseur, écrivain, philologue, savant hors ligne, personne ne l'a égalé.

Depuis un demi-siècle, car Littré était né à Paris en 1801, les plus grands écrivains de notre temps, les chercheurs les plus laborieux ont eu recours à la science de Littré. Bien que surchargé de travail et tout entier à ses livres, il répondait à tous et il était secourable aux petits. Je l'ai vu, je lui ai parlé.

Je me rappelle, comme si c'était hier, l'époque où, voulant rester à Paris, j'ai été chez Littré. Sur la recommandation de Rayer et d'Andral, j'allai le voir dans l'appartement de la rue de l'Ouest, dans lequel il est resté si longtemps. A l'heure qu'il m'avait fixée, je le trouvai au milieu de ses papiers et de ses livres qui couvraient partout les murs, les meubles et le parquet. Je ne fus point interdit comme je le redoutais, car je me trouvai en présence d'un homme calme et doux, au visage allongé, fortement amaigri, au front large avec les cheveux tombants, aux yeux pénétrants sous de grandes besicles, avec la lèvre inférieure proéminente et retournée. Je croyais voir dans ce savant, en quelque sorte étranger aux choses de la vie courante, un ascète, un sage, tel que l'ont dépeint les vieux auteurs. Je lui exposai simplement mes craintes et mes espérances. Il m'écouta, puis me tendit la main et me dit : « Je vous aiderai. » Et comme il a tenu parole! Au concours de l'agrégation, il m'a soutenu. Pendant la compétition de cette chaire où, je le dis bien haut, aucun n'aurait été aussi bien à sa place que lui, je l'ai eu pour défenseur opiniâtre. Il est de ces moments qu'on ne trouve qu'une fois ; laissez-moi donc vous dire que c'est à Littré que je dois, comme à plusieurs autres dont je garderai toujours le reconnaissant souvenir, d'avoir conquis cet enseignement auquel je veux consacrer la meilleure part de ma vie.

J'ai revu le cabinet de travail de Littré, alors que ses collègues, ses élèves, ses amis venaient lui rendre les derniers devoirs. Les livres étaient placés sur leurs tablettes, les papiers ne traînaient plus; les académies, les sociétés savantes, les délégués des grands corps de l'État remplissaient l'espace restreint où Littré ne devait plus revenir.

L'œuvre de Littré compte deux productions colossales : l'*Hippocrate* et le *Dictionnaire de la langue française*. Pour les œuvres d'Hippocrate, Grimm avait dit que « corriger tous les livres hippocratiques dépasse les forces d'un seul homme». Et avec ces œuvres si achevées, Littré a donné encore à la science médicale le *Dictionnaire* revu de Capuron et de Nysten, ouvrage nouveau dès la dixième édition, faite avec le professeur Charles Robin ; les fines pages de critique : *Médecine et médecins ;* la traduction du *Manuel de physiologie* de Müller. Il a collaboré activement au *Dictionnaire de médecine*, en 30 volumes, et au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et aussi au journal l'*Expérience* avec Dezeimeris, et encore au *Journal des savants*, etc., etc. Les œuvres de Littré excitent l'admiration, la patrie a le droit d'être fière de lui, car il laisse dans le champ de l'érudition un sillon lumineux.

Avant de nous séparer, jetons un dernier regard sur ces Livres hippocratiques, sur ce monument le plus vénérable de l'art ancien. Lorsqu'on remonte aux origines de notre science, la Collection des œuvres d'Hippocrate est la dernière où l'on arrive et par conséquent la première qui se montre. Oui, la médecine avait été cultivée auparavant et elle avait donné lieu à des productions, mais tout ce qui a précédé le Vieillard de Cos a disparu ; à peine nous reste-t-il quelques fragments épars, sans coordination, quelques feuillets et pas un livre. De plus, après la Collection hippocratique, il existe pour nous

une grande lacune littéraire jusqu'à l'établissement de l'École d'Alexandrie ; les travaux mêmes des médecins de cette école sont perdus, à part des citations et des passages. De la sorte, les Livres hippocratiques demeurent debout et isolés au milieu des débris de l'antique littérature médicale grecque. Cet isolement les agrandit encore, ils sont comparables aux édifices qui restent seuls au milieu des cités anéanties, et qui paraissent d'autant plus grands et plus majestueux que les rues et les places qui les entouraient ont disparu.

Cette comparaison est de Littré. Je m'arrête avec elle dans ce que j'avais à vous dire aujourd'hui des Livres hippocratiques. Familiarisez-vous avec ces vieux livres, parcourez-les, lisez-les, pénétrez-vous de leur esprit, et servez-vous souvent de cette édition excellente qui réunit les noms glorieux d'Hippocrate et de Littré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend : 1° des lettres de candidature de M. le docteur Auguste Ollivier, pour la section de pathologie médicale, et de M. le docteur Ach. Foville, pour la section des académiciens libres ; 2° une note de M. le docteur Simorre sur un traitement de la pneumonie par la saignée fréquemment répétée ; 3° une note de M. le docteur Pigeon de (Fourchambault), intitulée : Contribution à l'étude du croup ; 4° un rapport sur le service médical de la quatrième division à l'hôpital militaire de Bourbonne, pendant l'année 1881, par M. Mablour, médecin-major.

PRÉSENTATIONS

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de MM. les docteurs Tourneur et Martin, un travail ayant pour titre : Contribution à l'histoire du spina bifida.

M. PETER présente, au nom de M. Vergely (de Bordeaux), un travail intitulé : De l'angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les accès d'angine de poitrine peuvent se montrer dans le courant du diabète.

2° Les accès d'angine de poitrine peuvent être simples ou associés à des névralgies intermittentes.

3° Ils peuvent se montrer indépendamment de toute affection cardiaque.

4° Il importe, en présence d'un accès d'angine de poitrine, d'examiner avec soin les urines pour s'assurer si cette névrose ou cette névralgie n'est pas liée au diabète.

Dynamométrie musculaire. — M. BURQ adresse un travail sur la dynamométrie musculaire, son introduction en gymnastique comme en médecine, l'application qui en fut faite, dans l'année 1875, à l'école de gymnastique de Joinville, et sur les résultats qu'elle y donna concurremment avec la spirométrie, le pesage et le mesurage des élèves, durant une expérimentation de six mois.

La dynamométrie hygiénique et médicale, c'est-à-dire la mensuration rigoureuse des forces musculaires dans l'état de santé et de maladie, à l'aide d'un instrument *ad hoc*, a été créée par lui en 1850 et introduite peu de temps après dans la gymnastique pédagogique. Ce sont ces droits d'antériorité qu'il tient à bien établir, une fois pour toutes, dans cette note.

C'est nous, le premier, dit-il, qui, à une époque déjà lointaine, où personne encore ne semblait se douter du rôle véritable que joue la parésie ou son diminutif, l'amyosthénie, dans l'étiologie des maladies nerveuses, avons introduit la dynamométrie, en médecine d'abord, puis en gymnastique. Dès 1851, nous en démontrions la nécessité dans notre thèse inaugurale, qui ne fut que le prélude d'une foule de notes, mémoires et observations sur le même sujet.

C'est par nous-même que fut édité, en l'année 1849, le premier modèle de dynamomètre médical, à main ou de poche, qui est aujourd'hui partout si généralement en usage ; modèle bientôt suivi de nombre d'autres à même destination, de toute forme, avec ressort ovoïde, elliptique, spiroïde, etc.

Depuis plus de trente années, nous n'avons cessé de faire des efforts aussi grands qu'onéreux pour arriver à créer en dynamométrie musculaire un langage non moins univoque qu'en thermométrie et prévenir une logomachie semblable à celle qui régnait au temps jadis où chacun avait ses poids et ses mesures propres.

Conséquemment, c'est par une fausse attribution que, d'une part, certains fabricants, sous le prétexte de prétendus perfectionnements, se sont arrogé le droit d'appeler de leur nom le dynamomètre dont la pratique médicale nous est entièrement redevable, et, d'autre part, que nombre d'auteurs ou d'expérimentateurs ont sanctionné plus ou moins cette usurpation, soit en omettant de dire le « dynamomètre Burq », soit en se servant pour leurs constatations dynamométriques d'un instrument autre que celui dont nous avons démontré les avantages.

C'est nous enfin qui avons ouvert la voie dans laquelle se sont engagés depuis MM. les professeurs Marey, Hillairet, Dally et Lacassagne, en allant, dès l'année 1875, faire sous les auspices de l'autorité compétente, des expériences à l'école de gymnastique militaire de Joinville-le-Pont, à l'effet de bien préciser les changements apportés par les exercices divers qu'on y pratique dans la somme et l'équilibration des forces musculaires dans la capacité des organes respiratoires, dans le poids et le volume des élèves, expériences qui ne durèrent pas moins de six mois et eurent en outre pour résultat de faire savoir qu'il arrive un moment où il est nécessaire, soit de suspendre les exercices, soit de prévenir des déchets nuisibles par un supplément dans l'alimentation.

Spiromètre à siphon. — M. MAURICE DUPONT met sous les yeux de l'Académie un spiromètre à siphon auquel il attribue l'avantage de n'exiger aucun effort de la part du sujet dont on veut apprécier la capacité pulmonaire. L'appareil se compose de deux vases à deux tubulures, et d'une capacité égale à 5,000 centimètres cubes. L'une des tubulures reste ouverte, deux autres sont formées par des bouchons à travers lesquels on introduit deux tubes de verre de deux centimètres de diamètre ; les deux tubes recourbés dans leur partie supérieure sont réunis par un tube, et constituent un siphon qui met les deux vases en communication. La seconde tubulure du vase spiromètre contient un tube de verre de 6 millimètres de diamètre terminé par une embouchure que précède un robinet. Le spiromètre est gradué de haut en bas de 0 à 5,000 centimètres cubes. Pour faire fonctionner l'appareil, on remplit le spiromètre d'eau en amorçant le siphon, puis on ferme le robinet, et le second vase est plein à un niveau inférieur. Le sujet, ayant fait une grande inspiration, adapte l'embouchure sur ses lèvres, ouvre le robinet, et fait une expiration aussi complète que possible pendant laquelle l'eau passe du spiromètre dans l'autre vase ; l'expiration terminée, l'écoulement s'arrête et le chiffre correspondant au niveau de l'eau exprime le volume de l'air expiré. Grâce au fonctionnement du siphon, l'expiration se fait sous l'influence de la pression atmosphérique s'exerçant sur les parois du thorax : l'air du poumon est en réalité aspiré par le spiromètre.

M. Dupont s'est proposé de rechercher avec cet appareil la capacité du poumon aux différentes périodes de la tuberculose pulmonaire, en particulier au début lorsque les signes de tuberculose sont encore douteux. Dans le cours de la pleurésie, M. Dupont constate avec cet appareil le volume de l'épanchement, ses varia-

tions sous l'influence des vésicatoires, des diurétiques, etc. ; on établit ainsi une courbe graphique dont les oscillations traduisent l'état du poumon.

M. Dupont entreprend d'appliquer, d'une façon pratique et clinique, la spirométrie pour préciser et compléter les renseignements fournis par la percussion et l'auscultation : ces recherches se font dans le service de M. le docteur Du Mesnil, à l'Asile national de Vincennes.

Anomalie de trois membres par défaut ; amputations congéniales des auteurs. — M. LANNELONGUE présente à l'Académie un enfant vivant, affecté de mutilations congénitales multiples. (Sera publié.)

RAPPORT

Modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne dans certains cas de fractures compliquées du cou-de-pied. — M. POLAILLON lit un rapport sur une observation de M. Demons, chirurgien de l'hôpital St-André, à Bordeaux, accompagnée de réflexions où il annonce qu'il a pratiqué une opération semblable à celle que M. Polaillon a communiquée à l'Académie, dans la séance du 20 septembre dernier. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une fracture des deux os de la jambe gauche, près de l'articulation tibio-tarsienne. Il existait une plaie transversale au niveau de la malléole interne ; l'articulation était ouverte, la malléole interne arrachée ; le fragment supérieur du tibia faisait saillie à travers la plaie ; le péroné était fracturé à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe ; le pied était renversé en dehors. M. Demons pratiqua la résection tibio-tarsienne : l'articulation étant largement ouverte par une incision pratiquée le long de l'extrémité inférieure du tibia, il détacha et enleva complètement le sommet fracturé de la malléole interne ; puis il fit la résection du fragment supérieur du tibia. Il fit ensuite une incision verticale le long du péroné et réséqua les deux fragments, laissant en place la malléole externe.

L'astragale était intact. La couche cartilagineuse supérieure fut enlevée avec le ciseau et le maillet. Pansement de Lister ; immobilisation. Le malade est guéri, son pied est droit et solide ; il y a seulement une tendance visible à l'inclinaison, sur le bord externe, dans la marche.

M. le rapporteur discute d'abord la question de priorité ; il n'hésite pas à reconnaître que l'opération de M. Demons est antérieure à la sienne ; mais la priorité n'appartient en réalité ni à M. Demons ni à lui ; il faudrait la faire remonter à M. Richet; et même peut-être, si l'on voulait compulser toutes les observations de résection tibio-tarsienne publiées en France et à l'étranger, découvrirait-on qu'avant M. Richet quelque chirurgien, trouvant la malléole péronière intacte, a conçu et exécuté le projet de la laisser attachée à l'astragale ; mais cette conception, si elle a existé, ne s'était pas répandue et était restée stérile pour la médecine opératoire, lorsque M. Richet la mit à exécution en 1874.

Si l'idée première de la conservation de la malléole externe dans la résection tibio-tarsienne n'appartient ni à M. Demons ni à moi, dit M. le rapporteur, qu'il me soit cependant permis de dire que nous avons contribué l'un et l'autre à la répandre.

Quoi qu'il en soit, dit-il en terminant, l'observation de notre confrère de Bordeaux présente un vif intérêt, parce qu'elle confirme l'utilité de la conservation de la malléole externe dans la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE CONTAGIEUSE.

M. BOULEY monte à la tribune pour répondre à l'argumentation de M. J. Guérin. (Voir le premier-Paris.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 novembre 1881 ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. Descour, Lacronique, Boppe, Hassler, Artigalas, Roussy, Duval, Schoull, Boisson, Lévy, Couillault, Ribes, Baur, Ferrand, Buy, de Schuttelaere, Couette, Hugard, Marchand, Claude, Chuffart, Véron, Léchaudel, Berthoud, Clément, Bellouard, Roux, de Voisins, Lejeune, Guérard, Évesque, Spite, Tavenaux, Beylier, Lamereux, Couénon, Ducros, Midon, Bénac, Guégan, Duvau, Mary, Prieur, Courtois, Hurstel, Goumy, Mouly, Duboc, Joly, Hublé, Ferra, Bétaillouloux, Blanc et Castel.

— M. le docteur Nicaise fait ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Laennec, les mardis et samedis, à dix heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11981.

N° 136. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 26 NOVEMBRE 1881. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Alimentation forcée, ou plutôt artificielle (1), des phthisiques.

L'usage de la sonde œsophagienne et de l'alimentation forcée n'est pas nouveau. Esquirol, le premier, MM. Baillarger, E. Blanche, Billod et d'autres, depuis, en ont fait une heureuse application au traitement des aliénés refusant obstinément ou rejetant les aliments, et c'est devenu aujourd'hui une méthode usuelle dans les asiles, où nous avons eu plus d'une fois l'occasion de la voir mettre en œuvre, ainsi que dans quelques cas particuliers de chirurgie. Mais jusqu'ici cette méthode, dont l'usage ne laissait pas d'être entouré d'assez grandes difficultés, était restée à l'état d'exception et presque exclusivement circonscrite aux cas que nous venons d'indiquer.

Deux innovations importantes, et aussi ingénieuses l'une que l'autre, devaient ouvrir un champ nouveau, et bien autrement étendu, aux usages de la sonde œsophagienne. L'idée heureuse qu'a eue Küssmaul d'appliquer la pompe au curage et au lavage de l'estomac, et l'extension qui a été donnée depuis à l'usage de la pompe stomacale pour le traitement des dyspepsies et des dilatations de l'estomac, d'une part ; de l'autre, la sonde œsophagienne en caoutchouc flexible, ou siphon stomacal, de M. Faucher, d'une conception si simple et si ingénieuse à la fois, ont, en effet, ouvert la voie au progrès récent dont nous voulons entretenir nos lecteurs aujourd'hui.

Les lecteurs de la Revue auront certainement remarqué, dans le compte-rendu de la séance de la Société médicale des hôpitaux du 28 octobre, la communication de M. Debove sur l'usage de la sonde œsophagienne comme moyen d'alimentation chez les phthisiques affectés d'inappétence. On y a vu qu'une jeune phthisique qui ne pouvait plus supporter aucun aliment, pas même le lait, soumise par lui à l'alimentation à l'aide du tube œsophagien de son invention a pu, grâce à ce moyen, prendre d'abord un litre de lait, puis de la viande et des œufs, et arriver graduellement à ingérer et à tolérer deux litres de lait, 200 grammes de viande et dix œufs, et, grâce à ce régime, récupérer l'appétit, en même temps qu'elle augmentait de poids et de force et que les symptômes de la phthisie s'amendaient.

Encouragé par ce premier résultat, M. Debove n'a pas hésité à renouveler cet essai et à mettre tous les phthisiques de son service à l'usage de ce même moyen. Dans une deuxième communication, beaucoup plus étendue que la première, il a exposé devant ses collègues les considérations physiologiques qui l'avaient conduit à tenter ces essais, et les nouveaux résultats qu'il a obtenus. Réservant pour une autre occasion l'examen de ces considérations théoriques que la pratique semble d'ailleurs avoir justifiées, nous nous bornerons pour le moment à résumer quelques-uns des nouveaux faits qu'il a rapportés.

C'est d'abord l'histoire d'un phthisique avancé, ayant des cavernes étendues, des sueurs profuses, dans un état de dépérissement rapide, tel qu'il pouvait à peine se lever quelques heures, et réduit, par un dégoût profond pour tout aliment, à ne pouvoir plus avaler qu'un quart de verre de lait par jour ; menacé, en un mot, d'une fin prochaine. Soumis pour la première fois, le 1er octobre, à l'alimentation par la sonde œsophagienne, il put, le premier jour, après un lavage préalable de l'estomac, prendre un litre de lait qui fut parfaitement toléré, sans provoquer ni diarrhée, ni vomissement, ni nausée. Le deuxième jour et les jours suivants, la dose fut portée à deux litres de lait, 200 grammes de viande crue et râpée, et dix œufs en deux fois, moitié le matin, moitié le soir. Sous l'influence de cette alimentation, il y eut, au bout de quelques jours, une augmentation de poids de 90 à 92 grammes en moyenne par jour. En même temps, on constatait d'autres effets non moins remarquables, tels que la cessation des sueurs, auparavant très-abondantes, et le retour du sommeil qui faisait défaut, la restauration des forces, la diminution de l'expectoration, et la cessation des accès de fièvre nocturne.

Un deuxième malade était un phthisique moins avancé, ayant quelques craquements humides aux sommets des deux poumons, très-amaigri, toussant beaucoup, dormant mal, fatigué par des sueurs nocturnes, n'ayant aucun appétit, prenant difficilement quelques potages. Soumis à l'alimentation forcée, sans lavage préalable de l'estomac, aux mêmes doses que le précédent malade, il a augmenté en moyenne, dans l'espace de vingt jours, de 192 grammes par

(1) Nous préférerions cette dernière désignation à celle d'alimentation forcée, qui, juste pour l'usage que l'on en a fait jusqu'ici, pour les aliénés par exemple, cesse de l'être dans les applications nouvelles. (*Note du rédacteur.*)

jour; les sueurs ont cessé, le sommeil est revenu, les forces ont augmenté.

Un troisième malade était dans des conditions encore plus désavantageuses que les précédents, arrivé à la période ultime de la phthisie avec une laryngite tuberculeuse très-avancée et une diarrhée incoercible depuis plusieurs mois. Il a été soumis au même régime, sauf que le lait, mal toléré, a été remplacé par du bouillon. Ici il y eut une diminution de poids de 50 grammes par jour. Mais, malgré l'état déplorable où il se trouvait; menacé d'une mort prochaine, il s'est fait une modification notable de plusieurs phénomènes morbides. Les sueurs ont cessé, le sommeil est revenu, la diarrhée a été très-amendée.

Enfin, un phénomène identique a été observé chez les trois malades: le retour de l'appétit. Il y aura à revenir sur ce point important.

— Pendant que M. Debove poursuivait ses essais à Bicêtre, M. Dujardin-Beaumetz, les renouvelant dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, obtenait des résultats semblables. Quelques légères différences seulement à signaler entre leur manière de procéder. Tandis que M. Debove se sert du modèle de sonde qu'il a imaginé et dont il a fait déjà l'objet d'une présentation à ses collègues, M. Dujardin-Beaumetz se sert du tube Faucher de 1 mètre 50 de longueur, d'un diamètre de 1 centimètre au moins, surmonté d'un entonnoir en verre d'une contenance de 1 litre. Pour faire pénétrer ce tube, il repousse tout corps gras, la glycérine comme la vaseline; il le fait tout simplement tremper dans de l'eau tiède. C'est le malade lui-même qui s'introduit le tube dans le pharynx et l'avale littéralement par un véritable mouvement de déglutition qui a à peine besoin d'être aidé par une légère impulsion imprimée par les deux mains qui le tiennent. Ce double mouvement d'impulsion et de déglutition combinées est arrêté lorsque la petite saillie circulaire qui marque la division d'un tiers de la longueur du tube est arrivée au niveau de la bouche.

Une fois le tube introduit dans l'estomac, M. Dujardin-Beaumetz, après ou sans lavage préalable, selon qu'il est ou n'est pas indiqué (nous reviendrons une autre fois sur ce point), fait introduire par le siphon un mélange composé à peu près de la même manière que celui dont se sert M. Debove, mais en quantité un peu moindre, soit : 150 grammes de viande crue, 4 œufs, jaune et blanc compris, et 1 litre de lait. Ce mélange peut varier d'ailleurs à l'infini suivant les circonstances; ainsi M. Dujardin-Beaumetz y ajoute du sel marin, à l'occasion, moins comme condiment, ici superflu, que comme médicament approprié, de l'huile de foie de morue, qui peut être ingérée en quantité beaucoup plus considérable que par la bouche, à la dose de 6 à 8 cuillerées par exemple à la fois, enfin des peptones.

Ainsi, lorsque les malades n'ont pas de diarrhée, M. Dujardin-Beaumetz leur fait ingérer d'abord 3 ou 4 cuillerées d'huile de foie de morue, puis 3 cuillerées de peptones, puis le mélange de viande crue, d'œufs et d'une portion de lait, et il termine en manière de nettoyage du tube par le restant du litre de lait.

Lorsque les malades ont de la diarrhée, il supprime l'huile de foie de morue et les peptones, et il introduit dans le mélange une quantité plus ou moins grande, souvent considérable, de sous-nitrate de bismuth.

Ce mode d'alimentation n'est pratiqué qu'une fois par jour, le matin.

Voici les premiers résultats que cette alimentation a donnés sur 4 femmes du service.

Chez 3 de ces malades, qui ne mangeaient plus, vomissaient après chaque quinte de toux, et dont l'amaigrissement allait toujours croissant, il a obtenu la cessation des vomissements, le retour ou l'augmentation de l'appétit et l'accroissement du poids, en même temps que les forces revenaient et que la fièvre et les sueurs étaient notablement atténuées.

Chez une quatrième malade, qui avait conservé l'appétit malgré des lésions pulmonaires très-étendues, et qui avait de la diarrhée depuis plus de six mois; l'appétit s'est maintenu bon, la diarrhée a un peu diminué; mais il y a eu perte de poids, et les symptômes fébriles ont persisté.

Dans une visite que nous avons faite tout récemment dans le service de M. Beaumetz, nous avons assisté au repas artificiel, nous dirions volontiers comme lui au « gavage » de 6 malades, 3 hommes et 3 femmes (3 des 4 femmes dont il a été question plus haut et les 3 hommes tout récemment mis à l'usage de ce traitement), tous phthisiques à des degrés divers, quelques-uns à une période très-avancée, et tous plus ou moins dyspeptiques ou anorexiques.

Ces malades devant être suivis, et leur histoire devant être rapportée plus tard, nous n'en dirons pas davantage pour le moment. Mais nous tenons néanmoins à traduire notre première impression, et à dire combien nous avons été frappé tout d'abord de la merveilleuse facilité avec laquelle les malades introduisent eux-mêmes, en l'avalant, — c'est le mot, — le tube Faucher, sans la moindre résistance ni la moindre appréhension; de leur tolérance pour la quantité relativement considérable d'aliments ainsi ingérés, une femme seule, sur les 6, ayant eu une légère régurgitation à la suite, tandis que la plupart d'entre eux ne toléraient que très-difficilement, et quelques-uns même pas du tout, des quantités beaucoup moindres d'aliments introduits par la bouche; enfin la satisfaction éprouvée et l'aveu fait par tous, à l'exception de la quatrième femme dont il a été question plus haut, de l'amélioration survenue dans leur état.

Il y aurait, à l'occasion de ces faits, une foule de points à examiner, une foule de questions à poser et qui se présentent naturellement à l'esprit, tant au point de vue physiologique, aux rapports notamment de l'appétence avec la puissance digestive de l'estomac, qu'au point de vue de la thérapeutique et des applications multiples dont cette méthode est susceptible. Mais l'examen de ces questions nous entraînerait beaucoup trop loin aujourd'hui. D'ailleurs la question reviendra très-probablement devant la Société médicale des hôpitaux, et, soit par cette source d'informations, soit par les observations directes que nous pourrons recueillir dans les hôpitaux, nous aurons certainement à y revenir.

Anomalie de trois membres par défaut; amputations congénitales des auteurs.

M. Lannelongue a présenté à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, un enfant vivant, venu au monde affecté de mutilations congénitales multiples. Voici les renseignements qui complètent cette présentation. Nous laissons parler M. Lannelongue :

Cet enfant est né à Saint-Dizier, le 29 août dernier, d'une mère primipare mariée depuis dix mois. L'accouchement eut lieu sans entraves, après cinq heures de douleurs, trois

semaines avant terme. La grossesse avait été bonne, et la mère, durant la gestation, n'a pas fait de chute et ne s'est exposée à aucun violent effort. Les parents ne sont pas consanguins, et jusqu'à la troisième génération on ne trouve chez les ascendants aucune difformité congénitale. Lorsque l'enfant est venu au monde, la tête et le tronc étaient bien conformés ; il n'en était pas de même des membres. Voici ce qu'on y constate :

Membre inférieur droit. — Il existe sur la jambe, à l'union du tiers moyen avec les deux tiers supérieurs, un sillon profond, qui a divisé les parties molles presque jusqu'au squelette ; le fond de cette rainure est formé par la peau non ulcérée. Ce sillon s'est creusé de près des deux tiers de sa profondeur dans un intervalle de temps de deux mois et demi. Le pied de ce membre est éléphantiasique ; il est dévié en varus. Les cinq orteils de ce pied sont amputés et présentent des moignons qui ne comprennent qu'une partie de la première phalange. Ces moignons sont déprimés en capsule, la cicatrice est au centre du disque.

Pied gauche. — Les trois premiers orteils de ce pied se terminent par des moignons aplatis ou conoïdes, ne contenant qu'une ou deux phalanges. A la naissance, les extrémités de ces orteils existaient encore et elles se trouvaient reliées par un pédicule ; ce pédicule s'est aminci dans les jours qui ont suivi la naissance, et les orteils sont tombés successivement dans la première quinzaine de la vie extérieure de l'enfant. Le quatrième orteil paraît complet comme squelette, mais il présente, à un demi-centimètre de son extrémité, un sillon demi-circulaire qui occupe exclusivement la face dorsale de l'orteil. Ce sillon est profond d'un millimètre au moins.

Main gauche. — L'index seul présente une amputation de la troisième phalange ; mais tous les autres doigts, sauf le cinquième, présentent des sillons et des déformations. Les sillons sont entièrement circonférenciels ou demi-circulaires ou moins longs encore ; ils sont plus ou moins profonds. Il en est qui ont près de deux millimètres de profondeur : une peau plus fine, rosée, en fait le fond ; un doigt porte plusieurs rainures. Au-dessus du sillon, c'est-à-dire vers le tronc, les doigts sont normaux ; au-dessous, vers l'extrémité, ces organes sont déformés, augmentés de volume ; le gonflement part du sillon et s'atténue à mesure qu'on s'en éloigne ; il est d'autant plus fort que le sillon est plus accusé. Comme à la jambe droite, les sillons se sont creusés depuis la naissance, la déformation des doigts s'est aussi notablement accrue ; aujourd'hui ces organes sont difformes.

En résumé, cet enfant était affligé à sa naissance d'amputations multiples, les unes complètes, les autres incomplètes. Le travail morbide a continué après la naissance, et l'enfant a perdu trois orteils ; de plus, les rainures des parties molles se sont notablement approfondies.

Ce simple énoncé fait voir combien il est difficile d'expliquer, par une action mécanique, la formation de ces sillons partiels ou complets et circonférenciels, qui sont le premier degré de l'amputation. Sans méconnaître l'influence des brides ou des liens constricteurs, dont l'action ne saurait être contestée depuis que Montgomery en a démontré l'existence, néanmoins je crois qu'on a exagéré en rattachant tous ces faits à une même pathogénie. Je donne dans mon mémoire un ensemble de raisons qui me paraissent décisives. L'exemple actuel n'est pas d'ailleurs unique, et Menzel (1), Guyot (2), ont publié des observations absolument identiques. Ceci me conduit tout naturellement à rapprocher l'affection congénitale dont est atteint cet enfant de la maladie décrite pour la première fois sous le nom d'aïnhum, par le docteur Da Sylva Lima de Bahia (3).

L'aïnhum commence par une dépression un peu moins que demi-circulaire, qui se creuse sans cesse au point que le doigt finit par être réduit à un mince pédicule au niveau du sillon ; le squelette lui-même ne résiste pas. Au-dessous du sillon le doigt se déforme. Il est aujourd'hui démontré que l'aïnhum existe chez les Hindous aussi bien que chez les nègres du Brésil ; Menzel l'a décrit en Europe sous le nom de dactylose spontanée. Enfin M. Guyot a le premier décrit l'aïnhum congénital chez les nègres.

Il est juste de rappeler que Mirault (d'Angers), et le professeur Verneuil, avaient aussi décrit en 1863 (4) une affection qui a la plus grande analogie avec les faits précédents, L'examen histologique de ce sillon, qui est le point culminant de l'aïnhum, a démontré que les lésions sont les mêmes dans l'aïnhum de l'adulte que dans l'aïnhum congénital, et elles sont aussi les mêmes que dans la sclérodermie. Wucherer (5), Menzel, Suchard (6), ont trouvé un épaississement notable de l'épiderme et un amincissement du derme du sillon. Les papilles y ont disparu, les glandes y font défaut, ainsi que les fibres élastiques ; les vaisseaux sont moins nombreux, le derme plus dense, plus fibreux, et le tissu conjonctif sous-dermique a subi la même transformation. A mesure que l'anneau se rétrécit, les couches profondes sont envahies par le tissu fibreux, le squelette enfin se creuse, et, à sa place, on ne trouve plus qu'une néoplasie conjonctive dense. La peau, devenue ainsi cicatricielle, fait l'office d'un lien circulaire dont l'anneau se rétrécit sans cesse. Au-dessous du sillon, la dégénérescence graisseuse envahit tous les tissus ; on a constaté la disparition d'une ou de deux phalanges.

On le voit, en lui-même le processus est identique à la sclérodermie ; c'est une sclérodermie annulaire ou circonférencielle. Nous assistons, chez notre petit malade, à l'évolution de ces phénomènes, et l'importance de cette observation ne saurait échapper, car elle indique la nature du travail qui se produit dans la vie intra-intérine.

Mais il reste encore à connaître l'influence sous laquelle se développe cette variété si singulière de rétrécissement annulaire, qui n'est en rapport avec aucune distribution connue des nerfs périphériques, ni avec aucune des artères terminales des nerfs des extrémités des membres. Ce point est malaisé à interpréter, et, à défaut de données positives, je ne tiens pas à faire des hypothèses.

---

(1) A. Menzel, *Archiv. f. klin. Chirurgie*, t. 26, 3e fasc., p. 667.

(2) Guyot, *Archiv. de méd. navale*, t. 32, p. 443.

(3) Da Sylva Lima, traduct. par M. Leroy de Méricourt, *Archiv. de méd. navale*, t. 13. — 1867.

(4) *Affection singulière*, par Mirault (d'Angers), commentaires par Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, t. 10, 1863, pages 112 et 131.

(5) Wucherer, voir Da Sylva Lima, dans *Archiv. de méd. navale*, t. 8. — 1867.

(6) Voir mon mémoire présenté à l'Académie de médecine le 29 novembre 1879.

FORCEPS SOUPLE A TRACTIONS INDÉPENDANTES

Par le docteur POULLET,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

Malgré les perfectionnements récents apportés au forceps par MM. Chassagny et Tarnier, cet instrument a conservé les inconvénients suivants, au point de vue de l'engagement de la tête au détroit supérieur :

1° Il fait une compression de l'ovoïde cranien dans le sens du diamètre transverse du bassin ; cette compression a pour effet de rendre le diamètre qui tend à s'engager entre le pubis et le promontoire un peu plus grand et un peu moins réductible, comme l'ont très-bien démontré MM. Delore et Labat.

2° Dans un bassin aplati, la tête est défléchie lorsqu'elle tente de s'engager ; le forceps la saisit ainsi, sans effectuer le mouvement de flexion qui doit abaisser surtout l'occiput.

3° Le forceps occupe une certaine place entre l'occiput et l'os iliaque ; non-seulement il y a l'épaisseur de la cuiller, mais encore un peu d'espace entre celle-ci et la ligne innominée, car la rigidité de l'acier ne permet pas toujours à l'instrument de toucher cette ligne lorsqu'il touche la branche descendante du pubis.

4° Enfin, le forceps, ayant saisi la tête, l'entraîne en totalité sans pouvoir faire cheminer alternativement la partie voisine du pubis puis celle qui touche le promontoire, comme le fait la nature pour faire décrire à la tête la ligne courbe du faux promontoire (Barnes).

Tels sont les défauts de tous les forceps en général, défauts que j'ai cherché à éviter par la construction de l'instrument que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie et qu'on peut appeler *Forceps souple à tractions indépendantes*.

Il est construit en rubans d'acier minces, élastiques, revêtus de caoutchouc durci pour ne pas être tranchants sur les bords (il sera, je crois, possible de faire cet instrument entièrement en métal, pour éviter le caoutchouc cassant).

Quand les diverses parties de l'instrument ont été portées sur les côtés du bassin, comme les branches du forceps ordinaire, un mouvement de rotation d'une partie de l'instrument le développe en un anneau assez grand pour embrasser très-largement l'occiput ; puis, on serre à fond une anse de cordon de soie ou de cordes à boyau qui est placée d'avance ; elle relie en avant et en arrière ce grand anneau à la partie de l'instrument qui a été portée sur le visage du fœtus.

Cette anse souple assure une prise extrêmement solide ; c'est sur elle que les tractions seront exercées. Ces tractions agissent tout à fait au centre de figure de la tête ; l'un des cordons est placé contre le pubis, l'autre très-près du promontoire.

L'instrument est un peu plus long à placer que le forceps ordinaire ; mais, au détroit supérieur, je ne crois pas que ce soit plus difficile.

Ses avantages peuvent se résumer ainsi :

1° Il n'exerce aucune compression dans le sens transversal du bassin ; au contraire, il produit une légère réduction dans le sens du diamètre utile.

2° L'instrument tire surtout l'occiput et n'engage la tête qu'après l'avoir fléchie ; il lui laisse d'ailleurs la plus entière liberté pour les mouvements de rotation.

3° Il laisse à la tête toute l'aire du bassin dans le diamètre transversal ; l'occiput peut donc, comme par la version, venir se mouler sur la ligne innominée ; la tête s'engage alors dans l'espace rétréci, suivant un diamètre se rapprochant beaucoup du bi-temporal.

4° Enfin, on peut exercer les tractions également sur le cordon antérieur et le cordon postérieur, ou séparément, alternativement et indépendamment sur ces deux cordons implantés aux deux extrémités du diamètre utile.

Sans compter mes tentatives d'essai de cet instrument, avant qu'il fût au degré de perfection relative qu'il a atteint aujourd'hui, j'ai fait avec lui quatre accouchements depuis qu'il est dans l'état actuel ; deux de ces applications ont été faites dans l'excavation, dans des bassins normaux, pour des cas d'inertie. Les deux autres applications ont été faites au-dessus du détroit supérieur dans des bassins rétrécis. Dans l'un de ces cas, le docteur Marduel, chargé des fonctions d'agrégé d'accouchement à la Faculté de Lyon, a bien voulu me prêter son concours. Le bassin était rétréci ; le diamètre promonto-pubien ayant huit centimètres et demi, la grossesse était à terme ; la tête n'était nullement engagée ; après trente-six heures de douleurs, elle était placée transversalement, en occipito-iliaque gauche.

J'appliquai mon instrument, après avoir anesthésié la malade ; je fis des tractions de une minute et demie de durée, séparées par des intervalles de 2 minutes. Après un quart d'heure de ces manœuvres, la tête était arrivée sur le périnée ; je pus faire avec facilité la rotation et le dégagement. L'enfant pesait 3k,500 gr., la tête ne présentait aucune excoriation de la peau. L'enfant, né le 25 août dernier, n'a éprouvé aucune indisposition ; il est allaité par sa mère, dont les suites de couches ont été d'une grande simplicité.

On peut voir, en lisant la thèse remarquable de M. Labat, combien il est utile pour l'engagement de la tête que celle-ci ne soit comprimée que suivant le seul diamètre rétréci.

J'espère donc que mes honorables confrères voudront bien étudier l'action de mon forceps souple, qui réalise tout à fait ces conditions favorables.

REVUE DE LA PRESSE

Symphyse cardiaque. — Un fait de symphyse cardiaque a été observé récemment à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le docteur Montalier, chez un homme qui venait de succomber à une bronchite intense.

Cet individu n'était ni rhumatisant ni alcoolique ; il avait une dyspnée violente datant déjà de plus d'un an et s'accompagnant de râles pulmonaires intenses. Le cœur était sain, sans bruit de souffle ; le pouls était régulier, petit et assez rapide. Il n'existait pas de fièvre, et les urines ne contenaient point d'albumine. Enfin, comme antécédents, cet homme n'avait jamais eu qu'une bronchite, en 1870, ayant duré deux ou trois mois.

La bronchite fut traitée avec soin, néanmoins la dyspnée dura au-delà des limites normales. En même temps apparut un œdème qui, parti des malléoles, ne tarda pas à envahir tout le corps ; puis survinrent dans les derniers jours des troubles cérébraux, de la cyanose, et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une symphyse cardiaque complète et fort épaisse, de consistance cartilagineuse sur toute la surface antérieure du cœur, avec légère hypertrophie, mais sans lésions valvulaires. L'aorte était légèrement athéromateuse, sans dilatation ; le myocarde était un peu mou. Le péricarde adhérait assez fortement aux organes voisins, notamment au poumon par des fausses membranes. Les poumons ne présentaient comme lésion qu'une congestion plus ou moins considérable. La plèvre droite contenait environ un demi-litre d'un liquide citrin et ne présentait aucune adhérence. Par contre, du côté gauche, la plèvre pariétale adhérait sur presque toute son étendue à la plèvre viscérale. La région antéro-latérale était recouverte d'une fausse membrane très-épaisse, presque cartilagineuse. Enfin les gros vaisseaux étaient gorgés d'un sang noir, et le cœur était rempli de caillots agoniques. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Anévrysme de l'aorte ascendante ouvert dans la trachée. — M. le docteur de Cérenville a présenté dernièrement à la Société vaudoise de médecine une pièce anatomique très-intéressante. Il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte ascendante avec rupture dans la trachée. L'hémoptysie fut foudroyante et abondante ; il s'écoula environ 1 litre de sang. Il n'y avait pas de dépôts fibrineux dans la poche. Le tissu cellulaire entre la trachée et l'aorte avait subi une transformation fibreuse. Le cœur était hypertrophié.

La maladie avait suivi un développement assez prompt ; jamais

il n'y avait eu d'hémoptysie avant l'hémorrhagie finale, mais depuis un an le malade avait maigri assez rapidement. En automne était survenue de la dyspnée et en février du cornage.

Cet individu présente, en outre, un abcès rétro-pharyngien qui fut opéré par M. le docteur Dupont; mais il était guéri de cette dernière affection, lorsque se produisit l'hémoptysie qui devait terminer la scène. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

Dangers des opérations et des manipulations utérines les plus simples. — Le docteur Engelmann termine un mémoire sur ce sujet par les conclusions suivantes :

1° Les manipulations utérines nécessitent la plus grande prudence, surtout à un premier examen : même l'organe le plus accoutumé à ces manœuvres peut avoir une sorte de *boutade* sous l'influence de conditions ignorées, et s'irriter de l'intervention la plus banale.

2° Aucune manipulation, aucune opération n'est exempte de danger, et, avant d'en entreprendre, il faut se garder contre certaines conditions physiologiques ou morbides : la menstruation, la grossesse et l'involution d'un côté ; les suites de la cellulite et de la péritonite de l'autre et, par-dessus tout, des affections aiguës. On a pu, sans accident, omettre quelquefois ces précautions, mais de temps en temps l'imprudence a été punie.

3° Pendant les opérations on devra tenir compte :

a. De la condition sanitaire de la ville. L'existence d'une épidémie, surtout de la fièvre puerpérale, d'érysipèle ou de la diphthérie, contre-indique absolument une opération, il semble que le printemps soit la saison la plus dangereuse.

b. Observer une propreté irréprochable, sinon le *listérisme* dans sa pureté, autant qu'il se peut.

4° Après les opérations, même les plus simples, l'opérée doit rester un temps suffisant au lit. Le médecin doit imposer cette règle, toute ridicule qu'elle puisse paraître à une malade qui n'a ni douleur ni malaise quelconque. (*Revue méd. franç. et étrang.*)

Séjour de fragments de verre dans les tissus. — Deux faits ont été rapportés récemment du séjour prolongé de morceaux de verre sans accidents. Dans le premier cas, dont la relation est due à M. le docteur Moret, il s'agit d'un fragment de verre de 7 centimètres de longueur qui séjourna pendant quatre mois dans le pied d'un enfant, sans provoquer d'autres désordres qu'une légère douleur pendant la marche. Le second fait est celui de M. le docteur Habran, qui retira un morceau de verre de 15 à 17 centimètres de longueur, qu'un individu avait porté dans ses tissus pendant trois ans et que l'on n'aperçut que lorsqu'il apparut sous la peau. Dans ces cas, la suppuration ne s'établit qu'à la suite de frottements. (*Courr. méd.*)

Passage du bromure de potassium dans le lait, bromisme chez un nourrisson. — Le docteur Lowy raconte qu'une femme épileptique qui avait pris tous les jours, pendant sa grossesse, 2 grammes de bromure de potassium, donna naissance à un enfant bien portant en apparence. Mais cet enfant, dormant constamment et ne se réveillant que deux fois en vingt-quatre heures pour teter sa mère, dépérit rapidement. Au bout de dix-neuf jours, il avait l'aspect d'un petit vieillard, amaigri et ridé; le cœur présentait seulement quatre-vingt-six battements par minute, le nombre des respirations ne dépassait pas le chiffre de dix, et celles-ci s'accompagnaient du sifflement glottique de l'anesthésie générale. Enfin les urines donnaient, sur le linge amidonné des langes, la réaction bromique du bromure d'amidon, couleur sépia.

Dès que ces phénomènes eurent été constatés, l'allaitement maternel fut suspendu. Le lendemain, on observait un érysipèle de la face et du cou, ainsi que l'apparition de nombreuses pustules d'acné sur les mains, les pieds et les fesses.

Le bromure disparut des urines au troisième jour et l'enfant guérit, recouvrant forces et vie. (*Paris méd.*)

Deux cas d'épilepsie gastrique. — Dans un travail récent, M. le docteur Pommay vient de publier deux faits d'épilepsie produits par des troubles digestifs et caractérisés par des attaques convulsives accompagnées de vomissements alimentaires, suivies d'embarras gastrique et survenant trois ou quatre heures après des écarts de régime soit liquides, soit solides.

M. Pommay considère l'épilepsie gastrique comme une forme de l'épilepsie sympathique et la place chez l'homme sur le même rang que l'épilepsie utérine chez la femme. Son mémoire se termine du reste par les conclusions suivantes :

1° Des troubles de la digestion peuvent produire des symptômes nerveux divers dus, soit à la *paralysie*, soit à l'*excitation* du nerf vague.

2° Ces phénomènes sont d'origine réflexe et se passent tout entiers dans la sphère du nerf vague (irritation de ses rameaux sensitifs gastriques, excitation ou paralysie de ses rameaux cardiaques).

3° Ces phénomènes d'excitation se traduisent par des attaques épileptiques, les phénomènes paralytiques par des crises cardiaques (battements précipités du cœur et arrhythmie).

4° L'âge et la condition de santé habituelle du sujet paraissent être pour quelque chose dans le mode de réponse à l'irritation.

5° L'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies par : *a.* la cause, c'est-à-dire les écarts de régime; *b.* les symptômes, qui sont les vomissements alimentaires ajoutés aux symptômes ordinaires; *c.* les suites ou les embarras gastriques. (*Paris méd.*)

De la résorcine et de son emploi en thérapeutique. — MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et H. Callias ont publié récemment le résultat de leurs recherches sur les propriétés physiologiques et chimiques de la résorcine et sur son action thérapeutique, principalement dans le traitement de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire. Nous en donnons ici les conclusions :

1° La résorcine a les mêmes propriétés que l'acide phénique, l'acide salicylique et les autres substances de la série aromatique ; elle est antifermentescible à 1 p. 100, antiputride à 1,50 p. 100.

2° La résorcine possède un pouvoir toxique inférieur à celui de l'acide phénique, et que nous croyons pouvoir fixer assez approximativement de la manière suivante :

a. De 30 à 60 centigrammes par kilogramme du poids du corps de l'animal, la résorcine produit un tremblement, des convulsions cloniques, et amène l'accélération de la respiration et de la circulation, le tout disparaissant dans l'espace d'une heure. La sensibilité et la conscience sont intactes.

b. A partir de 60 centigrammes par kilogramme, des vertiges intenses et la perte de la connaissance surviennent ; la sensibilité est obtuse ; les convulsions cloniques sont violentes et fréquentes et se localisent surtout à la moitié supérieure du corps de l'animal. Dilatation des pupilles. La respiration et la circulation sont excessivement accélérées. La température est peu influencée. L'état normal revient au bout d'une à deux heures.

c. Enfin, de 90 centigrammes à 1 gramme par kilogramme, la mort survient au bout de trente minutes, précédée des mêmes phénomènes, beaucoup moins accentués aux membres : contractions tétaniformes des muscles de la nuque. La température monte graduellement, et sans exception, jusqu'à 41 degrés au moment de la mort. Pas de tétanos. La rigidité cadavérique survient quinze minutes en moyenne après la cessation de la vie. La résorcine est donc un excitant du système nerveux central.

3° La résorcine n'a aucune influence sur l'état morphologique du sang, excepté lorsqu'elle est mise en contact direct et prolongé avec le liquide sanguin.

4° C'est un médicament qu'on peut utiliser à l'intérieur et à l'extérieur dans toutes les maladies dues à des germes contagieux ou dans les maladies qui sont favorables à leur développement et dans lesquelles on a employé les autres benzols. — La puissance antirhumatismale, fébrifuge et antithermique de la résorcine n'est pas encore bien définie et demande des recherches multiples.

5° Nous émettons le vœu que la résorcine, à cause de sa solubilité extrême, de son odeur à peine sensible, de sa toxicité beaucoup moindre et de sa causticité peu intense, soit expérimentée dans son application chirurgicale dans les mêmes conditions que l'acide

phénique, dont elle ne possède pas les graves inconvénients. (*Bullet. génér. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Coxalgie. — M. TRÉLAT lit une note dans laquelle il rapporte plusieurs observations relatives à des enfants atteints de coxalgie, paraissant guéris, soustraits prématurément à l'immobilisation, rendus trop tôt à leurs jeux, à leur liberté, et qui furent pris de véritables rechutes de la maladie. Ces faits sont, dans la pratique, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, soit que les chirurgiens ne maintiennent pas assez longtemps les petits malades dans l'immobilité, soit que les parents se refusent à soumettre leurs enfants à un traitement qui leur paraît inapplicable ou même dangereux. Or les observations rapportées par M. Verneuil semblent à M. Trélat des cas de simples rechutes, analogues à ceux dont il vient de parler, et non des cas de récidives.

M. VERNEUIL soutient que les faits dont il a parlé sont des faits exceptionnels et que M. Trélat, plus jeune que lui, n'a pas encore eu l'occasion de rencontrer. Ces cas diffèrent de ceux dont parle M. Trélat. Tous les chirurgiens savent, en effet, que dans la coxalgie il est toujours très-difficile de porter un pronostic et de déclarer une guérison définitive; on doit toujours procéder par tâtonnements. Mais les cas de M. Trélat sont bien différents de ces cas dans lesquels il n'y a ni rotation en dedans, ni douleur, et qui ne sont caractérisés que par la flexion et l'ensellure, cas graves où la maladie proprement dite disparaît, où la difformité seule persiste.

M. MARJOLIN. Il y a plusieurs terminaisons, bien différentes les unes des autres, dans la coxalgie. Il y a des cas de simple arthralgie dans lesquels le repos seul suffit; on voit après quelques semaines ou quelques mois la résolution se faire complètement et les malades guérir sans rechutes. Il est d'autres cas où l'on surmène trop tôt les enfants et où l'on observe alors des rechutes plus ou moins graves. Lorsqu'il y a de l'arthrite, et surtout lorsque le système osseux lui-même est malade, alors on voit se succéder plusieurs poussées d'inflammation aiguë. Enfin il est d'autres cas où les enfants obtiennent une guérison radicale, sans aucune rechute, mais où il y a des antécédents tuberculeux dans la famille et où alors les enfants, guéris de leur coxalgie, meurent d'une méningite tuberculeuse, d'une phthisie pulmonaire ou d'une pleurésie tuberculeuse. M. Marjolin en cite plusieurs exemples, entre autres celui d'une jeune fille qui, enfant, avait eu une arthralgie coxo-fémorale, dont elle paraissait très-bien guérie, qui se maria, eut deux enfants qui moururent de méningite tuberculeuse et qui succomba elle-même à une pleurésie tuberculeuse. En résumé, il y a deux modes de guérison de la coxalgie: celle où tous les mouvements sont conservés, où les malades recouvrent leur attitude antérieure; puis celle qui se fait après suppuration, avec ankylose, avec persistance de la difformité, et dans laquelle il y a toujours des rechutes à craindre.

Hernie étranglée; kélotomie. — M. PÉRIER fait un rapport sur une observation de M. le docteur Lemé, relative à un cas de hernie étranglée, non réduite par un taxis prolongé et dont la guérison radicale fut obtenue par la kélotomie sans excision du sac. Il s'agit d'un homme de soixante ans, atteint de deux hernies inguinales anciennes, dont l'une, le 2 février, devint brusquement irréductible. Un premier taxis modéré resta sans résultat. Deux nouvelles tentatives de taxis furent aussi peu heureuses et n'eurent pour résultat que d'amener une infiltration scrotale énorme. M. Lemé, appelé alors pour la première fois auprès du malade, constata une irréductibilité absolue et proposa de traiter cette hernie comme une hernie étranglée, c'est-à-dire en débridant le collet en trois endroits.

M. Périer relève deux points intéressants dans cette observation: un taxis forcé n'ayant entraîné aucune conséquence grave, et la guérison d'une hernie sans débridement du sac. Si l'intestin avait été étranglé depuis plusieurs heures, un taxis pratiqué dans de pareilles conditions aurait dû en amener la perforation. Quant à la cure radicale d'une hernie sans excision du sac, l'auteur n'a pas attendu assez longtemps pour juger définitivement cette question.

M. DESPRÈS. Avec les connaissances acquises aujourd'hui sur ces faits, nous devons condamner et l'application d'un taxis fait dans de pareilles conditions et l'opération pratiquée par M. Lemé. Tant qu'il passe des gaz par l'intestin, il n'y a que de l'irréductibilité simple. Avec les purgatifs, les bains, un taxis modéré, la compression élastique, on arrive à se rendre maître de cette irréductibilité. Je n'admets pas qu'un chirurgien fasse des tentatives prolongées de taxis. Quant à l'opération pratiquée par M. Lemé, elle n'était nullement indiquée ici, le malade ne présentant aucun symptôme d'étranglement.

M. PÉRIER fait observer que, chez ce malade, il existait une énorme distension du scrotum avec infiltration sanguine, une notable dépression des forces, etc.

M. TRÉLAT. Le blâme infligé par M. Desprès est exagéré. Il n'y avait pas là d'obstruction intestinale, c'est vrai; mais il est survenu une phlegmasie énorme de toute la région; on comprend dès lors l'intervention du chirurgien. La chirurgie antiseptique a rouvert les portes de la cure radicale des hernies. Mais, avant d'opérer, il est du devoir du chirurgien de se rendre un compte exact de l'irréductibilité. M. Trélat est, en effet, convaincu de l'utilité de cette thérapeutique: repos, purgatifs répétés, compression élastique. La hernie restera irréductible ou non. Si elle est irréductible, il faut opérer. Souvent aussi elle est réduite, mais ne reste pas réduite. Il ne faut pas opérer du premier coup, sans tenter le taxis.

M. PÉRIER est du même avis que M. Trélat. Il a gardé pendant un mois dans son service un malade avec une hernie irréductible qui, sous l'influence des émollients, a fini par se réduire.

Inversion utérine. — M. PÉRIER lit un rapport sur une observation communiquée par M. Chavernac (d'Aix) et relative à un cas d'inversion utérine complète consécutive à de fausses manœuvres d'une sage-femme.

Hernie ombilicale. — M. CHAUVEL communique un cas de hernie ombilicale étranglée pour laquelle il a pratiqué la kélotomie et obtenu une guérison complète en six jours.

Ablation d'un goître. — M. BOUILLY donne lecture d'une observation de goître hypertrophique simple dont il a pratiqué l'ablation. La malade a succombé quarante-huit heures après l'opération à une médiastinite.

Tumeur érectile. — M. LANNELONGUE présente une petite tumeur érectile qu'il a excisée chez un enfant nouveau-né. Cette tumeur congénitale atteignait au cinquième doigt de la main gauche et présentait tout à fait l'aspect d'un doigt surnuméraire. Elle est composée de deux parties, une partie centrale franchement érectile et une partie périphérique kystique. Elle remonte à une époque très-ancienne de la vie intra-utérine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen recevra dans son cabinet le lundi et le vendredi de chaque semaine à trois heures.

— Les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes, les agrégés en exercice, les chargés de cours et les maîtres de conférences, pourvus du grade de docteur, attachés à ses Facultés, sont convoqués, le dimanche 11 décembre 1881, à l'effet d'élire un représentant au conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Vulpian démissionnaire.

Les professeurs titulaires des Facultés des sciences, les suppléants, les chargés de cours et les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur, attachés à ces Facultés, sont convoqués, le 11 décembre 1881, à l'effet de procéder à l'élection d'un représentant près le Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Paul Bert.

Le scrutin, ouvert à dix heures, sera clos à midi.

L'examen de ces opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu, au ministère de l'Instruction publique, le 15 décembre 1881.

— Par arrêté ministériel en date du 12 novembre courant et après avis du Comité consultatif de l'enseignement public, ont été nommés boursiers, du 1er novembre 1881 au 31 octobre 1882, près la Faculté de médecine de Paris, les élèves dont les noms suivent: MM. Panné, Démelin, Loppé, Girod, Ledric, Netter, Varnier Guiard, Gallois, Forder, Hudelo, Conzette, Dubarri, Régnier, Leclerc et Rochefort.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Les prix de thèses sont accordés aux lauréats suivants: premier prix, M. le docteur Doumer; deuxième prix, M. le docteur Bidau. Mention honorable, M. le docteur Dumont.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Les prix de thèses sont accordés aux lauréats suivants: médailles d'argent, MM. les docteurs Bonnet et Elouï; médailles de bronze: MM. les docteurs Chaussinand et Milsom; mentions honorables: MM. les docteurs André, Maltrait, Rodet et Vesselle.

M. le professeur Desgranges, — une des gloires de l'École lyonnaise, — fait valoir ses droits à la retraite, et est nommé professeur honoraire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Ganzinotty est nommé chef de clinique médicale.

— *École de médecine de Reims.* — Sont proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1880-1881:

Médecine. — *Première année.* — Médaille d'argent: M. Grandamy. — Médaille de bronze: M. Cossin. — *Deuxième année.* — Médaille d'argent: M. Gauthier. — Mention honorable: M. Evrain. — *Troisième année.* — Médaille d'argent: M. Le Roy. — Médaille de bronze M. Drapier. — Prix Simon-Tarbé; partagé entre MM. Deligny et Le Roy.

Pharmacie et travaux pratiques. — *Première année.* — Médaille de bronze: M. Dubourg. — Mention honorable: M. Charpentier.

— Par décret en date du 11 novembre 1881 ont été nommés: *Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe:* MM. Labitte, Girard, Riser, Guillot, Cordier, Lacomme, Kopp, Remy, Carabin, Régnier et Roncin.

— *Corps de santé militaire.* — M. le médecin-inspecteur Gueury passe dans la réserve. — M. le médecin principal de deuxième classe Sarazin et M. le le médecin aide-major de deuxième classe Cabarrou sont placés en non-activité pour infirmités temporaires. — MM. les médecins-majors de première classe Cogit, de Bergegol du Moulin, Mercadier et Fossard, MM. les pharmaciens-majors de première classe Lancelot et Paradis, prennent leur retraite.

— M. Léon Humblot est chargé d'une mission gratuite à Madagascar pour des recherches relatives à l'histoire naturelle.

M. Steenackers (Francis) est chargé d'une mission gratuite au Japon et aux Indes, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques.

M. le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, vient d'être chargé, par le ministère de l'instruction publique, d'une mission scientifique dans l'Amérique du Sud.

— *Fièvre jaune.* — Le ministre de la marine vient de recevoir la dépêche suivante du gouverneur du Sénégal:

« J'ai le regret de vous faire connaître que l'état sanitaire est toujours mauvais. Il y a encore eu deux décès de fièvre jaune le 1er et le 3 novembre: un sergent-major et un sergent. Gorée en a eu deux aussi: un mécanicien civil et un mécanicien de deuxième classe, M. Lulier.

« M. le docteur Carpentier, médecin principal, atteint par la fièvre jaune le 4 de ce mois, paraît être hors de danger. Dakar va bien; il n'y a eu qu'un seul décès, le 17 octobre; Rufisque est toujours indemne. »

Une dépêche d'Alexandrie du 23 novembre nous apprend que si le choléra diminue d'intensité à Djeddah, par contre il vient de faire son apparition à Jembo, le port de Médine.

— M. Magnan reprendra, à l'asile Sainte-Anne, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques, le dimanche 27 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Ses leçons porteront plus spécialement cette année sur les dégénérescences intellectuelles et les formes chroniques de la folie.

— M. le docteur de Sinéty commencera son cours de gynécologie à l'École pratique (amphithéâtre n° 3) le lundi 28 novembre, à cinq heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant: Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11981.

N° 137. — MARDI 29 NOVEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 29 NOVEMBRE 1881. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les Hypochondriaques

LEURS PRÉOCCUPATIONS, LEURS CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET LEURS ACTES INSOLITES OU CRIMINELS.

I

Trois hypochondriaques viennent d'être interrogées devant vous. Je vais brièvement résumer leurs affirmations inquiètes, et je serai tout naturellement conduit à vous décrire l'état mental d'un groupe intéressant de névropathes.

La première, Aglaé M., âgée de soixante ans, souffre depuis longtemps « de douleurs, de piqûres et de démangeaisons ». A l'entendre, elle a des boutons par milliers, une courbature générale, des maux de reins, des souffrances abdominales, de la diarrhée, des élancements dans la tête, de la fatigue d'estomac, du dégoût pour les aliments, des crachements de sang et de la faiblesse de vessie ; « elle est serrée comme dans un étau, elle a un corset de fer, elle a une tumeur dans le ventre, elle ne dort pas du tout. »

La seconde, Isabelle B., âgée de soixante-cinq ans, est entrée ici comme épileptique, avec accidents hystériques tout à fait distincts de la névrose comitiale. Elle vous a déclaré qu'elle avait un poids, une lourdeur dans la tête ; qu'elle était « pulmonique sans cracher » ; qu'elle avait le poumon gauche perdu, qu'elle avait vomi du sang, qu'elle rendait du sang dans les garde-robes et qu'elle avait une constipation plus qu'opiniâtre, qu'elle souffrait cruellement en urinant, et que des petits vers sortaient constamment de sa peau de tous les côtés.

La troisième, Rose C., âgée de soixante-cinq ans, a prétendu tout à l'heure qu'elle avait été violée, il y a trente-cinq ans, et qu'elle était devenue enceinte « d'une perdrix ». Or, cette perdrix a présidé depuis lors à tous les actes de la vie de cette malheureuse aliénée. « La perdrix a volé dans son ventre ; elle a eu des petits qui chantent nuit et jour ; on lui a fait subir les plus douloureuses tortures ; il lui a fallu combattre les oiseleurs ; les séducteurs lui ont volé sa pensée chrétienne ; on a mis dans son lit des cages pleines d'oiseaux. » De temps en temps, Rose C. déclare qu'elle est grosse d'un cheval, et alors elle accuse de vives douleurs, pousse des cris, redoute une fièvre cérébrale, a peur d'accoucher, etc., etc.

Ces exemples vous ont sans doute fait songer à Molière ? L'inimitable auteur du *Malade imaginaire* a effectivement tracé une peinture si vive et si vraie de l'hypochondriaque simple que chacun croit connaître aujourd'hui les moindres anomalies psychiques du nosomane. Et cependant il règne parmi les gens du monde, et même parmi les médecins, plus d'un préjugé relatif à la nature de l'hypochondrie. Si l'on connaît les traits dominants de l'affection et les particularités qui en constituent les formes les plus légères, on ignore trop souvent ses variétés multiples ; on a une fâcheuse tendance à croire qu'elle prête plus à la moquerie et au ridicule qu'aux réflexions sérieuses et aux études attentives ; on se préoccupe à peine de la question du pronostic, qui semble ne pouvoir être grave, et conséquemment on ne songe au traitement que parce qu'on est amené à écrire une prescription. C'est s'illusionner étrangement que d'envisager ainsi sans façon une maladie (car c'est bien d'une maladie dont il s'agit) qui, pour être dans la plupart des cas sans gravité réelle, peut devenir cependant des plus sérieuses et engendrer, ainsi que je le démontrerai, les plus redoutables conséquences médico-légales.

Je me propose donc de vous montrer l'hypochondrie sous son véritable jour. Je tiens à vous faire saisir les principales influences sous lesquelles elle se développe, à analyser avec vous les symptômes nombreux et variés qui la constituent, et à vous faire pressentir les nombreuses difficultés qu'elle peut susciter.

Michéa a défini l'hypochondrie : l'exagération, l'exaltation du besoin de la conservation. Cette formule, qui a le mérite du laconisme, manque un peu de clarté et, par certains côtés, d'exactitude. J'aimerais mieux dire que l'hypochondrie est une sorte de monomanie triste, caractérisée par une préoccupation excessive et presque incessante de la santé, et dans laquelle des individus bien portants, ou atteints d'une affection légère, se croient en proie à une maladie grave et voués à une mort certaine et plus ou moins imminente.

Vous savez quelle est l'origine du mot hypochondrie, à quelles idées théoriques, déjà très-anciennes, il se rattache. Un rapide coup d'œil jeté en arrière sur l'histoire de la médecine ne sera cependant pas inutile.

Lorsque nous appelons quelqu'un un mélancolique hypo-

chondriaque, écrivait Paul Zacchias, ou que nous disons qu'il est atteint de mélancolie hypochondriaque, nous voulons indiquer par là qu'il délire par suite d'une affection de la région des hypochondres. C'est en effet parce que les désordres intellectuels, qui s'observent dans le cours de l'affection, ont été considérés au début comme toujours consécutifs à une lésion ou à un trouble des organes abdominaux logés dans les hypochondres, foie, rate, estomac, que la maladie a hérité du nom qu'elle porte encore aujourd'hui. L'opinion formulée par Zacchias avait été celle de Galien. Oribase, Fernel, F. Plater, F. Hoffmann, Sauvages, beaucoup d'autres, l'avaient reproduite ou allaient la reproduire.

Mais, en face de la doctrine de Galien, devait bientôt s'en élever une autre. Ch. Lepois pense que dans l'hypochondrie c'est la tête qui est affectée en premier lieu, les viscères abdominaux ne souffrant que par sympathie pour la tête. T. Willis, Cullen, émettent le même avis.

Voilà les deux opinions en présence : l'hypochondrie, disent les uns, est une affection primitivement viscérale, secondairement cérébrale ; elle est, affirment les autres, avant tout et surtout cérébrale. Pendant de longues années et jusqu'à une époque voisine de la nôtre, chaque auteur qui touchera à la question entrera en lice pour ou contre l'une ou l'autre de ces doctrines, suivant les tendances du moment ou les besoins d'un système. L'un, avec Louyer-Villermay, proclamera que la maladie « est une affection éminemment nerveuse qui paraît consister dans une irritation ou une manière d'être particulière du système nerveux ; » l'autre, avec Broussais, dira que « l'hypochondrie est l'effet d'une gastro-entérite chronique qui agit avec énergie sur un cerveau préparé à l'irritation. » Entre ces manières contradictoires ce ne sera pas chose commode que de s'orienter, et l'on pourra dire avec Pinel « qu'il est difficile de se faire une idée juste et précise de l'hypochondrie, et de ne pas la confondre avec l'hystérie ou avec la mélancolie par la confusion qui règne dans la plupart des écrits de médecine, ou par un vain mélange de théories étrangères qui en ont défiguré l'histoire. »

Les doctrines absolues sont rarement tout à fait vraies, mais elles renferment généralement une part de vérité. Nous n'en sommes plus, fort heureusement, au temps où l'on jurait par Galien, et il faut bien reconnaître que ce maître illustre avait tort, et avec lui les nombreux médecins qui se rallièrent à ses idées quand il soutenait qu'il n'y avait jamais d'hypochondrie sans lésion des organes abdominaux ; mais les auteurs qui s'inscrivirent en faux contre sa doctrine n'avaient pas davantage complètement raison quand ils niaient l'influence primordiale de ces lésions.

Un court aperçu sur les causes de la maladie va nous le montrer.

Il y a, au point de vue étiologique, deux grandes catégories bien distinctes d'hypochondriaques. Les uns sont, si je puis le dire, des hypochondriaques accidentels : la maladie, chez eux, tient à une lésion organique qui, aidée ou non par les dispositions maladives du système nerveux, suffit à provoquer l'apparition des accidents de l'hypochondrie : il s'agit d'une dyspepsie chronique, d'une spermatorrhée, d'un calcul urinaire, plus rarement d'une affection du foie. Les troubles cérébraux constituent alors une sorte d'épiphénomène qui vient compliquer la lésion locale. Cette dernière une fois traitée et guérie, l'hypochondrie disparaît généralement avec elle.

Mais, en face de ce premier groupe de malades, il en est d'autres chez lesquels la maladie n'est plus sous la dépendance d'altérations ou de désordres viscéraux. Les causes qui interviennent alors sont toutes celles dont l'influence sur le dérangement du fonctionnement régulier du cerveau est bien connue, causes légères ou graves : la vie oisive et solitaire, les professions sédentaires, la lecture des livres de médecine, les émotions morales dépressives, les fatigues intellectuelles, les chagrins, les déceptions. Que celles-ci agissent sur un organisme prédisposé par ses relations pathologiques, par l'hérédité nerveuse, et l'hypochondrie pourra se montrer à son degré le plus grave et le plus difficilement curable.

L'hypochondrie, vous le voyez, peut être symptomatique ou essentielle, pour nous servir du langage un peu vieilli de l'école. Symptomatique : c'est alors la lésion déterminante qui joue le rôle capital ; c'est à celle-ci qu'il faut s'attaquer avant tout, c'est la gravité de cette dernière qui dicte le pronostic. Essentielle : et il s'agit alors d'une affection primitive du système nerveux, quelles qu'en aient été d'ailleurs les causes prédisposantes ou efficientes.

Cette distinction a son importance, moins encore au point de vue nosologique qu'au point de vue du pronostic et de la thérapeutique : les hypochondriaques du second groupe sont souvent plus gravement atteints que ceux du premier.

Les hypochondriaques présentent les uns avec les autres de remarquables ressemblances ; mais, suivant qu'ils sont plus ou moins sérieusement frappés, le tableau clinique change. Aussi y a-t-il nécessité d'admettre, pour la clarté de la description, plusieurs catégories de malades.

On peut, à mon sens, reconnaître trois sortes d'hypochondriaques : 1° l'hypochondriaque simple qui n'a pas, à proprement parler, de délire et que personne ne soupçonne frappé dans son intelligence ; 2° l'hypochondriaque en proie à des troubles sensoriaux et à des désordres intellectuels déjà prononcés ; 3° enfin l'hypochondriaque aliéné qui peut devenir très-dangereux lorsqu'il est en proie à des idées de persécution.

A. *Hypochondriaques du premier degré; hypochondriaques simples.* — L'hypochondrie à son degré le plus léger est fréquemment la conséquence de troubles viscéraux, particulièrement de désordres du côté des fonctions stomachales. On a souvent affaire, en clinique, à des individus chez lesquels, par suite d'un genre de vie peu hygiénique, d'excès quelquefois, plus communément de la vie sédentaire et renfermée, les digestions se font mal. Ces malades se plaignent, après les repas, d'un sentiment de pesanteur au niveau du creux épigastrique ; ils ont souvent des vertiges (*vertigo a stomacho læso*), et ressentent à la nuque et au front une douleur contusive, sorte de sensation de pression fort pénible, analogue à celle qu'ils éprouveraient s'ils avaient la tête coiffée d'un lourd casque de plomb. Dans bien des cas, ces individus s'affligent outre mesure de leur état, se croient gravement atteints, deviennent tristes et moroses, indifférents aux choses du monde, et voient tout en noir. Quelques préparations amères, l'usage de la noix vomique, combinée ou non à l'hydrothérapie, ont vite raison de ces accidents sans portée. C'est là l'hypochondrie la plus légère, l'hypochondrie symptomatique au premier chef, à laquelle j'ai fait plus haut allusion.

Lorsque l'affection tient surtout à une disposition mala-

dive du système nerveux, les symptômes sont plus marqués, plus tenaces aussi. C'est de cette dernière variété que je veux surtout m'occuper.

L'hypochondriaque vit dans des transes perpétuelles au sujet de sa santé. Il est tourmenté par une anxiété constante, une crainte exagérée de la souffrance et de la mort. Au début, ce sera une simple préoccupation, légère et momentanée, qui surviendra spontanément ou à l'occasion de quelque sensation insolite. Mais, l'éveil une fois donné, le malade va analyser minutieusement ses moindres symptômes et porter une scrupuleuse attention au jeu des organes de son économie. Il s'astreint alors à certaines règles hygiéniques qu'il s'est posées à lui-même et se soumet à un régime de son choix, dont il a, avec un soin méticuleux, pesé, discuté, constaté les avantages. Plein d'une inépuisable sollicitude pour sa propre personne, il proscrit de son alimentation tel ou tel autre mets qui lui agréait jusque-là, se soumet rigoureusement à l'usage de certaines boissons, auxquelles il prête un rôle physiologique ou une vertu médicamenteuse de son invention ; il a des vêtements nombreux et appropriés aux états variables de l'atmosphère. Personne plus que lui ne s'intéresse au temps qu'il fait et aux prédictions des astronomes. Qu'il y ait pluie ou soleil, vous ne trouverez jamais l'hypochondriaque désarmé : il affectionne le parapluie ou l'ombrelle, à l'aide desquels il s'efforce de se garantir contre les intempéries des saisons. Et, malgré les continuelles précautions qu'il prend, en dépit du soin méticuleux qu'il a de sa santé, ses inquiétudes et ses angoisses persistent.

Pour se rendre un compte plus exact de la cause des symptômes qu'il éprouve et pouvoir raisonner en connaissance de cause de son état, le malade se procure des thèses, des mémoires, des manuels traitant des choses médicales. Il cultive avec un soin particulier la quatrième page des journaux : c'est là qu'il puise les indications précieuses qui lui permettent de rompre en visière avec la médecine traditionnelle et routinière. On lui a vanté un laxatif, un digestif, une liqueur stomachique et apéritive, un produit pharmaceutique quelconque. Vite il court se procurer ces panacées. Consulte-t-il un médecin? il pèse alors l'ordonnance, discute longuement l'efficacité des substances prescrites, expose ses opinions personnelles, « fruit de son expérience ». Si le médecin a capté sa confiance, le malade s'attache à lui, multipliant ses visites, l'assiégeant de questions, lui narrant avec une désespérante prolixité les moindres détails de sa santé, et finalement il quitte « son sauveur » pour s'adresser aux charlatans, aux somnambules ou aux commères.

Parmi les sujets de préoccupation qui assiègent l'hypochondriaque, l'état des fonctions digestives tient une des premières places. Les hypochondriaques *digestifs* sont en effet les plus communs. Tel, convaincu qu'il a besoin pour se soutenir d'une forte dose d'aliments, fera quatre ou cinq repas par jour ; tel autre mangera peu le soir, mais abondamment le matin; presque tous procèdent au choix de leurs aliments avec un soin attentif, usant plus volontiers de certains mets qui, dans leur pensée, leur assurent un sommeil plus calme, un repos plus complet, des mictions plus ou moins fréquentes, des selles plus régulières. Les malades prennent eux-mêmes la direction suprême de leur propre guérison : jour par jour, ils écrivent leur observation. Ils ont leur journal. On y lit, par exemple, que les épinards ou le veau rôti leur sont funestes, etc.

L'hypochondriaque en arrive souvent aux excentricités dans son alimentation. Il se lève à certaines heures de la nuit pour prendre une tasse de lait ou de bouillon. A la vérité, cette précaution a sa raison d'être. Le malade qui fréquemment mange peu et dort mal se trouve bien de prendre, entre deux sommes, quelque liquide alimentaire. C'est là un bon procédé pour aider au repos, et peut-être n'y a-t-on pas assez souvent recours chez certains névropathes privés de sommeil.

Les hypochondriaques se plaignent fréquemment de constipation opiniâtre. Pour y remédier, ils ont recours aux laxatifs les plus divers, aux purgatifs à outrance ; ils vont jusqu'à faire analyser leurs matières fécales. La constipation persistante a le fâcheux privilège de retentir vivement sur le système nerveux. Quelques médecins nosomanes, malgré la connaissance de la pathologie, se croient sous l'influence d'un fonctionnement défectueux de l'intestin, atteints de cancer de l'estomac, de tumeur du pylore, etc., et mettent en pratique la thérapeutique la plus énergique et la plus variée : régime lacté, hydrothérapie, eaux minérales; ils recourent un peu à tout, jusqu'au jour où, la régularité des fonctions intestinales se rétablissant, les appréhensions, disons le mot, l'hypochondrie disparaît.

Après l'état des fonctions digestives, c'est celui des organes génito-urinaires qui éveille surtout la sollicitude du nosomane. Le malade examine attentivement ses urines, il les analyse et les déguste ; il en met dans de petits flacons pour les confier au pharmacien, demande pourquoi elles moussent, pourquoi elles sont louches et fades, pourquoi elles renferment des sédiments, pourquoi elles sont abondantes ou rares, etc. Il inscrit chaque miction avec une précision mathématique, et pèse avec un soin scrupuleux la quantité d'urine excrétée pendant les vingt-quatre heures. S'il est un jour sorti par le brouillard, il a absorbé de la vapeur d'eau et urine davantage. Cette augmentation l'inquiète ; demain ce sera la diminution qui le préoccupera.

Un tourment fréquent de la vie de l'hypochondriaque, c'est la peur de la pierre. Le malade s'inquiète des signes de l'affection : besoin impérieux d'uriner; urines parfois sanguinolentes; douleurs provoquées par les cahots de la voiture. L'absence de ces symptômes le rassure, mais pour peu de temps. Après un ou deux jours, il se rend chez un second médecin pour l'interroger de nouveau sur les manifestations qui accompagnent habituellement la lésion dont il se croit atteint. Il se laisse difficilement convaincre, institue alors sa thérapeutique à lui, boit de la tisane de graine de lin du goudron, de la bière ; il évite l'eau de Vichy, parce qu'il sait qu'elle amène quelquefois la production de graviers phosphatiques, se livre à l'eau de Contrexéville ou à telle autre, dont il croit connaître les propriétés médicamenteuses. A le voir, on supposerait que la géographie des eaux minérales n'a plus de secrets pour lui.

Un troisième type d'hypochondriaque, c'est le *syphiliophobe*. Un homme, d'un âge déjà avancé, se présente chez un spécialiste. Il a peur d'avoir des accidents syphilitiques. On le questionne, et on ne découvre aucun indice de la diathèse : il a de beaux enfants et sa femme est bien portante. Mais il objecte qu'il a le canal de l'urèthre humide ; il croit avoir des plaques muqueuses à la gorge, il a besoin de se gargariser ; ses cheveux tombent, il a perdu ses dents. N'y avait-il pas trop de mercure dans les médicaments qu'on lui a fait prendre autrefois ? Par le fait, ce malade a le front dégarni, la denture ébréchée, mais c'est un homme de cin-

quante ans et qui a eu une existence correcte. — Que craignez-vous ? lui dit-on. — Mais j'ai été étudiant, j'ai été jeune à Paris, je ne suis pas tranquille, je crains. Mon enfant a eu telle ou telle chose, est-ce que cela ne proviendrait pas de moi ? — On le tranquillise ; il semble rassuré, mais le lendemain il va consulter ailleurs. Nous verrons tout à l'heure jusqu'à quels attentats peut être conduit l'homme qui regrette si amèrement d'avoir pris du mercure. Les victimes de ces attentats, vous le pressentez déjà, seront des médecins !

Les hypochondriaques *spermatorrhéiques* constituent aussi une variété intéressante. Leur état mental, qui est très-particulier, exigera un jour de nous toute une conférence. Ces malades sont très-tristes, ils craignent d'avoir des idées de suicide, et ils ont peur. Le vrai spermatorrhéique a réellement ces idées de suicide, et, en fait, il se suicide souvent. L'hypochondriaque spermatorrhéique a seulement la crainte d'être dominé par ces idées ; il a, en un mot, peur d'être conduit au dégoût de la vie, à la désespérance et à la mort volontaire. Le spermatorrhéique qui se suicide, c'est quelque chose comme un condamné qui subit la pénalité encourue. L'hypochondriaque spermatorrhéique, c'est le prévenu innocent qui s'alarme cependant à la pensée de l'échafaud.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANTISEPTICITÉ DU CUIVRE CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux.

J'ai déjà publié l'année dernière, dans la *Gazette des hôpitaux* du 19 mars 1880, deux observations de fièvres typhoïdes traitées avec succès par le sulfate de cuivre d'après les indications du docteur Burq. Depuis j'ai eu occasion de soigner deux nouveaux malades par cette médication. En ayant obtenu les mêmes résultats au point de vue de la tolérance du médicament, de la suppression de la diarrhée et de l'amélioration des symptômes généraux, persuadé d'ailleurs que la fièvre typhoïde, comme la plupart des maladies infectieuses, est due à la multiplication d'un microbe contre lequel un parasiticide de la nature des sels de cuivre ne saurait, il me semble, ne point avoir d'action, je crois utile de publier ces deux nouveaux faits afin qu'ils puissent aussi servir à l'étude comparative du traitement de la fièvre typhoïde par d'autres agents parasiticides tels que l'acide phénique, par exemple.

En outre, sans prétendre juger la question de l'antisepticité du cuivre contre le choléra, à laquelle le docteur Burq a attaché son nom, nous croyons qu'en raison de la réapparition du fléau sur les côtes de l'Asie-Mineure il ne sera pas inopportun de montrer que, comme l'avait soutenu notre confrère, l'administration médicale des sels de cuivre ne présente pas les inconvénients qui avaient éloigné de leur emploi et empêché de juger impartialement sa méthode de traitement contre le choléra.

Observation I. — Lucie O..., trois ans et demi, atteinte d'ichthyose et d'un peu de rachitisme (gros ventre), mange de tout depuis longtemps et souvent avec avidité.

Le 14 mars 1880, au lendemain d'un grand dîner, elle vomit sa soupe et refuse de manger; à la constipation, qui est son état habituel, succède de la diarrhée (quatre à cinq selles par jour); elle a en outre de l'agitation, des cris et du délire la nuit.

Le 22 mars au matin, jour où je suis appelé, elle est somnolente et abattue ; le pouls est à 108 ; la langue, blanche au milieu, est rouge sur les bords.

Quelques râles muqueux dans la poitrine. Tympanisme, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Traitement : 10 centigrammes de sulfate de cuivre en potion et autant en lavement.

23 mars. Deux ou trois cuillerées seulement de la potion ont été données. — Quatre selles en diarrhée avant le lavement; depuis, plus de garde-robes, météorisme beaucoup moindre, pas de gargouillement dans la fosse iliaque. Toujours agitation et cris la nuit, somnolence dans le jour; peau plus chaude ; p., 120; urines acajou avec dépôt fébrile, que l'enfant laisse échapper sous elle.

Même traitement. Lait.

24 mars. La potion entière a été prise. L... a encore crié la nuit, mais sans parler comme dans les premiers jours. Quatre selles en diarrhée; douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. P. 152; peau plus chaude.

Traitement. Continuer la même potion. Porter la dose du sulfate de cuivre en lavement à 0g,15.

25 mars. L... a un peu plus toussé. P., 124. Le ventre, moins ballonné, n'est presque plus douloureux à la pression. Trois selles en diarrhée avant le lavement qui a été donné à cinq heures. A partir de ce moment, suppression des garde-robes.

Lait. 15 centigrammes de sulfate de cuivre en potion et autant en lavement. Sinapismes.

26 mars. Mieux considérable. P., 96. Peau moins chaude. Moins d'agitation la nuit et d'abattement dans le jour. Pas de selles.

Même traitement.

27 mars. Pas de garde-robes depuis le lavement d'avant-hier. Ventre peu ballonné et peu douloureux. Langue humide, moins chargée; l'enfant la montre volontiers, ce qu'elle ne faisait pas les autres jours. Quelques pustules ecthymateuses sur les mains et sur les cuisses. Chaleur douce de la peau. P., 112. Toux un peu plus fréquente.

Traitement. Sinapismes sur les côtés de la poitrine. Supprimer le lavement et continuer la potion à 15 centigrammes de sulfate de cuivre.

28 mars. Nuit calme. L'enfant est plus éveillée ; elle a moins toussé. P., 100. Chaleur normale de la peau. Langue bonne. Pas de garde-robes. Encore un peu de douleur dans la fosse iliaque droite.

Continuer la potion. Une cuillerée à café de magnésie.

29 mars. P., 88. L... a eu une garde-robe sous elle, mais répond mieux aux questions. Nouvelle éruption de pustules ecthymateuses autour des lèvres, sur la main et dans la région sacrée.

30 mars. P., 84. Pas de garde-robes. Ventre encore un peu ballonné et douloureux. Lavement avec la décoction de lichen d'Islande et 15 centigrammes de sulfate de cuivre.

1er avril. Pas de garde-robes depuis le lavement d'avant-hier qui a fait rendre des matières moulées. Ventre encore ballonné, mais non douloureux. Un peu d'inappétence.

Magnésie.

3 avril. L'enfant va de mieux en mieux; elle a plus de forces. Constipation.

10 avril. L... commence à se lever ; alimentation modérée. Sirop de kina.

Le 15 avril, L... a repris ses habitudes et son état de santé antérieurs.

La fièvre, le météorisme, la douleur dans la fosse iliaque droite, la diarrhée, l'agitation la nuit alternant avec du mutisme et de l'abattement pendant le jour, tous ces symptômes joints à la durée de la maladie ne me paraissent point permettre de douter que j'aie eu affaire à une fièvre typhoïde.

Cette observation, comme les deux premières que j'ai publiées, témoigne des bons effets du sulfate de cuivre en potion et surtout en lavement. On y voit la diarrhée diminuer, puis cesser, pour faire place à une constipation de trois ou quatre jours, pendant le même temps les symptômes généraux s'amender parallèlement. J'insiste sur ce point

parce qu'on sait que, dans le courant de la fièvre typhoïde lorsque les garde-robes viennent à diminuer, on voit généralement les symptômes généraux s'aggraver, et que les purgatifs qu'on a l'habitude d'administrer dans ce cas ont l'inconvénient d'affaiblir le malade.

Obs. II. — André X..., douze ans, atteint de rachitisme depuis sa naissance, n'a marché qu'à quatre ans. Depuis il n'a jamais été malade, et était assez fort, quoique très-nerveux. Ses parents, peu fortunés, habitent près de l'École militaire, où règne la fièvre typhoïde, une seule pièce au rez-de-chaussée, au voisinage d'un ruisseau où l'on jette les eaux ménagères et autres de la maison.

Appelé le 3 février 1881, j'apprends qu'il est malade depuis environ huit jours. P., 108. Ayant constaté sur les lèvres et dans le fond de la gorge des ulcérations aphtheuses, j'institue un traitement approprié tout en prévenant les parents des craintes que j'ai d'une fièvre typhoïde.

7 février. La maladie s'est dessinée. Il est survenu de la diarrhée (six selles par jour), de la douleur à la pression et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, de la prostration et des saignements de nez.

Traitement. 20 centigrammes de sulfate de cuivre en potion et autant en lavement.

9 février. La diarrhée s'est arrêtée hier matin; deux selles seulement hier soir et deux ce matin. Le malade a des vertiges lorsqu'il s'assoit sur son lit; cependant il est un peu moins faible. P., 112.

Je porte la dose de sulfate de cuivre à 25 centigrammes en potion et autant en lavement.

10 février. Huit selles en diarrhée; délire.

25 centigrammes de sulfate de cuivre dans un lavement de décoction de lichen d'Islande. Suspendre la potion.

11 février. P., 112; langue humide. Trois selles la nuit.

Reprendre la potion et continuer le lavement.

12 février. P., 96. Pas de diarrhée dans la journée; trois selles bilieuses la nuit. Ventre ballonné; gargouillements; délire et agitation.

14 février. P., 100. Taches rosées. Chaleur modérée, mais sécheresse de la peau.

Lotions sur les membres avec de l'eau sédative étendue d'eau.

15 février. P., 100. Peau moins sèche, plus rosée. Moins de météorisme, mais assoupissement. Deux à trois selles dans la journée, une garde-robe involontaire la nuit.

17 février. P., 112. Somnolence et agitation. Délire dont on tire facilement le malade. Ses parents ne sont pas parvenus à lui faire prendre ses lavements.

Une selle molle dans la journée, une autre selle involontaire dans la nuit.

Ventre souple, peu douloureux. Faciès bon. Langue sèche et râles sibilants nombreux dans la poitrine.

Sinapisme sur les côtés et teinture d'iode sur le devant de la poitrine. Café.

18 février. P., 120. Toux plus intense, râles sibilants plus nombreux. Somnolence dans le jour, agitation la nuit. On est obligé de maintenir le malade pour l'empêcher de sortir de son lit. On n'est parvenu à lui faire prendre qu'un seul lavement; deux selles demi-molles. Langue humide; l'appétit commence à poindre; il réclame ses potages.

Supprimer le café. Pastilles d'ipéca. Badigeonnages à la teinture d'iode de chaque côté de la poitrine. Lait.

19 février. P., 128. On n'a pu donner qu'un seul lavement hier au malade et on n'est parvenu à lui faire prendre qu'un tiers de sa potion et un seul potage dans toute sa journée. Nuit calme. Assoupissement, langue humide; chaleur modérée de la peau. A... se débat avec force quand on veut l'ausculter.

20 février. P., 120. A... n'a voulu prendre que quelques cuillerées de sa potion. La diarrhée fétide est revenue. Les parents m'assurent que les garde-robes ne présentaient pas d'odeur quand les deux lavements et la potion étaient régulièrement pris. Néanmoins le malade est un peu plus calme, il ne cherche plus à sortir de son lit et il a pris deux potages. Pas de chaleur de la peau et beaucoup moins de râles dans la poitrine.

21 février. Mieux sensible. A... reconnaît ses parents; il a pris sa potion, son lait, ses potages et ses pastilles d'ipéca. Râles sibilants limités aux deux sommets. Selles demi-molles encore fétides.

23 février. P., 120. A... n'a pas encore voulu prendre ses lavements hier, aussi a-t-il eu cinq à six garde-robes demi-molles et fétides; mais il demande le bassin.

25 février. P., 120. Râles sibilants dans toute la poitrine.

Prescription. Vésicatoire de 10 centimètres sur le devant de la poitrine. Deux cuillerées à café de sirop diacode.

26 février. Le vésicatoire n'a pu être appliqué, mais le sirop diacode a calmé la toux.

27 février. Le vésicatoire a été mis hier. Râles dans toute la poitrine.

Depuis plusieurs jours, le malade s'assoit seul dans son lit et se lève pour aller prendre son vase.

28 février. Les deux lavements ont été pris hier. Selles moulées. Moins de délire et moins de râles; encore un peu d'hébétude. Appétit. La langue redevient naturelle. Papier chimique entre les deux épaules.

3 mars. L'amélioration continue. Je supprime la potion, qui commence à faire vomir. Un seul lavement. Tisane d'eucalyptus. Trois œufs et trois potages au lait.

5 mars. Disparition des râles, de la toux et du délire. Il reste seulement encore un peu de paresse intellectuelle. Selles naturelles moulées. P., 120. Salivation.

8 mars. A... mange de la viande, mais ne peut encore se tenir sur ses jambes.

19 mars. Il y a eu ces jours-ci, sur la langue et sur les lèvres, des aphthes qui ont disparu. Depuis plusieurs jours, le malade se lève et sort. Il peut être considéré comme guéri.

Ce cas, le plus grave que j'aie eu à soigner, a pour moi d'autant plus de valeur que le malade était dans de très-mauvaises conditions, et qu'en raison de son indocilité le sulfate de cuivre n'a pu lui être administré que d'une façon très-irrégulière.

Cette circonstance m'a permis de constater une fois de plus et d'une manière très-nette ce double fait que j'ai déjà signalé dans mes précédentes observations, savoir : d'un côté la disparition graduelle des garde-robes et de leur mauvaise odeur après les lavements au sulfate de cuivre, et de l'autre le retour de la fétidité et de la fréquence des selles chaque fois que, pour une raison ou pour une autre, le sel de cuivre n'avait pu être administré par le rectum.

Un autre point pratique des plus importants à signaler, c'est la facilité avec laquelle le sulfate de cuivre a été toléré pendant la période d'état de la maladie, tandis qu'il a déterminé des nausées et des vomissements dès que le malade a commencé à entrer en convalescence. Il semble que cette intolérance indique le moment précis où le médicament doit être supprimé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre. — Présidence de M. H. Gueneau de Mussy.

COMMUNICATIONS

Hypertrophie des amygdales chez un syphilitique. — M. Besnier, à l'occasion du malade présenté pour la seconde fois dans la dernière séance par M. Féréol, fait observer que ce malade, lorsqu'il fut présenté pour la première fois à la Société, était atteint d'une hypertrophie des amygdales tellement considérable qu'il était impossible, à ce moment, de porter un diagnostic sur sa véritable nature. Toutefois, en rapprochant

cette hypertrophie d'autres symptômes présentés par le malade, on pensa qu'elle pouvait être d'origine syphilitique. Mais ce diagnostic était basé bien plus sur le rapprochement de l'affection actuelle avec une éruption spécifique antérieure que sur les caractères propres de l'hypertrophie. L'évènement a justifié cette manière de voir. M. Martineau avait dit, à cette occasion, que l'hypertrophie amygdalienne était fréquente chez les malades atteints de plaques muqueuses sur les amygdales. J'ai fait remarquer que, contrairement à cette opinion, une hypertrophie aussi énorme chez un syphilitique était chose absolument exceptionnelle. Mais ce que j'ai qualifié d'exceptionnel, c'est l'hypertrophie et non les plaques muqueuses.

M. MARTINEAU. L'observation de M. Besnier est très-juste. Mais j'entendais parler de l'hypertrophie amygdalienne en dehors des syphilides érosives. Il est assez fréquent de voir apparaître environ six semaines après l'invasion des premiers accidents syphilitiques une hypertrophie des amygdales, parfois très-considérable, et qui se développe tout à fait en dehors des plaques muqueuses si fréquentes dans cette région.

Des moyens prophylactiques pour les personnes appelées à soigner des enfants atteints de diphthérie. — M. DESCROIZILLES, au nom d'une commission dont il fait partie avec les médecins d'hôpitaux d'enfants, lit un rapport qui a pour but de chercher les meilleurs moyens de soustraire à la contagion de la diphthérie dans les hôpitaux les élèves, parmi lesquels on compte chaque année plusieurs victimes. Il conclut ainsi :

1° Généraliser et perfectionner les moyens de pulvériser des solutions phéniquées dans les salles ; 2° s'appliquer à observer une meilleure hygiène pour les salles d'hôpital et les amphithéâtres de dissection; 3° favoriser les moyens d'ablution pour les élèves et les personnes chargées de donner des soins dans les hôpitaux d'enfants ; 4° améliorer la situation matérielle des internes et des externes d'hôpitaux d'enfants; 5° mettre à l'essai un certain nombre de moyens de préservation, tels, par exemple, que le masque proposé par M. Lapaty. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 17 février 1881.)

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Épidémie d'ecthyma chez les varioleux. — M. RENDU a observé à l'hôpital Tenon une quinzaine de cas analogues à ceux qu'a décrits récemment M. du Castel. Pour M. Rendu, il s'agit plutôt, dans ces cas, de pemphigus que d'ecthyma proprement dit. Il relate six observations détaillées de varioles compliquées de cette éruptiou érythémateuse ou pemphigoïde. Déjà, pendant l'épidémie de variole qui a sévi en 1870, M. Rendu avait eu l'occasion d'observer des cas de ce genre à l'hôpital Saint-Antoine. Il est des cas où l'apparition de cette éruption insolite ne modifie en rien la marche de la variole. Il en est d'autres où, au moment même où apparaît cette éruption, la température monte de deux degrés et même de deux degrés et demi, où la situation du malade s'est trouvée simplement aggravée, où enfin cette éruption secondaire entraîne des accidents septicémiques qui peuvent se terminer par la mort. M. Rendu rapporte plusieurs observations à l'appui de cette manière de voir.

Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. — M. MOUTARD-MARTIN présente une jeune fille de vingt ans qui jusqu'ici n'a présenté aucun symptôme de rhumatisme, de tuberculose, n'a jamais eu de cyanose, et qui présente dans le deuxième espace intercostal, au voisinage du sternum, du frémissement cataire, et un souffle intense, rude, qui présente tous les caractères signalés par M. Constantin Paul. Cette jeune fille a été soumise aux ferrugineux et aux douches froides. Dans le cours de ce traitement elle a contracté une pleurésie dont elle présente encore les traces.

Un phénomène. — M. HILLAIRET présente une enfant de cinq ans qui offre un développement véritablement extraordinaire. Elle pèse 124 livres, mesure $1^{m},25$ de haut. Elle a été allaitée par sa mère jusqu'à quinze mois; dès l'âge de trois mois, elle a commencé à se développer considérablement. Elle mange beaucoup; elle est assez intelligente; elle marche, court et saute assez facilement. Cependant elle est vite essoufflée. Le ventre est extrêmement développé. Les seins, uniquement constitués par de la graisse, sont énormes et tombent comme ceux d'une femme âgée. Les bras, les cuisses, les jambes sont énormes. Le chevelure, blonde, est épaisse et crépue. Elle ne présente aucune affection particulière. Elle a des frères et des sœurs dont le développement est normal.

Tænias. — M. KIENER lit une note, au nom de M. Richard (de Philippeville), dans laquelle est rapportée l'histoire d'un soldat qui a rendu vingt-sept tænias inermes. Cette masse de vers constituait une masse du poids de 720 grammes.

Alimentation artificielle des phthisiques. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait connaître les résultats qu'il a obtenus par cette méthode, et les compare à ceux de M. Debove (voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 26 novembre 1881). Au lieu du conducteur rigide dont se sert M. Debove, j'emploie, dit M. Beaumetz, le tube de Faucher. Ce tube doit avoir 1 centimètre de diamètre. Je ne le graisse pas, je le trempe simplement dans de l'eau ou du lait. Je l'applique sur la base de la langue et recommande, à ce moment, au malade de faire un mouvement de déglutition. Les malades déglutissent ainsi ce tube, comme du macaroni. Une fois le tube introduit dans l'estomac, si le malade a l'estomac susceptible, je procède d'abord au lavage de cet organe avec une solution de sulfate de soude (6 grammes par litre) ; puis j'introduis le mélange alimentaire, composé de 100 grammes de viande crue, de quatre œufs, de lait, quelquefois aussi de 100 à 200 grammes d'huile de foie de morue, de quelques cuillerées de peptone et d'une certaine quantité de chlorure de sodium. Puis je retire le tube. Le malade s'endort et digère bien. Je ne fais qu'une fois par jour ce gavage. Ce mélange est introduit d'emblée, sans lavage préalable, chez les phthisiques dont l'estomac est plus tolérant. L'introduction de ce tube présente les plus grandes difficultés lorsqu'il y a des ulcérations du larynx ou de l'épiglotte.

Les résultats que j'ai obtenus sont identiques à ceux de M. Debove. Jamais jusqu'ici un seul malade n'a vomi les aliments ainsi absorbés. Or tous ces malades, auparavant, étaient dyspeptiques et vomissaient le tout au moindre effort. Il vomissent encore quand ils mangent. L'augmentation de poids a été, pour plusieurs, jusqu'à 90 grammes ; mais ils restent actuellement dans un état stationnaire. Toutefois ils gagnent par cela même qu'ils ne perdent plus. Les forces reviennent ; ces malades se lèvent, marchent et se sentent revivre. Quant aux lésions pulmonaires, elles ne présentent aucune modification. La fièvre a un peu diminué chez plusieurs d'entre eux.

C'est la première fois que je vois ainsi améliorer des phthisiques.

Il est des cas où cette méthode est formellement contre-indiquée, au moins comme inutile ; lorsque, par exemple, il y a une fièvre constante, lorsqu'il s'agit de ces phthisiques si bien désignés par M. Peter sous le nom d'intraitables. La méthode de gavage, ici, ne sert à rien. En somme cette méthode sera toujours exceptionnelle. Mais elle rend de grands services aux phthisiques qui ne mangent pas, qui vomissent et présentent une anorexie absolue. La phthisie entraînant une véritable déchéance de l'organisme, c'est rendre un grand service aux phthisiques que de pouvoir les soutenir par une méthode qui permet leur nutrition.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine vient de perdre l'un de ses plus anciens membres, M. le docteur Briquet, agrégé et médecin honoraire des hôpitaux, mort vendredi soir à Paris, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— Une dépêche officielle de Constantinople, adressée au ministère des affaires étrangères, nous apprend que la peste vient de se déclarer sur la frontière turco-russe. Quant au télégramme qui annonçait l'apparition du choléra à Alexandrie, il est absolument dénué de tout fondement. L'état sanitaire est excellent dans tout le pays; aucun cas de choléra ne s'est produit en Égypte depuis le commencement de l'épidémie dans l'Arabie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1881-1882, par M. Hanriot, agrégé près ladite Faculté.

M. Bocquillon, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1881-1882 et chargé du cours auxiliaire d'histoire naturelle, en remplacement de M. de Lanessan, élu député.

M. Jean, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale, pendant l'année scolaire 1881-1882, en remplacement de M. Dreyfous.

— M. le docteur Medrin, médecin de l'hôpital de Sèvres, est nommé médecin de l'école normale secondaire de jeunes filles de Sèvres.

— M. le docteur Rosen, professeur de chirurgie à l'Université de Bonn, est mort hier, 23 novembre 1881.

— M. le professeur Léon Vaillant commencera son cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), au Muséum, le jeudi 1er décembre 1881, à une heure, dans la Salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Van Tieghem commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétales), au Muséum, le samedi 3 décembre 1881, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12002.

N° 138. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1881. 54e ANNEE. JEUDI 1er DÉCEMBRE 1881. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un nouveau deuil est venu frapper l'Académie depuis la précédente séance, dans la personne de l'un de ses vétérans, M. Briquet, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro. M. Briquet, dont toute la génération médicale actuelle a connu la vie laborieuse, quoique arrivé à l'Académie à un âge déjà assez avancé, a pris une part assez active à ses travaux. On n'a pas oublié son volumineux rapport sur le choléra. Tout récemment encore il avait commencé la lecture d'une nouvelle série de recherches sur l'hystérie, qui a fait le sujet, comme tout le monde le sait, d'une des meilleures monographies de cette névrose, restée classique. Son traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations est aussi un livre où il a consigné beaucoup de notions utiles acquises par une grande expérience et que l'on consultera toujours avec fruit. Sa mort laisse un vide dans la section de physique et chimie médicales à laquelle il appartenait, on n'a jamais bien su au juste pourquoi : il eût été assurément mieux à sa place dans toute autre section.

La tribune a été occupée pendant la plus grande partie de la séance par M. Verneuil, qui a entretenu l'Académie d'un sujet de pathologie médico-chirurgicale de la plus haute importance et pour lequel il a une prédilection marquée, l'influence de la glycosurie et du paludisme sur les affections chirurgicales. Il faudrait plus de temps que nous n'avons pu en consacrer à parcourir son travail pour juger si les faits qu'il a rapportés démontrent bien en réalité les relations qu'il s'est proposé d'établir. Des doutes ont été émis à ce sujet par un de ses collègues d'une incontestable compétence en matière d'impaludisme, M. Léon Colin. Nous devons, du reste, reconnaître que M. Verneuil n'a formulé ses conclusions que sous toutes réserves et à titre provisoire. Il y aurait un véritable intérêt à discuter la valeur réelle de ses faits au point de vue où il les a envisagés et à examiner les propositions qu'il en a déduites. Espérons que cela se fera.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Ostéite suppurante nécrosique du fémur. — II. Herpès ano-périnéal compliqué d'eczéma et d'érythème ano-vulvaire.

I. Les petits fragments osseux au nombre d'une douzaine que je dépose sur la table, pour que vous puissiez les examiner à la fin de la leçon, sont la conséquence de la modification de certaines parties du tissu osseux qui se détachent à la suite d'un travail morbide qui n'est autre qu'une ostéite suppurante nécrosique, ou tout simplement d'une nécrose. Aux plus grands d'entre ces fragments, on a donné le nom de séquestres, aux plus petits, celui d'esquilles.

La nécrose n'est pas une variété de la carie, mais le résultat d'une ostéite particulière, et ne se rencontre pas sans une suppuration préalable.

Ces esquilles et ces séquestres proviennent du fémur droit d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui a eu une ostéite aiguë suppurante au niveau de l'épiphyse inférieure, vers l'âge de quatorze ans, c'est-à-dire à l'époque du travail définitif de l'accroissement des os. Cette ostéite est devenue chronique, s'accompagnant de périostose avec fistules persistantes par suite de la suppuration osseuse. De temps en temps il se fait des poussées inflammatoires plus ou moins aiguës. La dernière s'est montrée au mois de septembre dernier et a déterminé son entrée à l'hôpital. M. Berger, qui me remplaçait alors, a constaté l'existence d'une ouverture assez large et d'une cavité plus grande dans le fémur qui contenait des portions d'os mortifié.

Parmi les nécroses, il en est de superficielles, c'est-à-dire sans cavité osseuse, ce qui n'est pas le cas ici ; et il en est d'autres, au contraire, profondes, interstitielles, avec une cavité centrale, que l'on appelle des nécroses invaginées. La portion osseuse mortifiée et invaginée se trouve soit dans l'os ancien, soit enveloppée dans le tissu de nouvelle formation ; mais le plus ordinairement elle se rencontre dans les deux à la fois. L'élimination des séquestres affecte une marche lente ou rapide, selon la largeur de l'ouverture qui s'est produite.

La nécrose se rencontre principalement sur les os longs, et dure pendant des années, s'accentuant de temps à autre par la formation d'esquilles dans des cavités que l'on n'a pas toujours suffisamment reconnues, et par des éliminations successives du tissu mortifié.

Chez notre malade, la durée de l'affection, dont le début remonte déjà à quatorze ans, bien que longue, n'a rien en

soi de bien extraordinaire encore ; mais ce qu'il y a de particulier chez lui, c'est l'accident qui est survenu spontanément pendant l'évolution de la maladie, et pour ainsi dire sous les yeux du chirurgien, tandis que le malade était au lit ; je veux parler d'une fracture spontanée du fémur au niveau de la partie nécrosée. Le lendemain, à la visite du matin, M. Berger constatait en effet la fracture, caractérisée par une douleur à son niveau, du gonflement, et de la mobilité des fragments accompagnée de crépitation.

Cet accident est dû, bien probablement, à ce qu'un travail d'ostéite raréfiante s'est surajouté à l'ostéite nécrosique primitive, condensante, et l'os en quelques points est devenu tellement mince et fragile qu'il s'est cassé spontanément, je le répète, dans un simple mouvement du malade dans son lit.

Une seconde particularité intéressante, remarquable, c'est que, malgré une suppuration abondante, cette fracture s'est parfaitement consolidée par un cal très-solide, mais avec quelque déformation.

Quant à la cavité de l'os, elle n'en a pas moins persisté, contenant des esquilles et même des séquestres assez nombreux. Hier encore, j'ai nettement constaté son existence en introduisant le doigt par l'ouverture extérieure suffisamment large que présente le fémur. J'ai senti aussi dans cette exploration des fragments osseux mobiles, dont j'ai pu retirer le plus grand nombre, une douzaine environ. Il en reste encore quelques-uns que nous extrairons un peu plus tard.

J'ai fait pénétrer jusque dans la partie la plus profonde de la cavité du fémur des substances antiseptiques, phéniquées au quarantième, tout en recouvrant aussi entièrement ma plaie par un pansement phéniqué, tant pour parer aux accidents inflammatoires qui pourraient se développer à la suite des manœuvres auxquelles nous avons été obligés de nous livrer, que pour empêcher la putrescibilité du sang épanché à leur suite.

II. La seconde malade dont je vais vous entretenir est atteinte d'une affection des organes génitaux externes, s'étendant de la vulve au périnée et jusqu'à l'anus, au sujet de laquelle nous ne sommes pas complètement édifiés, quant à une partie du diagnostic à émettre.

Je vous ai déjà parlé de l'érythème vulvaire et des phénomènes d'hyperesthésie qui l'accompagnaient ; aujourd'hui cette femme nous présente quelque chose d'analogue sur la peau, tant à la marge de l'anus qu'au périnée, à la région fessière et à la vulve. La lésion est superficielle, mais multiple ; elle est surtout caractérisée par une trentaine de petits points rouges, nettement séparés les uns des autres, très-légèrement excoriés, et entourés d'une auréole rouge, qui se sont formés très-certainement à la suite de vésicules, sinon même de vésico-pustules.

Nous donnerons le nom d'herpès aux plus larges d'entre ces petites surfaces, celui d'eczéma pour celles qui sont de moindre dimension, et à la rougeur qui les entoure celui d'érythème, de telle sorte que nous avons un mélange de ces trois choses que nous appellerons un érythème herpétique ano-périnéal.

Nous avons encore trouvé dans ces mêmes points deux érosions plus larges que celles qui ont succédé aux vésicules récemment ouvertes, offrant le diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ, superficielles, sans dépression ni bords taillés à pic, légèrement douloureuses. Mais ce ne sont point des douleurs comme celles qui accompagnent de véritables ulcérations dans lesquelles toute l'épaisseur des téguments a été détruite. Ici c'est une simple érosion de l'épiderme, consécutive probablement à la déchirure de quelque vésicule plus ancienne.

Enfin il existe encore d'autres petites érosions au fond des plis de l'anus, érosions que l'on a souvent considérées comme syphilitiques et que l'on appelait autrefois du nom de rhagades. Je ne leur conserve ici cette dénomination que parce que vous la retrouverez encore dans certains ouvrages.

Grâce au mémoire de Legendre, ancien médecin de Lourcine, publié en 1854 ou 1855, l'herpès de la vulve et de l'anus se distingue facilement d'une éruption syphilitique ; c'est une maladie inflammatoire non spécifique. Notre malade nous présente donc un herpès ano-périnéal mêlé d'érythème et d'eczéma, et sur ce point le diagnostic ne nous laisse aucun doute. Mais, où il devient difficile, c'est relativement aux deux érosions plus étendues que les autres, qui pourraient bien être des ulcères syphilitiques primitifs, des chancres mous.

On rencontre en effet assez fréquemment chez la femme cette variété de chancres qui revêt la forme herpétique avec simples érosions dès le début. Nous n'avons trouvé aucune trace de chancre sur la vulve; mais nous n'avons pas encore examiné le col de l'utérus, d'où, s'il existait quelque chancre mou à sa surface, le liquide sécrété aurait pu, en s'écoulant, venir s'inoculer sur des surfaces érodées primitivement par l'herpès.

Nous devons donc, quant à ces deux larges érosions, réserver pendant quelques jours notre diagnostic, et attendre les effets du traitement que nous allons instituer sur cette femme, que nous avons vue pour la première fois ce matin à notre visite. Nous ordonnerons le badigeonnage des parties malades avec le sous-nitrate de bismuth, en ayant soin de séparer les surfaces cutanées par des petits tampons de charpie, ce qui est de la plus haute importance, le frottement entretenant constamment, quoi qu'on fasse, l'inflammation des surfaces érodées.

Si, sous l'influence de ce traitement continué pendant sept ou huit jours, nous voyons l'affection guérir sans laisser de solution de continuité, nous pourrons considérer la maladie comme n'ayant rien de commun avec le chancre mou. Si, au contraire, les érosions persistent, si peu à peu elles s'étendent, se creusent, atteignent toute l'épaisseur des téguments, nous n'hésiterons plus à reconnaître là des accidents de nature syphilitique, et, ce qui était purement herpétique ayant seul guéri, nous modifierons dans ce sens notre médication.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. de St-Germain.

De l'obésité.

Le sujet que je vais traiter à l'ouverture des cours de cette année scolaire est un de ceux que j'ai étudiés avec un très-grand soin, un peu pour cause, et qui peut parfaitement rentrer dans le cadre de ces leçons ; je veux parler de l'obésité, qui devient parfois une gêne très-grande, un obstacle véritable, qu'il faut savoir traiter par des moyens analogues à ceux que nous employons pour d'autres malformations.

Qu'est-ce donc que l'obésité? C'est une maladie du tissu

cellulo-adipeux qui peut envahir aussi d'autres tissus avoisinant nos divers organes et causer les plus graves dangers. C'est ainsi qu'elle peut donner lieu à la surcharge graisseuse du cœur, qu'elle peut envahir l'épiploon, le mésentère, et produire la compression des organes sous-diaphragmatiques, envahir les canaux déférents et déterminer l'impuissance; qu'elle peut encore prédisposer à la hernie ombilicale, accident toujours grave chez l'adulte; qu'elle donne lieu à des phénomènes de dyspnée, d'orthopnée, de dyspepsie même par la compression des pneumo-gastriques, d'asystolie et aussi d'hypoglobulie, comme l'a constaté M. Robin. L'obésité peut donc être la source de dangers plus ou moins graves. Les autopsies de gens obèses ont aussi démontré que celle-ci pouvait être la cause de désordres sérieux. Ainsi l'on a vu parfois le cœur quadruplé de volume, ses cavités dilatées remplies d'une sorte de gelée noirâtre, les poumons gorgés d'un sang œdémateux, les reins considérablement hypertrophiés, etc.

Quelle est donc la cause de l'obésité? Celle-ci peut-elle être congénitale? Oui, sans aucun doute. J'ai vu à la Maternité des accouchements monstrueux, et, tandis qu'un enfant pèse d'habitude à la naissance entre 6 1/2, 7 et 8 livres, j'en ai vu naître avec un poids de 10 et même de 11 livres, grâce à cette obésité congénitale qui amenait la dystocie et rendait l'accouchement d'autant plus difficile que le volume de l'enfant était plus considérable.

L'obésité est-elle héréditaire? Je dis également: Oui, selon toutes probabilités; et le fait semble démontré par l'étude de certaines races animales qui présentent une disposition spéciale à l'engraissement. Ainsi, dans la race porcine, les bêtes du Kentucky et du Chester-White; ainsi, chez les canards, les animaux d'Elesbury. Il semble devoir en être de même pour l'homme, et M. Bouchard a relevé dans un travail de statistique 31 cas d'hérédité sur 86 individus obèses. Chambers a signalé aussi 22 cas d'hérédité sur 38 obèses. Si la femme paraît plus prédisposée à l'obésité que l'homme, cela tient à l'inertie dans laquelle elle vit, à l'absence de travail manuel. Deux causes, du reste, favorisent l'obésité chez la femme: l'inertie et l'alcoolisme. C'est ainsi que la plupart des prostituées deviennent obèses, quand elles ne meurent pas phthisiques.

Chez l'homme, l'alcoolisme n'agit pas aussi directement que l'on serait tenté de le croire, soit chez l'ouvrier, qui, gagnant peu, s'enivre irrégulièrement, une ou deux fois par semaine, le dimanche ou le lundi, et que cette irrégularité même tend à rendre malade, loin de l'engraisser; soit chez l'homme des classes supérieures, qui, s'il vit bien chaque jour, cependant ne reste généralement pas inerte comme la plupart des femmes. J'en excepte les blanchisseuses et les cuisinières, que la nature de leurs travaux force à un exercice continuel.

L'inertie et l'alcoolisme sont donc surtout chez la femme la cause efficiente d'une prédisposition plus grande à l'obésité.

Quant à l'âge, si l'on trouve déjà des *petits gras*, parmi les enfants de deux et trois ans, une véritable polysarcie, si l'on en rencontre aussi à l'âge de treize ans, à l'époque de la puberté, c'est surtout, cependant, vers l'âge de vingt-cinq à trente ans, et à l'âge critique, que l'on voit l'obésité apparaître. La première, l'obésité héréditaire, est toujours grave par les difficultés sérieuses que l'on éprouve à la guérir; l'obésité acquise au contraire est plus facile à traiter.

Les causes efficientes sont une alimentation trop riche jointe, soit à une dépense insuffisante, soit à un excédent des recettes; l'absorption de certains liquides, le vin par exemple et surtout l'alcool, le meilleur des combustibles dans l'économie animale, un aliment d'épargne et de réserve; la bière a aussi une action spéciale; le sommeil prolongé, témoin les femmes turques, qui passent une partie de leur vie à dormir ou à rester inertes. D'aucuns ont considéré le mariage comme favorisant l'obésité, je ne partage pas cet avis; ils ont dit: Les célibataires mènent une vie agitée, tandis que le mariage les repose. A cela j'ajouterai que le mariage entraîne d'autre part certaines préoccupations, les soucis et les charges de la famille, parfois certains chagrins, sans parler du caractère de la femme qui s'harmonisera plus ou moins avec celui du mari. Aussi poserai-je un point d'interrogation.

Un fait curieux, que je ne saurais expliquer, est relatif à la mort de l'un des conjoints. Est-ce la femme qui survit? le veuvage l'engraisse; est-ce l'homme au contraire? vous le verrez jaunir, maigrir, se ratatiner.

La convalescence des fièvres graves, cette sorte de renouveau que l'individu éprouve au sortir d'une pyrexie grave, le prédispose à l'engraissement. Il en est de même du flux menstruel. Le mercure, si violemment attaqué par ses détracteurs, a été reconnu par Liégeois comme favorisant au contraire l'engraissement.

C'est ainsi qu'à l'hôpital du Midi il a maintes fois vu des sujets, guéris par le mercure, augmenter en poids. La castration, qui engraisse les animaux, témoin les chats, les bestiaux, etc., ne paraît pas avoir la même action sur l'homme. Godard, qui a parcouru la Haute-Égypte, a remarqué que les eunuques n'étaient ni plus ni moins gras que les autres hommes; ils présentaient seulement un développement considérable des jambes.

Certains auteurs, et notamment Dickens, ont prétendu, traçant le portrait de l'homme gras, que celui-ci était lourd, flegmatique, vorace, altéré de tout, froid, peu enclin à l'amour. d'une intelligence somnolente, en un mot un être à peu près nul. Je ne saurais l'admettre, et, quand on parcourt l'histoire, on trouve notamment des héros obèses. On voit qu'Épaminondas était énorme; peut-être était-il malheureux en ménage, les deux seules filles qu'il reconnut étant ses deux grandes victoires. Guillaume le Conquérant était si gros qu'il en mourut, succombant à un érysipèle gangreneux, suite d'une chute de cheval. Louis XVIII n'était pas non plus un homme ordinaire; citerai-je encore Balzac, Planche, etc., dont l'obésité s'alliait parfaitement à une très-grande activité d'esprit?

Parler du diagnostic de l'obésité paraît chose ridicule, tant celle-ci semble devoir, dans tous les cas, sauter aux yeux. Cependant les cas de grossesse graisseuse ne sont pas des plus rares, et l'on a vu certaines femmes se croire enceintes, sentir même remuer l'enfant prétendu et n'accoucher jamais, bien que parfois le médecin lui-même pût s'y tromper et diagnostiquer une grossesse.

Comme pronostic, nous voyons l'orthopnée, les palpitations, l'angine de poitrine, le diabète pouvoir être la conséquence de l'obésité. L'érysipèle gangreneux, et surtout les affections cardiaques, sont aussi le propre des gens obèses. C'est ainsi qu'un auteur a trouvé 50 fois le cœur malade sur 57 individus obèses.

La thérapeutique a grandement varié depuis Galien jusqu'à Gubler. Le premier conseillait le persil et la cendre de vipère; plus tard, dans le but de diminuer la surcharge

graisseuse, on eut recours aux évacuations, aux altérants, à l'iode principalement, puis aux diurétiques, aux purgatifs. Ces moyens ne pouvant être, sans danger, longtemps continués, on s'est adressé à l'hygiène par la gymnastique et l'entraînement.

Si l'obésité légère peut être guérie et l'obésité grave enrayée et même améliorée, par quels moyens? Pour cela, il me faut vous citer l'exemple d'un collègue des hôpitaux qui me touche de très-près et dont je puis vous dire l'histoire, car elle m'est connue dans toutes ses plus petites particularités. C'était un individu plutôt lymphatique que sanguin, d'une taille de 1^{m},74, très-mince jusqu'à l'âge de vingt ans, et sans hérédité aucune au point de vue de l'obésité. Tout à coup, à cet âge, il eut dans l'espace d'une année à peine un épanouissement subit, coïncidant avec l'époque de son internat des hôpitaux, et un changement de nutrition, une nourriture plus variée. L'engraissement fut si considérable qu'à vingt-huit ans il pesait 214 livres. Il n'en continua pas moins à augmenter, et quelques années plus tard il atteignait 232 livres.

A cette époque, il fut placé à la tête d'un service hospitalier important, comme médecin ou chirurgien, peu importe. En présence d'une obésité assez gênante, il consulta des spécialistes; on lui conseilla des purgatifs, l'eau de Marienbad tous les matins, le vin pur, les viandes grillées ou rôties, proscrivant pain et féculents. Il maigrit rapidement, perdant 29 livres en peu de temps; mais en même temps, l'affaiblissement était rapide, il éprouvait des palpitations; une sorte de diarrhée chronique s'établissait, et, pour peu que notre collègue eût eu quelque prédisposition à devenir tuberculeux, il était perdu. Il cessa alors tout traitement, et en quinze jours il récupérait les 29 livres perdues.

De 1873 à 1881, rien de notable à signaler; il avait pris parti de son obésité et de son poids de 232 livres, lorsque, à la fin de l'an dernier, une vive passion s'empara de lui: la passion du cheval. La bête choisie, quoique solide, avait les jambes trop grêles et les reins trop faibles pour le porter. Que faire cependant? Il tenait à sa bête autant qu'à sa passion; l'animal ne pouvant croître en forces, l'homme devait diminuer en poids. Cette résolution prise, notre collègue se livre à l'entraînement, et, par une force de volonté considérable, il se condamne à ne plus manger certains aliments, et, chose plus difficile, il s'oblige à résister aux conseils de ses amis qui redoutent pour lui les conséquences du nouveau genre de vie qu'il va s'imposer pendant un temps plus ou moins long.

Le régime auquel il s'est astreint se divise en deux parties: l'exercice et le régime proprement dit.

A. L'exercice d'une durée de deux heures à deux heures et demie chaque jour comprend: 1° la marche, qui consistera à faire tous les matins, en vingt minutes, 3 kilomètres, marche rapide par conséquent, au pas de course pour ainsi dire, le pas de troupe étant de 1 kilomètre par dix minutes; 2° l'équitation, tous les matins également, sur un cheval assez dur pour produire une certaine réaction, de la fatigue, de la sudation; 3° enfin l'escrime chaque jour aussi pendant vingt-cinq ou trente minutes.

B. Peut-on maigrir par le régime sans l'exercice? Oui, mais en s'affaiblissant; le muscle, alors, ne se refaisant pas, la force disparaît avec la graisse. Exécuter, sans broncher, le régime que l'on s'est imposé, n'est pas non plus toujours chose facile, et il faut là aussi une grande force de volonté. Ce régime consiste tout d'abord dans le jeûne matinal, la suppression complète du premier repas, que nous avons l'habitude de prendre de sept à huit heures du matin, repas nuisible au but qu'il se proposait en raison des substances dont il se compose ordinairement; cette suppression pourrait, à la rigueur, être remplacée par une tasse de café noir sans sucre, par un cigare ou par une pipe, selon la classe à laquelle on appartient. En second lieu, le déjeuner de midi se composait invariablement de deux œufs à la coque, d'une côtelette de mouton grillée, d'une salade de saison et d'eau, sans pain, ni beurre, ni vin. J'ajoute une tasse de café noir sans sucre ni eau-de-vie. Au dîner, ni soupe ni potage, mais viandes grillées, légumes, fruits et eau, et toujours suppression absolue du pain et du vin.

L'eau lui paraissait bien fade, nauséeuse; alors il la transforma en thé, mais bientôt il dut y renoncer, cette boisson l'énervant au point de rendre son caractère grincheux, irritable, insupportable, de placide et bon enfant qu'il était d'habitude. Il songe alors au cidre *paré*, c'est-à-dire fait et non plus doux; autre inconvénient, le cidre amène la diarrhée. Ce que voyant, il revient à l'eau pure, si désagréable qu'elle lui paraisse.

Quels furent les résultats d'un pareil régime? Le premier soin à prendre fut de se peser chaque semaine au même jour, à la même heure et dans les mêmes conditions, sous peine de n'avoir pas des chiffres exacts. Ceux-ci furent des plus éloquents. En effet, le 4 janvier 1881, veille de l'application dudit régime, notre collègue pesait, nu, 116 kilogrammes; le 24 mars suivant, son poids n'était plus que de 101 kilogrammes, soit une perte de 30 livres en quatre-vingts jours.

Au commencement, l'amaigrissement est foudroyant, parce que l'on perd d'abord ce que j'appellerai la dette flottante, c'est-à-dire les 13 à 14 livres que l'on peut toujours facilement perdre en quelques jours et regagner aussi facilement, témoin les résultats obtenus par les jockeys dans les trois ou quatre jours qui précèdent une course.

Le 6 mai, notre collègue ne pesait plus que 94^{k},500; mais jusque-là le régime imposé avait été scrupuleusement suivi. Cependant il commençait à trouver la chose monotone, à penser que l'amaigrissement allait un peu vite; aussi se décide-t-il à limiter la perte en modifiant un peu le régime. C'est ainsi qu'il prend un peu de vin, quelques féculents, mais dans cette voie le terrain est glissant, la pente rapide. Il se résout alors de préférence à des écarts de régime réguliers, c'est-à-dire deux jours par semaine. Les résultats sont les suivants: 11 juin, 91^{k},900; 7 juillet, 89 kilogrammes; 5 avril, 87 kilogrammes. Ce jour-là, un évènement agréable se passait dans la famille, le régime était oublié, par suite le poids de remonter aussitôt à 89 kilogrammes. Le régime est repris, et quinze jours plus tard les 87 kilogrammes sont atteints de nouveau. Les vacances arrivent, notre collègue voyage en chemin de fer, et, si le régime alimentaire est conservé, l'exercice est moindre; aussi, au retour, la balance donne 89, 90 kilogrammes. Exercice et régime sont repris sévèrement, et le 26 octobre notre collègue était au chiffre de 86^{k},600. Il avait donc, en résumé, perdu 60 livres en un peu moins de dix mois. D'autre part, sa force avait augmenté, sa résistance était plus grande, il avait donc de l'entraînement recueilli un bienfait véritable. L'agilité était devenue telle qu'il pouvait monter les 104 marches de certaines maisons, et pour ainsi dire au pas gymnastique, sans la moindre dyspnée; la transpiration, autrefois excessive et survenant à la moindre émotion, était presque supprimée.

De plus, tandis que chaque été, depuis quinze ou seize ans, les avant-bras, les bras et la face antérieure des cuisses se recouvraient d'une sorte d'eczéma, par suite du travail excessif des glandes sudorales, cette année aucune éruption n'apparut. Mais, pour être vrai de tous points, je dois aussi vous faire connaître le revers de la médaille : quelle médaille n'a pas le sien? Ce revers, très-léger, consiste dans une modification du caractère, qui, d'enjoué qu'il était, est devenu plus sérieux et presque indifférent aux choses gaies, sans tourner cependant à la tristesse.

Tels sont les résultats obtenus par un collègue qui, ainsi que je vous le disais, en commençant, me touche de très-près et que vous aurez bien certainement reconnu sans que j'aie besoin de vous le nommer.

PHLEGMON PÉRI-URÉTHRAL

ET INFLAMMATION DES CORPS CAVERNEUX

Par le docteur L. Sorbets, d'Aire (Landes).

R... (Pierre), âgé de cinquante ans, est atteint de blennorrhagie aiguë.

Douze jours après le début de cette affection, qui est dans toute sa virulence, le malade me fait appeler le 2 avril 1881.

Voici les phénomènes constatés lors de ma première visite : uréthrite blennorrhagique avec écoulement muco-purulent; douleur pendant la miction, plus vive surtout à la fin.

Le pénis a acquis un développement considérable. Déjà il existe près de la fosse naviculaire une tumeur circonscrite sous-cutanée, présentant des symptômes de fluctuation. Le prépuce forme à la base du gland un fort bourrelet, véritable paraphimosis, avec inflammation des glandes de Tyson.

Il n'existe pas d'orchite ni de cowpérite. La prostate et le périnée sont à l'état normal.

Un traitement est spécialement dirigé contre la blennorrhagie : injections au sulfate de zinc; 8 capsules de baume de copahu par jour, remplacées plus tard par du poivre cubèbe; élévation des parties, repos au lit, pas de spiritueux ; boissons émollientes.

Puis nous proposons au malade d'ouvrir, séance tenante, son abcès, ce qu'il s'empresse de refuser.

Cependant le pouls était lent, petit, et les nuits agitées.

Le 6 avril, l'abcès a augmenté de volume. Je l'ouvre à l'aide de la lancette. Il s'en écoule du pus mélangé avec du sang. Une petite mèche est placée dans l'ouverture, et des cataplasmes de farine de lin entourent la verge.

Traitement antiblennorrhagique continué, élévation des parties, purgatif salin.

Pendant quelques jours, l'écoulement se fait par pression et péniblement par l'ouverture, dont le diamètre diminue par suite du travail de cicatrisation. Cet état de choses pouvait ainsi durer très-longtemps, le clapier ne se vidant pas en entier ni facilement. On pouvait craindre la perforation de l'urèthre, amenant des infiltrations ou une fistule urinaire. Il fallait donc, à tout prix, faire une large ouverture pour éloigner tout danger.

Le 10 avril, je fais une incision profonde, intéressant en partie les corps caverneux. Du sang et du pus s'écoulent de la plaie, qui reste béante à cause de la membrane élastique qui forme leurs parois.

Nous n'avions plus affaire à un petit abcès, sans grande importance, près de la fosse naviculaire, mais bien à une plaie qui venait d'atteindre les corps caverneux.

Les phénomènes de la blennorrhagie diminuent d'intensité; toutes les fois que le malade se lève pour aller sur le vase, il y a une hémorrhagie qui se fait par la plaie. Le cataplasme lui-même reçoit du sang et du pus, sang provenant des corps caverneux.

Cet écoulement, qui se fait goutte à goutte, non par l'urèthre, mais par la plaie, dure de quatre à cinq jours, entravant la cicatrisation.

Cependant celle-ci débute par les parties profondes et gagne rapidement les parties superficielles, et la guérison ne se fait pas longtemps attendre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre de la marine qui demande que l'Académie veuille bien se livrer à une enquête sur la fièvre jaune, comme elle a fait en 1879 pour la peste.

La lettre de M. le ministre est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Pasteur, Davaine, Fauvel, Leroy de Méricourt, J. Rochard et L. Colin.

La correspondance manuscrite comprend : 1° des lettres de candidature de M. Siredey pour la section de pathologie médicale et de M. le docteur Mathias Duval pour la section d'anatomie et de physiologie.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Briquet, et, après quelques paroles d'hommage à sa mémoire, rend compte des honneurs qui lui ont été rendus à ses obsèques par une députation de l'Académie.

PRÉSENTATION

M. Hillairet présente l'enfant phénomène qu'il a déjà présenté vendredi dernier à la Société médicale des hôpitaux. (Voir notre numéro de mardi 29 novembre.)

LECTURES

Influence de la glycosurie et du paludisme sur les affections chirurgicales. — M. Verneuil fait une communication relative à l'influence de la glycosurie et du paludisme combinés sur les affections chirurgicales et sur les opérations qu'elles nécessitent. Après quelques considérations générales sur ce sujet, il rapporte six observations de ce genre. Le commentaire qu'il fait de ces observations peut être résumé dans les termes suivants :

Pour tout esprit non prévenu, l'influence pathogénique de la malaria sur le diabète ne saurait être contestée. A priori, cette influence est très-acceptable, étant connue l'action si manifeste du poison tellurique sur le système nerveux et le foie, c'est-à-dire sur les deux facteurs essentiels de la glycosurie. A posteriori, je vois clairement la succession des faits. Au début de la maladie, dans les premiers accès de fièvre, il y a congestion des centres nerveux et du foie, d'où la glycosurie passagère et fugace de M. Burdel (de Vierzon).

Lorsque la fièvre se prolonge et se perpétue, la congestion des organes glycogènes, à force de se répéter, laisse des altérations permanentes ayant pour résultat le diabète continu.

A quelle époque la glycosurie éphémère et liée à la fièvre survit-elle à cette dernière et s'installe-t-elle définitivement? On n'en sait rien. Dans certains de nos cas, nombre d'années se sont écoulées entre la cessation des accès et la constatation du sucre dans l'urine; mais on sait combien de temps le diabète peut rester méconnu. Ce point obscur pourra être éclairci par les praticiens des pays palustres.

Jusqu'à nouvel ordre, je suis en droit de supposer que le paludisme rend de préférence diabétiques ceux que leur disposition morbide préexistante, leur idiosyncrasie, l'arthritisme antérieur prédisposent à l'apparition spontanée du diabète.

En ce qui concerne le pronostic du diabète palustre, j'ai été frappé de sa bénignité dans toutes mes observations.

Il me paraît jusqu'ici que le diabète d'origine palustre est de forme bénigne ; je serais porté à croire que chez certains diabéto-

paludiques le sucre peut disparaître absolument pendant un temps plus ou moins long et ne se montrer qu'à l'occasion d'ébranlements plus ou moins intenses subis par l'économie.

Si les paludo-diabétiques conservent une santé satisfaisante dans les conditions ordinaires de la vie, en est-il de même quand une affection spontanée ou accidentelle vient se surajouter encore? C'est ce que je me suis proposé d'examiner et ce qui constitue le sujet principal de cette note.

Ayant d'abord rencontré deux sujets qui devaient subir des opérations chirurgicales, je me suis demandé, conformément au programme que je poursuis depuis de longues années, quel effet produirait le traumatisme chez des hybrides paludo-diabétiques.

J'ai constaté, de la manière la plus nette, l'influence de l'acte chirurgical sur l'une des diathèses.

Dans l'observation première et deuxième, on était parvenu, par une thérapeutique préparatoire appropriée, à faire disparaître la glycosurie; on devait s'attendre à voir la stimulation opératoire ramener le sucre. Il n'en fut rien. En revanche, ce fut le paludisme, endormi depuis neuf ans chez le premier malade, et toujours mal caractérisé chez le second, qui reparut sur la scène.

Si le paludisme intervient dans l'observation troisième comme cause de diabète, il ne semble tout d'abord jouer aucun rôle dans la production de l'accident qui amène le malade à l'hôpital.

D'autre part, de nombreuses observations démontrent en certains pays la fréquence de la gangrène chez les paludiques. Nous aurions donc ici deux causes au lieu d'une pour expliquer le sphacèle cutané. A la rigueur même, une troisième cause pourrait être invoquée: l'alcoolisme.

Déjà il a été à peu près démontré que la glycosurie, à elle seule, engendre rarement la gangrène, et qu'il lui faut d'ordinaire le secours de l'alcoolisme.

Après d'autres considérations, trop étendues pour que nous puissions les reproduire ici, M. Verneuil termine ainsi:

Je propose, sous toutes réserves et à titre provisoire, les conclusions suivantes:

1° La malaria engendre fréquemment la glycosurie.

2° Celle-ci se présente sous deux formes: l'une, contemporaine de l'accès fébrile, et comme lui passagère, fugace; l'autre, plus ou moins tardive, indépendante des paroxysmes fébriles, et en tout cas permanente.

La seconde forme est vraisemblablement la suite de la première, mais l'époque de la substitution est tout-à-fait inconnue. Rien ne prouve même que dans les pays paludiques le diabète ne puisse pas l'établir d'emblée comme forme larvée de l'intoxication.

3° La glycosurie permanente semble atteindre de préférence les paludiques vigoureux entachés d'arthritisme.

4° La glycosurie palustre paraît être une des formes bénignes du diabète.

5° Les affections intercurrentes survenues chez les paludo-diabétiques peuvent prendre certains caractères du paludisme ou de la glycosurie, ou des deux maladies à la fois.

Les lésions traumatiques peuvent aisément réveiller ou aggraver les deux diathèses, mais de préférence les manifestations telluriques.

M. Léon Colin croit devoir faire quelques réserves relativement au rôle que M. Verneuil a assigné à l'impaludisme dans les observations qu'il vient de communiquer à l'Académie, et dans les commentaires dont il les a accompagnées. Pour quelques-unes, au moins, de ces observations, la part de l'impaludisme ne ressort pas nettement de leur relation. En ce qui concerne notamment le malade qui avait eu des fièvres intermittentes neuf ans auparavant et qui ne s'en était plus ressenti depuis, il n'est pas admissible qu'après un aussi long espace de temps la fièvre intermittente ait été réveillée par l'opération qu'il lui a pratiquée.

M. Verneuil, vu l'heure avancée, demande à être autorisé à répondre à M. Colin dans la séance prochaine.

Trichines. — **M. Decaisne** lit un travail sur les trichines. Ce travail est une critique du décret du 18 février 1881, qui, suivant M. Decaisne, est venu prévenir un danger imaginaire en prohibant en France l'entrée des viandes de porc salées d'Amérique, l'expérience ayant démontré que les trichines renfermées dans la viande de porc sont tuées par un certain temps de salaison, et dans tous les cas par une cuisson à la température de l'eau bouillante. M. Decaisne entre à ce sujet dans des considérations économiques que nous n'avons pas à apprécier ici. Son travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

398. M. Delpech. Contribution à l'étude de la chéloïde et de son traitement. — 399. M. Ott. De la syphilis anomale grave. — 400. M. Rigal (Martial). Contribution à l'étude du déplacemeut accidentel des reins. — 401. M. Théry. Étude physiologique sur les bains prolongés. — 402. M. Gourgues. Du permanganate de potasse et de son emploi en thérapeutique, principalement dans la blennorrhagie. — 403. M. Diard. Contribution à l'étude de la côlotomie lombaire en France, dans le cancer du rectum. — 404. M. Louis Durand. Étude sur le *Gingiber officinale* et sur les rhizomes de gingembre employés en médecine. — 405. Mme Perrée. Étude sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses. — 406. M. Perrotin. Des injections hypodermiques d'ergotine. — 407. M. Armet. Sur un cas d'oblitération par thrombose de l'aorte descendante. Étude sur les effets de la ligature de l'aorte thoracique. — 408. M. Castex. Étude sur les adénites iliaques. — 409. M. Signoret. Du traitement du prolapsus utérin par les appareils contentifs. — 410. M. Renson. Rétrécissement cicatriciel de l'intestin. — 411. M. Reyne. De la crise hématique dans les maladies aiguës à défervescence brusque. — 412. M. Lépagnez. De l'eczéma professionnel. — 413. M. Valleteau de Mouillac. Contribution à l'étude de la mort dans l'érysipèle. — 414. M. Boyer. Recherches étiologiques sur la gangrène de la verge. — 415. M. Bachelot. Contribution à l'étude du délire ambitieux. — 416. M. Jacq. De l'influence de l'immobilisation sur la cicatrisation des plaies, principalement des plaies d'amputation. — 417. M. Delassus. Étude sur l'hydropisie de l'amnios. — 418. M. Cochot. De l'inosurie au point de vue chirurgical. — 419. M. Prima. Considérations sur la Lucilia hominivorax. — 420. M. Brencq. Recherches sur les causes des hydropisies dans le diabète sucré. — 421. M. Ledoux-Lebard. Recherches sur la respiration dans le croup. — 422. M. Mora. De la dyspnée et des troubles cardiaques d'origine réflexe. — 423. M. Legendre. Considérations sur le traitement des varices. — 424. M. Browkillo. De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux à large pédicule. — 425. M. Huh-Monceau. Étude clinique sur les manifestations insolites du mal de Bright au début.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 novembre 1881, M. Colin (Léon-Jean), médecin principal de deuxième classe, sous-directeur de l'école du Val-de-Grâce, a été promu au grade de médecin-inspecteur, en remplacement de M. Gueury, admis dans la deuxième section (réserve.)

— *Faculté de médecine de Paris*. — MM. Aragon et Guéniot sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1881-1882, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow.

— *Faculté de médecine de Lille*. — M. Gaulard, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1881-1882, des fonctions de maître de conférences d'accouchement, à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Sicard, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, du 1er novembre 1881 au 1er novembre 1883, des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Duchamp, décédé.

M. Magnin, chargé d'un cours de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, est, en outre, maintenu, pendant l'annnée scolaire 1881-1882, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville.

M. Eymonnet (Léon), né à la Côte-Saint-André (Isère) le 31 mars 1856, bachelier ès sciences, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Flavard dont la délégation est expirée.

M. Raigé, préparateur de médecine opératoire, est maintenu dans lesdites fonctions pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Garnier (Louis), né le 8 septembre 1859, à Châlon-sur-Saône, bachelier ès lettres, est nommé préparateur de matière médicale et de botanique pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Lemoine (Georges), né le 15 janvier 1859, à Tulle (Corrèze), est nommé préparateur d'anatomie générale et histologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

Sont maintenus dans les fonctions de chefs de travaux pour l'année scolaire 1881-1882 : MM. Contague (médecine légale) ; Guérin (chimie organique et toxicologie) ; Chapuis (pharmacie).

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Vautier, licencié ès sciences physiques, est maintenu, pour l'année scolaire 1881-1882, chargé des fonctions de maître de conférences de physique.

M. Charbonnel-Salle, licencié ès sciences, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1881-1882, chargé des fonctions de maître de conférences de zoologie.

M. de Forcrand, licencié ès sciences, est maintenu, pour l'année 1881-1882, chargé des fonctions de maître de conférences de chimie.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Louise, licencié ès sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1881-1882, des fonctions de maître de conférences de chimie.

M. Thoulet, docteur ès sciences physiques, est maintenu, pour l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences de physique et minéralogie.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Filhol (Henri), professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1881-1882, par M. Barthélemy, docteur ès sciences.

M. Joulin, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences de chimie.

— *École de pharmacie de Paris.* — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences, M. Moissan (travaux pratiques de chimie élémentaire et pharmacie) ; M. Gérard (botanique micrographique).

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Collot, pharmacien de première classe, docteur ès sciences naturelles, est chargé des fonctions d'agrégé pendant l'année scolaire 1881-1882.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Un concours pour la nomination à huit places d'élèves en pharmacie sera ouvert le 28 décembre 1881, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Le registre d'inscription restera ouvert au secrétariat des hospices de Marseille, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 20 décembre inclusivement.

— M. le professeur Blanchard a commencé le cours de zoologie (animaux articulés), au Muséum, le mercredi 30 novembre 1881, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Des conférences de clinique médicale et chirurgicale auront lieu tous les jours, à dix heures du matin, les dimanches exceptés, à partir du samedi 3 décembre 1881, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec. Elles seront faites dans l'ordre suivant : le lundi, M. Ball ; le mardi, M. Nicaise ; le mercredi, M. Legroux ; le jeudi, M. Ferrand ; le vendredi, M. Damaschino, et, le samedi, M. Nicaise. — L'ouverture des conférences de MM. Ball et Damaschino sera ultérieurement annoncée.

— M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique biologique le lundi 7 décembre 1881, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Le programme du cours comprend les phénomènes physiques de la vision.

— M. le docteur Apostoli commencera un cours sur les applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité, le mercredi 7 décembre, à deux heures, à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Société des sciences médicales de Gannat, compte-rendu des travaux de l'année 1880-1881 (35e année), par le docteur Paul Fabre. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique, par le docteur Brun. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales (hospice de la Salpêtrière, M. le professeur Charcot), par le docteur P. Richer. 2e édition, avec 16 figures. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12015.

N° 139. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1881. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La gangrène gazeuse.

La clinique lyonnaise nous apporte, non pas une notion nouvelle précisément, mais des aperçus nouveaux sur un point encore mal défini de l'histoire de l'infection putride, que les récentes découvertes de la microbie et des méthodes antiseptiques ont déjà commencé à mettre en lumière. Nous voulons parler de la gangrène gazeuse, qui vient de faire l'objet d'une sorte d'étude préliminaire très-intéressante de la part de M. le docteur Daniel Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Qu'est-ce que la gangrène gazeuse ?

Laissons parler M. Mollière :

La violence des accidents divers que l'on a décrits sous cette rubrique « l'infection putride », leur coexistence fréquente, constante même, et leur terminaison presque toujours fatale, nous expliquent cette confusion (la confusion de toutes les espèces morbides qui sont restées comprises sous ce vocable après la séparation nette faite par les chirurgiens de l'infection putride et de la pyohémie). Pendant les dix années qui ont précédé l'avènement de la méthode antiseptique, on a pu croire que la septicémie était une. Les premiers succès de la méthode antiseptique ont semblé même un moment justifier cette opinion. Mais, ajoute M. Mollière, ce ne sera pas un des moindres services qu'aura rendus cette méthode que d'avoir permis de définir les espèces morbides qui constituent la septicémie des chirurgiens contemporains.

Se bornant à dire ce qu'il a vu lui-même, M. Mollière passe en revue les complications qui ont disparu à l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis l'introduction de la méthode antiseptique.

La diphthérie des plaies dite pourriture d'hôpital, la pyohémie, y sont aujourd'hui inconnues.

L'érysipèle s'y observe encore assez souvent. Mais, tandis qu'il était presque constamment mortel il y a quelques années, il n'a plus aujourd'hui qu'une faible gravité ; il ne fait plus mourir ; même lorsqu'il se développe sur le moignon d'une amputation de cuisse incomplètement cicatrisée, il ne compromet pas les chances de guérison rapide et de réunion parfaite.

La septicémie due à l'absorption de substances putrides indéterminées, que l'on aura toujours à combattre tant qu'il existera des plaies anfractueuses difficiles à drainer et à désinfecter, est la complication qui cède le plus rapidement aux moyens antiseptiques.

Reste au nombre des complications les plus redoutables la gangrène gazeuse, sur laquelle la méthode antiseptique n'a eu jusqu'ici aucune influence.

Ce nom de gangrène gazeuse, un peu confusément donné jusqu'à présent par les uns à une forme spéciale d'érysipèle, l'érysipèle bronzé, par d'autres à ce développement de gaz putrides dans le tissu cellulaire, retenus par des croûtes, des eschares au pourtour de plaies anfractueuses, par quelques-uns au sphacèle qui survient sous les bandages trop serrés, par le plus grand nombre, enfin, à la terminaison par gangrène d'une phlegmasie diffuse, M. Mollière l'affecte spécialement à un état, une maladie qui, à ses yeux, est absolument spécifique. Mais, pour l'envisager ainsi, il a fallu faire ce que les cliniciens n'ont pas fait généralement jusqu'à présent: c'est-à-dire la dégager des coexistences morbides, l'étudier dans son état simple.

Voici les symptômes que M. Mollière lui assigne :

La maladie est annoncée par une douleur excessive au niveau du point inoculé. Cette douleur est telle que les malades exigent l'ablation de leurs pièces de pansement et souvent les enlèvent eux-mêmes. Lorsqu'on découvre la plaie, on lui trouve son aspect normal. La coloration de la peau n'a pas changé, il n'y a pas de gonflement. La température reste normale. Mais le toucher provoque de la douleur.

Quelques heures plus tard, quelquefois en même temps, on remarque que les phrases du patient sont entrecoupées. Sa respiration est précipitée, il est anxieux. Cette dyspnée prémonitoire est un signe qui trompe rarement et qui a, au point de vue du diagnostic, une importance capitale.

Peu après éclatent les accidents locaux. On observe tout d'abord le gonflement et une crépitation gazeuse plus ou moins abondante au pourtour de la plaie. Les douleurs persistent avec une extrême intensité. La coloration de la peau change. Il survient des plaques livides, puis violettes, puis vertes, s'étendant rapidement. Si on les incise, on entend fuir les gaz, et l'on voit s'écouler une sérosité louche. Ces plaques, absolument insensibles, cadavérisées, se développent et s'agrandissent, se couvrant plus tard de phlyctènes

rougeâtres, quelquefois même de phlyctènes gazeuses. Toujours apyrexie.

A partir de cette période, la dyspnée augmente ; il y a très-rarement un peu de délire. La température s'abaisse, le thermomètre marque 36°, 35.5, les extrémités se refroidissent, la face devient cyanosée, et le patient succombe avec des symptômes analogues à ceux que présentent les enfants qui meurent de diphthérie.

Il est à peu près impossible d'obtenir chez les sujets atteints de cette affection l'ivresse alcoolique, même en administrant des doses énormes de cognac.

Après la mort, le corps se putréfie avec une excessive rapidité. Les gaz se développent et distendent la peau outre mesure. Au bout de quelques heures, le cadavre a doublé de volume et est méconnaissable. Il est donc à peu près impossible de savoir quelles sont les lésions viscérales qui coïncident avec cette intoxication. On sait seulement que les gaz qui se développent dans ces circonstances sont inflammables.

En résumé, les symptômes cardinaux de la gangrène gazeuse sont : la douleur excessive, la dyspnée prémonitoire, l'emphysème envahissant, la cadavérisation de la peau, l'apyrexie.

Au point de vue anatomique, la lésion siège dans le tissu cellulaire, qui devient d'une coloration jaune ictérique caractéristique. Partout où elle existe, on trouve le microbe, agent morbifique de cette affection.

Enfin la gangrène gazeuse est inoculable. M. Mollière croit pouvoir l'assimiler au charbon.

Restera à voir expérimentalement si une intervention hâtive pourra en enrayer la marche, comme la cautérisation destructive neutralise la pustule maligne.

Ce que nous venons d'exposer sommairement n'est, sous la plume même de M. Mollière, qu'une esquisse, dont il se propose de nous donner plus tard une délinéation plus complète.

Nous l'attendons.

État du cœur droit dans la phthisie pulmonaire.

C'était une opinion généralement admise avant Laennec que chez les phthisiques le cœur était généralement volumineux et que ses cavités droites plus particulièrement étaient dilatées. Laennec, le premier, a établi par des observations anatomo-pathologiques, contrairement à l'opinion de ses devanciers, que dans la tuberculose en voie d'évolution le cœur, en général, est petit. Cette dernière manière de voir, appuyée plus tard par Louis, est restée depuis lors en quelque sorte comme une notion classique ; ce n'est qu'à titre d'exception que l'on a signalé chez des phthisiques des augmentations de volume du cœur et notamment du cœur droit, et l'on a dû en rechercher les causes dans des circonstances en dehors des conditions communes.

Dans ces derniers temps on est revenu un peu sur cette opinion. C'est surtout M. Jaccoud qui a affirmé de la manière la plus nette l'existence d'une dilatation du cœur droit et d'une insuffisance tricuspide dans les phthisies pulmonaires avancées. « Toutes les fois, a-t-il dit, que j'ai rencontré avec l'absence d'hémoptysies tardives des ulcérations pulmonaires considérables, j'ai constaté une dilatation plus ou moins large de l'orifice tricuspide. » Des observations qu'il a faites sur ce sujet, il a déduit les propositions suivantes : « L'insuffisance tricuspide est fréquente chez les phthisiques ; le développement de cette altération est subordonné à l'étendue de la destruction du tissu pulmonaire ; l'insuffisance tricuspide, compensant l'accroissement de pression dans l'artère pulmonaire, prévient la rupture des vaisseaux et constitue dans l'espèce un phénomène salutaire. » Cette idée théorique de M. Jaccoud a été depuis reproduite et soutenue dans plusieurs thèses.

Enfin, parmi les travaux les plus récents sur ce sujet, il faut citer le mémoire de M. le docteur du Castel, qui, se fondant sur des observations nombreuses, a formulé cette conclusion :

Que la dilatation et l'hypertrophie du cœur droit semblent être un résultat exceptionnel et peu accusé de la tuberculose ne se présentant que dans certaines conditions spéciales telles que : adhérences pleurales généralisées, sclérose pulmonaire.

Passons, après ce rapide historique de la question, à l'étude que M. le docteur J.-G. Marucheau vient de faire récemment de ce sujet, à l'occasion d'un cas dont il a été témoin dans le service de son maître, M. le docteur Rigal, à l'hôpital Necker.

M. le docteur J.-G. Marucheau a vu mourir de systolie dans ce service un malade qui présentait des signes de tuberculisation pulmonaire.

Voici les principaux détails de cette observation :

Un homme de trente-cinq ans entra, en février 1881, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal. Cet homme, bien portant jusque-là, contracta, il y a deux ans, une bronchite intense qui l'obligea à suspendre son travail pendant deux mois. Au mois d'août 1880, il commença à perdre ses forces, à maigrir un peu et à être court d'haleine. Après la marche, il lui survenait de l'enflure au niveau des chevilles, puis l'œdème remonta jusqu'à la racine des membres inférieurs. Enfin, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la toux était devenue fréquente et les crachats abondants.

Lors de son entrée dans le service, il était en proie à une dyspnée intense ; il avait la face pâle et un peu bouffie, les pommettes violacées. Les membres inférieurs étaient œdématiés dans toute leur étendue. L'œdème avait même gagné le scrotum et la paroi abdominale. A l'examen de la poitrine, on constatait de la matité dans les deux régions sous-claviculaires, des râles sibilants et ronflants des deux côtés, mélangés de râles muqueux, sous les clavicules retentissement de la voix et quelques râles éclatants. Crachats abondants, franchement purulents.

A la palpation de la région précordiale on ne sentait point nettement le choc de la pointe du cœur, mais une impulsion diffuse sur une surface comprise entre le mamelon et l'épigastre. Matité précordiale étendue. Bruits faibles, mais distincts. Aucun bruit anomal ni à la pointe, ni à la base ; mais au niveau de la pointe du sternum il existait un souffle systolique très-net, doux, occupant toute la systole, se prolongeant d'une part vers l'épigastre, de l'autre en haut et obliquement vers la gauche.

Les veines jugulaires internes, externes et antérieures, étaient très-gonflées ; on y voyait le pouls veineux. Il y avait insuffisance manifeste de la valvule. Le pouls était fréquent, très-petit, presque filiforme, mais régulier.

Le diagnostic porté fut : tubercules pulmonaires avec emphysème, dilatation du cœur.

Le traitement prescrit consista en macération de feuilles de digitale et régime lacté.

Les deux jours suivants, l'état du malade s'était aggravé,

la dyspnée était encore plus intense, l'œdème avait envahi les parois thoraciques et les mains.

La mort survint dans la nuit du cinquième au sixième jour.

L'autopsie révéla les lésions suivantes : épanchement citrin peu abondant à droite ; à gauche, adhérence totale du poumon à la plèvre, emphysème des deux côtés. Cavernes anciennes, à parois dures, épaisses, jaunâtres, à surface intérieure lisse, aux deux sommets. Autour, tissu dur, scléreux, nombreux tubercules fibreux ou crétacés, disséminés dans les deux poumons. Pas de tuberculisation récente ; en aucun point on ne trouva de granulations.

Traces de péricardite récente, fausses membranes minces sur le feuillet pariétal, plaques blanches sur la face antérieure et la face postérieure ; pas d'adhérence, peu de liquide.

Cœur volumineux ; dilatation énorme du ventricule droit, ainsi que de l'oreillette et de l'orifice de la veine cave supérieure.

La valvule tricuspide était saine, mais l'orifice auriculo-ventriculaire droit était considérablement élargi. La paroi du ventricule droit était épaissie. Le cœur gauche était sain.

Comme on a pu le voir par les détails qui précèdent, dans ce cas c'est une bronchite qui a été l'occasion des accidents ultimes de l'asystolie, sans l'intervention d'aucune altération grave et récente des organes thoraciques.

Nous ne pourrions pas, sans dépasser les limites d'un article de Revue, pousser plus loin l'analyse de cet intéressant travail. Qu'il nous suffise de dire que des observations nombreuses qu'il y a réunies et de l'analyse savante à laquelle il les a toutes soumises, M. le docteur J.-G. Marucheau a tiré des conclusions qui nous semblent très-bien résumer l'état actuel de la science sur ce point d'anatomie pathologique et de clinique.

Dans la phthisie aiguë, la dilatation du cœur droit est fréquente. Cliniquement, il existe une forme cardiaque de la maladie. Anatomiquement, on constate l'ectasie ventriculaire ; celle-ci est associée à une éruption confluente de granulations et à un emphysème aigu généralisé. C'est ce dernier élément qui paraît être la cause mécanique de la complication cardiaque.

Dans la phthisie chronique, il faut distinguer deux cas : ou la tuberculose a évolué vers la guérison (phthisie fibreuse) et alors il n'existe pas de cachexie, ou bien la tuberculose suit son cours habituel et détermine une cachexie profonde.

Dans la phthisie fibreuse, il existe une première période d'accidents de tuberculose pulmonaire difficile à reconstituer cliniquement. C'est la période pulmonaire de la phthisie fibreuse aboutissant à l'emphysème généralisé, emphysème qui est la transition obligée entre la phase précédente et la phase cardiaque, qui, commençant par des phénomènes passagers de stase, aboutit à l'asystolie.

L'asystolie peut être amenée par les progrès mêmes de la pneumonie chronique et de ses conséquences, atrophie pulmonaire, emphysème, etc. Le plus souvent, il existe une cause occasionnelle déterminante, une bronchite, une pneumonie ou une poussée de granulations.

Les causes de la dilatation cardiaque sont : les adhérences pleurales, la sclérose pulmonaire, l'emphysème (cause prépondérante).

La dilatation du cœur droit n'existe pas dans la phthisie ulcéreuse en voie d'évolution : d'une part, à cause de la localisation et du peu d'importance de l'emphysème, à cause de la diminution de la masse sanguine déterminée par la cachexie, d'autre part.

C'est la négligence de cet élément, masse sanguine proportionnée à l'étendue et à la liberté de la circulation pulmonaire, qui explique, suivant M. Marucheau, les divergences des auteurs et permet de les concilier.

Enfin, l'existence de lésions tuberculeuses localisées, tant qu'elle n'a que peu d'influence sur la santé générale et ne détermine pas de cachexie, n'empêche pas l'apparition d'une dilatation du cœur droit si celle-ci est causée par des troubles de la circulation pulmonaire ne dépendant ni directement ni indirectement de la tuberculose.

NOTE SUR UN CAS D'EMPHYSÈME DES PAUPIÈRES ET DE L'ORBITE.

Par le docteur S. Baudry (de Lille).

I

H... (Émile), âgé de seize ans, ouvrier peigneur dans une filature de lin, tempérament lymphatico-sanguin et de constitution de moyenne force.

Antécédents : indispositions, diarrhée, bronchites dans la première enfance ; pas de gourme ni de maladies sérieuses. Le nez et les fosses nasales n'ont présenté non plus rien de particulier. Il y a quatre ans, dans une rixe avec des camarades, H... reçut un violent coup de poing sur le nez, et il se rappelle avoir perdu beaucoup de sang ; un an plus tard, il fit une chute sur le même organe qui devint le siège d'un gonflement très-marqué, mais cette fois sans écoulement sanguin.

Le 15 juin, dans l'après-midi, en se baissant pour ramasser des fils de lin, sa tête rencontre une boule de fer du volume du poing, au niveau de la partie antéro-supérieure de la fosse temporale gauche. La douleur qu'il ressent est peu accusée, et, après application d'un corps métallique sur la bosse sanguine, à l'effet de l'aplatir, il continue son travail jusqu'à l'heure habituelle. Rien de particulier jusqu'au dimanche soir. Il a travaillé la veille, mangé et dormi comme d'habitude ; la paupière supérieure lui a seulement paru un peu lourde. Vers sept heures du soir, il se mouche peut-être un peu plus fort que de coutume, et il sent aussitôt comme quelque chose circuler autour de son œil gauche, en lui causant une douleur très-vive, sorte de déchirement au niveau du grand angle ; écoulement de sang très-modéré par la narine gauche. Un nouveau besoin de se moucher nécessite un nouvel effort, qui ramène la même douleur vive et la petite hémorrhagie nasale. Il porte instinctivement la main contre les paupières et l'œil, comme pour s'opposer à la tuméfaction qu'augmente chaque effort. Quand il se couche, il ne peut plus, dit-il, distinguer que vaguement les objets de son œil gauche. Nuit passable. Le lendemain 16, après avoir mis un bandeau, il reprend son travail, que des souffrances et une tension très-forte en arrière et autour de l'œil l'obligent d'interrompre après quelques heures.

17 juin. Il se présente à la consultation pour les maladies des yeux, au dispensaire de Wazemmes.

Les deux paupières, et la supérieure principalement, sont le siège d'une tuméfaction considérable qui se continue avec une tuméfaction beaucoup moindre de toute la région temporale gauche ; coloration ecchymotique tirant sur le jaune. Si, pour reconnaître l'état de la surface osseuse sous-jacente, on déprime en le refoulant le sang épanché, on ne constate rien d'anomal, si ce n'est à l'endroit où le choc a porté un noyau assez dur constitué par la partie solide de l'épanchement. Le gonflement des paupières, mollasse et dépressible, présente ce crépitement particulier, dû au passage de l'air dans les aréoles du tissu cellulaire. La percussion par chiquenaude (M. Gosselin) donne un son tympanique très-manifeste. La palpation, indolore partout ailleurs, devient

douloureuse en arrière de la région du sac lacrymal, mais on ne perçoit aucune crépitation. J'écarte les paupières avec beaucoup de difficulté, et je constate un chémosis gazeux, mais pas de traces ecchymotiques sous la conjonctive oculaire et palpébrale. Exophthalmos très-prononcé. Une injection d'eau ordinaire est poussée avec précaution par le point lacrymal supérieur, puis par le point lacrymal inférieur : d'un côté comme de l'autre, l'eau s'écoule avec la plus grande facilité et repasse entièrement par le nez et la gorge. Le jeune H... n'accuse aucune douleur, et je ferai remarquer qu'il en serait tout autrement s'il y avait la moindre solution de continuité sur un point du conduit lacrymo-nasal. Les jours suivants la même injection fut renouvelée à dessein, dans le but de m'assurer de l'intégrité parfaite des voies lacrymales ; chaque fois l'exploration me donna les mêmes résultats : absence des mouvements de l'œil gauche verticalement en haut et en bas ; à peu près nuls dans le sens oblique, ils ont lieu dans l'étendue de 0m,01 environ à partir de la ligne médiane en dedans et en dehors. Pupille moyennement dilatée ; l'iris a conservé tous ses mouvements.

V = 1/5. Distinction des couleurs. Examen ophthalmoscopique. Transparence parfaite des milieux. État normal du fond de l'œil ; peut-être un peu d'amincissement des artères comparées à celles de l'œil droit.

Appétit parfait ; pouls à 9° ; T = 37°,8.

Traitement : Éviter absolument de se moucher ; application, sur les paupières et sur la région voisine, d'une couche de collodion élastique, d'un tampon de ouate et d'un bandeau légèrement compressif.

18 juin. — A huit heures du matin, accès de fièvre qui a pris fin à dix heures, heure à laquelle je vois le malade au dispensaire. Pouls 9°, T. 37°,9, peau sèche et langue saburrale. L'appétit a disparu. L'état local est à peu près le même, sauf l'emphysème qui a gagné la joue gauche et la partie latérale gauche du cou.

Traitement : Continuer la compression. Sel de Sedlitz, 40 gr., et sulfate de quinine, 60 cent., à prendre en deux fois dans la journée. Vers deux heures de l'après-midi, un violent mal de tête oblige le malade à s'aliter. Nouvel accès de fièvre dans la nuit.

19 juin. — Même état local ; absence de douleurs autour de l'œil. Les paupières s'ouvrent un peu plus facilement. Température et pouls normaux. L'appétit est un peu revenu. Accès de fièvre vers quatre heures, mais qui ne dure qu'une heure. Les jours suivants le mieux s'accentue : diminution progressive du gonflement et retour des mouvements de l'œil. Treize jours après l'apparition de l'emphysème, la guérison est complète, et H... a repris son travail.

Cette observation en elle-même n'offre rien de particulier ni de bien intéressant, et ce n'est certainement pas pour la rareté du fait que je la publie. Même en 1864, l'emphysème dit spontané des paupières et de l'orbite ne devait pas être aussi rare que le dit Foucher (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1864, page 248), qui n'en connaissait que deux cas. Aujourd'hui on les compte moins que jamais. Seulement, pour moi, comme pour tous ceux qui ont relaté ces observations, elle a été le point de départ de la question suivante : Par quel mécanisme cet emphysème s'est-il produit ? quel chemin l'air a-t-il parcouru des fosses nasales jusqu'au tissu cellulaire infiltré ? Mon observation étant en contradiction complète avec la théorie généralement admise, j'ai cherché une autre explication. Afin de m'éclairer sur ce point et pour m'aider à résoudre le problème, j'ai parcouru les ouvrages pratiques et spéciaux ; j'ai trouvé, à défaut de démonstrations, les hypothèses suivantes :

Dans l'emphysème dit spontané des paupières et de l'orbite, sans traumatisme immédiat et le plus souvent consécutif à une expiration forcée, comme dans l'action de se moucher ou d'éternuer avec force : 1° il y a fracture de l'un des os qui forment la gouttière lacrymale (apophyse montante du maxillaire supérieur, unguis) et rupture simultanée de la membrane de Schneider et de la paroi interne du sac lacrymal ; 2° ou bien il y a rupture de la muqueuse des voies lacrymales, du sac le plus souvent, ou des conduits, sans lésions osseuses ; puis, par la paroi interne de l'orbite fracturée en un point, dans le premier cas, directement par l'orifice inférieur du canal nasal dans le deuxième cas, l'air venant des fosses nasales s'infiltrerait dans le tissu conjonctif sous-muqueux du sac ou des conduits lacrymaux et de là de proche en proche dans le tissu cellulaire des paupières. Ce sont ces deux hypothèses que met aussi en avant le docteur Raggi (*Rivista clinica di Bologna*, 1880), pour expliquer le mécanisme d'un emphysème instantané des paupières survenu chez un aliéné à la fin d'un accès épileptique. Il laisse d'ailleurs le choix de l'une ou de l'autre, tout en acceptant lui-même la seconde de préférence.

Si j'analyse les diverses observations que j'ai eues sous les yeux, à la première hypothèse se rattacheraient, d'après leurs auteurs, les cas suivants : esquilles déchirant la paroi interne du sac et la pituitaire, plus ou moins longtemps après une première fracture, comme dans les cas de Blandin, de Jarjavay et de M. Gosselin.

Obs. de Jarjavay (*Compendium de chirurgie*, t. III, p. 100). *Emphysème ou pneumatocèle du crâne et de l'orbite à droite, avec exophthalmos.* — Il s'agit d'un homme qui, après une chute faite six ans auparavant, constate sans cause appréciable, sans s'être mouché, l'apparition d'une tumeur oblongue au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Pour Jarjavay et les auteurs du *Compendium*, la chute, bien que suivie de la perte complète de l'odorat et accompagnée d'hémorrhagie buccale, ne serait pas la cause première, mais peut-être le point de départ d'un travail d'absorption de la paroi antérieure du sinus frontal, prématurément et anomalement développé.

Obs. de M. Gosselin. *Emphysème insolite des deux paupières, vingt-deux ans après une fracture des os du nez.* — Le sujet ne s'est pas mouché. (*Clinique chir.*, 1873, t. II, p. 71.)

Obs. de M. Pirès-Féreira. — Un effort violent pour se moucher détermine un emphysème spontané des paupières chez un homme qui a reçu un coup de bâton sur le nez dans son enfance. (*Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 328.)

Obs. de Desmarres. — Emphysème des paupières avec exophthalmos à gauche, augmentant quand l'individu se mouche, et ne se produisant plus quand on comprime avec les doigts la région du sac et le voisinage. Desmarres a fait une injection par les points lacrymaux, et il conclut, après cette exploration très-intéressante, « à une déchirure du sac lacrymal en arrière, et très-haut, peut-être en face d'une perte de substance correspondante de l'unguis ».

Du reste l'opinion de Desmarres est nette sur ce point : « L'emphysème spontané, dit-il (Traité, t. I, p. 248), est la conséquence d'une rupture du sac lacrymal. »

A la deuxième hypothèse se rattachent les observations suivantes :

Obs. de MM. de Montméja et Foucher. — Un homme, atteint de coryza, se mouche violemment ; survient un emphysème des paupières. Foucher diagnostique : emphysème consécutif à la rupture du sac lacrymal.

Obs. de M. Tillaux. *Emphysème des paupières à la suite d'un coup sur l'orbite.* — M. Tillaux conclut *par voie d'élimination* à une lésion du sac lacrymal (*Anatomie topogr.*, p. 212).

Obs. de M. Pirès-Féreira. — M. de Wecker, tout en admettant l'hypothèse à laquelle l'auteur rattache son observation, attribuerait cet emphysème à une lésion des conduits lacrymaux : « à une pareille lésion anodine (déchirure du conduit lacrymal), doit aussi probablement être rapportée l'observation de notre ancien chef de clinique, Pirès-Féreira, dans laquelle un emphysème des paupières du côté droit survint chez un baigneur qui avait eu la

joue violemment frappée par une grosse vague..... » (*Traité complet*, t. I, p. 35.)

Obs. du docteur Raggi, déjà citée.

Cette seconde hypothèse trouve un appui considérable dans l'opinion suivante : « Au point de vue pratique, dit de Wecker, l'emphysème qu'on rencontre le plus fréquemment est celui qui survient par suite d'une déchirure du conduit lacrymal inférieur, lorsqu'on pousse la sonde de Bowmann vers le canal nasal sans l'avoir fait entrer dans le sac. »

J'ajouterai, comme dernière hypothèse, celle des anomalies de communication entre les fosses nasales et l'orbite. (Galezowski, Gosselin et Denonvilliers.)

REVUE DE LA PRESSE

Un cas de précocité remarquable. — M. Henry Bodd (de Rillington) publie l'observation d'une petite fille née le 8 août 1871, qui fut réglée à douze mois, d'abord d'une façon irrégulière et, à sept ans, toutes les trois semaines. Elle devint enceinte le 22 juin 1880, à l'âge de huit ans et dix mois et demi et accoucha à terme d'un enfant du poids de 3 kilogrammes et demi. L'enfant ne présentait rien d'extraordinaire dans sa conformation ; mais le pubis et les aisselles étaient couverts de poils, les seins étaient développés et gorgés de lait. (*Rev. de thérap.*)

Hernie ovarique inguinale. — Une petite fille de six mois était amenée, il y a quelque temps, à la consultation de M. le professeur Bœckel (de Strasbourg), présentant dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. La peau qui la recouvrait était rouge, enflammée ; la tumeur elle-même était assez dure, rénitente, très-douloureuse à la pression, non réductible ; elle correspondait par son siége à l'orifice externe du canal inguinal. L'arcade pubienne la délimitait de la région crurale. Cette tumeur datait de trois mois, ou plutôt on s'était aperçu pour la première fois de sa présence à cette époque ; grosse alors comme une noix, elle avait été réduite dans le ventre par un médecin de la ville qui avait ordonné l'application d'un bandage herniaire ; celui-ci ne fut jamais porté. Néanmoins la tumeur était restée réduite jusque quinze jours avant que l'enfant ne fût amenée à l'hôpital. A ce moment, elle avait reparu et avait résisté à toute tentative de taxis.

Depuis lors, l'enfant criait jour et nuit, maigrissait à vue d'œil, vomissait fréquemment; cependant elle continuait à aller à la selle mais les garde-robes étaient un peu dures et irrégulières. Enfin, le jour où le docteur Bœckel la vit pour la première fois, elle avait eu des vomissements porracés dans la journée.

Une hernie de l'ovaire étant diagnostiquée, il s'agissait de réduire ou bien d'exciser, le cas échéant, l'ovaire hernié. Chloroformisation de l'enfant, lavage de la région avec l'acide phénique, incision longitudinale de 6 centimètres, suivant le plus grand diamètre de la tumeur, division de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, apparition d'une tumeur noirâtre, du volume d'un œuf de pigeon, qui n'est autre que le sac herniaire, lequel, incisé, déverse quelques gouttes d'un liquide incolore sur la plaie et laisse voir entre ses lèvres et au niveau de l'orifice externe du canal inguinal une tumeur grosse comme une petite prune, rouge foncé, très-fortement congestionnée, affectant la forme d'un rein de lapin et se continuant à travers le collet du sac par un pédicule fortement serré dans la cavité abdominale par le canal inguinal. Cette tumeur n'était autre que l'ovaire flanqué d'un fragment de trompe long de 1 centimètre et demi et se terminant dans le pavillon, facile à reconnaître. Le pédicule était tellement serré qu'il était impossible d'introduire une sonde ou un bistouri de Cooper par le collet.

Dans ces conditions, renonçant à une réduction par un large débridement, des plus dangereuses par les accidents péritonéaux qu'elle pouvait entraîner, M. le docteur Bœckel se décida à enlever les parties herniées. Il jeta sur le pédicule une ligature en fil de soie et sectionna en avant l'ovaire ainsi que 1 centimètre et demi de trompe. La plaie fut ensuite soigneusement désinfectée au 5 pour 100, sans aucune tentative de réunion. Pansement occlusif, antiseptique, d'après Bœckel, avec mousseline mouillée. Chute du fil le neuvième jour; plaie presque fermée quinze jours plus tard; enfin, vingt-neuf jours après l'opération, l'enfant était complètement guérie. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Traitement de la pleurodynie. — Dans les cas légers, application locale de quelques agents narcotiques ou de révulsifs légers : cataplasmes laudanisés, frictions de baume tranquille, badigeonnages avec un mélange à parties égales de teinture d'iode et laudanum, sinapismes, sachets de sable chaud, compresses de chloroforme.

Donner au corps une position favorable pour que les muscles douloureux soient relâchés. Si la douleur est très-violente, émissions sanguines locales, sangsues, ventouses scarifiées, vésicatoires morphinés. Bains tièdes, bains russes, bains de vapeur. Si l'affection tend à la chronicité, douches chaudes avec des eaux sulfureuses ou salines, telles que Luchon, Barèges, Aix-en-Savoie, le Mont-Dore, Néris, Bourbonne. L'électricité, sous forme de courant constant, peut être également utile.

Tels sont les différents moyens recommandés par M. le docteur d'Heilly dans le traitement de la pleurodynie. (*Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATION

Traitement antiseptique des phlébites. — M. **Demons** lit un travail sur le traitement antiseptique des phlébites par l'emploi du chlorure de zinc. (Comm. : MM. Nicaise, Cruveilhier.)

Traitement du décollement de la rétine. — M. **Abadie** lit un travail sur le traitement du décollement de la rétine par la galvano-puncture.

Le décollement de la rétine est une affection qui reconnaît le plus souvent une cause locale. Cette lésion, survenant d'ordinaire brusquement chez les myopes au milieu de la santé générale la plus florissante, éloigne l'idée d'une influence diathésique quelconque.

On peut donc chercher à la combattre par des moyens purement chirurgicaux. L'observation clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation sur les animaux démontrent qu'au niveau des foyers de chorio-rétinite spontanés ou provoqués, la rétine contracte des adhérences avec la choroïde. En cherchant à produire ces adhérences artificiellement, on peut espérer arriver à fixer la rétine aux membranes sous-jacentes. Pour arriver à ce résultat, M. Abadie ponctionne la sclérotique et la choroïde aussi en arrière que possible de la région ciliaire avec un couteau étroit de platine rougi par la pile. Il perfore ainsi les enveloppes de l'œil, le liquide sous-rétinien s'échappe, et, au niveau de la perforation, une inflammation adhésive se produit, qui maintient la rétine en place. Ce mode de traitement a été employé dans huit cas différents ; six fois il s'agissait de décollements anciens très-étendus, il n'y a eu alors qu'une amélioration passagère ; mais, dans deux cas où le décollement était limité, le résultat s'est maintenu satisfaisant. Il n'y a jamais eu de réaction trop vive ni de conséquences fâcheuses.

Frappé de l'abaissement considérable de la tension intra-oculaire, qui persiste après la galvano-puncture de l'œil, M. Abadie a eu l'idée d'utiliser cette propriété pour combattre les états glaucomateux rebelles à l'iridectomie et à la sclérotomie. Ici encore les résultats fournis par ce mode de traitement sont des plus encourageants.

Trocart pour l'ovariotomie. — M. DUPOUY (d'Angers) présente un trocart qu'il a imaginé dans le but de pouvoir fixer les parois du kyste pendant la ponction dans l'ovariotomie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, tout en trouvant très-ingénieux le trocart de M. Dupouy, fait observer que la fixation des parois du kyste n'offre pas une si grande importance, qu'au lieu de multiplier les instruments qui servent à l'ovariotomie, il importe au contraire de les simplifier le plus possible, que les chirurgiens anglais reprochent aux ovariotomistes français d'avoir un appareil trop compliqué, qu'avec la méthode antiseptique il n'y a aucune importance à ce qu'il tombe deux ou trois cuillerées de liquide du kyste dans le péritoine et qu'on a beaucoup exagéré l'importance de la toilette du péritoine.

M. POLAILLON, tout en trouvant également très-ingénieux le trocart présenté par M. Dupouy, lui reproche de demander un certain temps pour la fixation des parois du kyste, et cela juste au moment où il importe le plus de protéger la cavité péritonéale contre l'issue du liquide.

M. DUPOUY se base sur les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet instrument pour en faire ressortir les avantages. Il croit, contrairement à M. Lucas-Championnière, qu'il importe de diminuer autant que possible toute chance d'effusion de liquides dans le péritoine.

Pansement à l'iodoforme. — M. MARC SÉE emploie depuis un certain temps l'iodoforme pour les pansements de toute espèce de plaies. Dans ces derniers temps, dit-il, l'iodoforme a été très-employé d'une manière générale, comme pansement antiseptique en Allemagne où il donne, paraît-il, de très-bons résultats. Pour moi, je l'emploie depuis quelque temps pour le pansement des ulcères de toute nature, des plaies récentes résultant de traumatismes chirurgicaux dans lesquels la réunion immédiate est impossible, de plaies anfractueuses dans lesquelles le pus stagne facilement. Je remplis, dans ces cas, la cavité de poudre d'iodoforme. On voit aussitôt cesser les accidents; c'est un pansement extrêmement facile, extrêmement simple, qui n'a rien des complications du pansement de Lister, et qui réussit au moins tout aussi bien. Il a peu d'inconvénients, cependant il coûte cher et produit une mauvaise odeur. En outre, il faut tenir compte de la possibilité de l'intoxication par l'iodoforme, intoxication qui jusqu'ici a été trop peu étudiée et qui, dans quelques cas, aurait été suivie de mort.

M. DESPRÈS a employé deux fois l'iodoforme pour le pansement de plaies; les deux fois, il a vu le malade remercier son médecin. L'iodoforme, en effet, a ce grand désavantage d'avoir une très-mauvaise odeur. Je demanderai à M. Sée combien les ulcères de jambes qu'il a pansés avec l'iodoforme ont mis de temps à guérir. Je me charge, quant à moi, de guérir n'importe quel ulcère simple non récidivé avec le repos et les cataplasmes. Il faudrait donc des statistiques intégrales qui pussent être comparées entre elles.

Il est un topique, vieux comme le monde, qui rend également de très-grands services, surtout dans les plaies atoniques, dans les inflammations grangreneuses: c'est le vulgaire vin aromatique dont les origines remontent à de nombreux siècles.

M. TERRILLON, dans un voyage qu'il a fait à Vienne, a pu voir, dans le service de Billroth, employer sur une grande échelle l'iodoforme dans les pansements. Tous les pansements, en effet, sont faits dans ce service avec l'iodoforme, et il n'y a pas d'odeur dans les salles. Voici comment on l'emploie : on prend de la gaze ordinaire, on la dégomme, et, quand elle est sèche, on la fait triturer dans de l'iodoforme pulvérisé. On obtient ainsi une gaze iodoformée, dont l'application sur les plaies est des plus faciles. Pour la désinfection de cet agent, on l'obtient d'une façon complète avec de l'essence de bergamote ou de l'essence de menthe. Mais, par ces moyens, la disparition de l'odeur ne dure que quatre ou cinq jours; il faut y revenir de temps à autre.

Ces pansements à l'iodoforme paraissent surtout donner de bons résultats dans deux variétés de plaies: d'abord dans les plaies résultant d'évidements osseux; quand l'évidement est pratiqué, M. Billroth ferme la plaie avec de la gaze ainsi préparée, et laisse le premier pansement pendant sept à huit jours. Après ces huit jours, il n'y a pas d'odeur, il ne se fait aucun écoulement de liquide; les malades ainsi pansés n'ont pas de fièvre. Enfin, dans plusieurs cas d'ablation totale de l'utérus par le vagin, Billroth dit avoir obtenu de très-bons résultats en bourrant le vagin de cette gaze iodoformée et en l'y laissant huit jours.

M. VERNEUIL considère depuis longtemps l'iodoforme comme un excellent topique pour les ulcères de mauvaise nature, mais il ne l'a pas encore employé pour les plaies chirurgicales. Quant aux chancres mous, il n'y a rien de comparable à l'iodoforme comme efficacité et comme rapidité d'action. Les chancres mous sont guéris en l'espace de trois à quatre jours avec ce pansement. Dans les ulcérations scrofuleuses rebelles, avec tendance au décollement des bords, l'iodoforme fait également merveille. Sa mauvaise odeur, qui est un inconvénient, peut être avantageusement combattue en le mélangeant, à parties égales, avec de la poudre de camphre. En un mot, c'est un topique très-précieux.

M. TRÉLAT emploie depuis longtemps l'iodoforme. Lorsque nous n'avions pas facilement à Paris les pièces du pansement de Lister, alors je recourais volontiers à l'iodoforme. C'est un très-bon topique pour les plaies exposées; il détermine, en effet, sur elles un coagulum ferme, mélangé de vaisseaux sanguins; il ne se fait pas de suppuration au-dessous de cette espèce de croûte. Cette condition particulière explique comment l'iodoforme peut rester longtemps en contact avec les plaies. Tout se passe dans le silence, dans le calme, l'indolence et l'antisepticité, grâce à cette croûte tutélaire. J'ai donc voulu essayer ce mode de pansement. Jusqu'à présent, les pharmaciens n'ont pas réussi à me faire de bonne gaze iodoformée. Il y a là quelques difficultés. Cependant j'ai obtenu un excellent résultat dans un cas d'écrasement de la main; dans ce cas, l'enveloppement pendant vingt-cinq jours dans cette gaze iodoformée a très-bien réussi. En résumé, pour les plaies plates, exposées, dans lesquelles la suppuration se produit habituellement, nous avons dans le pansement iodoformé une ressoure précieuse.

M. DESPRÈS. Quoique seul de mon avis, j'insiste pour déclarer qu'on obtient d'aussi bons résultats avec tout autre mode de pansement. L'iodoforme n'est qu'une vulgaire contrefaçon de l'iode, et il y a longtemps que Bazin a prescrit des applications quotidiennes de teinture d'iode sur les scrofulides, et M. Boinet se dirait pillé s'il était ici. L'iodoforme, vous dirait-il, n'est qu'une contrefaçon de mon procédé. Il n'y a donc rien de nouveau dans tout cela, et je préfère encore de beaucoup pour les plaies écrasées des mains, par exemple, le pansement par occlusion de Chassaignac. Il y a là une question de mode dans cet enthousiasme pour l'iodoforme. Pourquoi donc aller chercher à l'étranger de nouveaux modes de pansement, quand nous avons des pansements imaginés chez nous, par des Français, qui valent autant? Je m'en tiens, quant à moi, aux pansements simples de nos pères. Que M. Sée donne sa statistique; moi, je donnerai la mienne, et nous comparerons.

M. TRÉLAT. Nous avons tous ici été instruits par des maîtres qui employaient les cataplasmes, le cérat, le pansement de Chassaignac. Ce que les maîtres de M. Desprès lui avaient enseigné, ils nous l'avaient enseigné aussi, un peu avant lui. Or, aujourd'hui, tous nos collègues de Paris ont essayé et adopté des pansements nouveaux qui donnent incontestablement des résultats excellents. Tous, nous sommes d'accord sur ce sujet ; seul M. Desprès nie ces faits et prétend avoir de meilleurs résultats avec les vieux pansements. S'il en était ainsi, nous serions donc tous aveugles ou sourds. Quant aux statistiques que demande M. Desprès, elles sont bien difficiles à établir ; est-il facile de comparer des plaies entre elles? Là c'est un homme vigoureux, robuste, mangeant bien, buvant sec, dormant bien ; pansez sa plaie comme vous voudrez, il sera guéri en quelques jours ; ici c'est un être chétif, pâle, maigre, souffreteux, cachectique, scrofuleux en un mot, une petite plaie insignifiante va demander chez lui des semaines et des mois pour se cicatriser. Comment faire des statistiques avec de pareils faits, car la nature des malades joue un grand rôle dans la marche des plaies?

M. DESPRÈS. Les malades sont les mêmes dans tous nos hôpitaux, et peuvent être comparés entre eux, du moment qu'on les comprend tous dans la statistique. Le pansement joue un rôle, quelle que soit la nature du malade. Or je maintiens que vous n'avez pas de meilleurs résultats avec les pansements dont vous vous montrez si enthousiastes, que moi avec les pansements sales que je continue à employer. Je ne dis pas que je fais mieux, je dis que je fais aussi bien, et au moins j'ai sur vous cet avantage d'économiser les deniers du pauvre, mes cataplasmes étant bien loin de coûter à l'administration ce que lui coûtent vos pansements.

M. MARC SÉE remercie M. Terrillon des renseignements qu'il a donnés. J'ai vu, dit-il, la relation d'une hystérectomie dans laquelle le pédicule a été rentré dans la cavité péritonéale après avoir été pansé à l'iodoforme. Le résultat a été excellent. MM. Trélat et Verneuil ont parlé des bons effets de l'iodoforme sur les plaies exposées; je veux, au contraire, aujourd'hui appeler l'attention sur les services qu'il rend dans les plaies profondes, anfractueuses, difficiles à déterger ; ces plaies sont, pour moi, le véritable triomphe de l'iodoforme, qu'on a donné comme un spécifique du tubercule ; on a obtenu des guérisons de tumeurs blanches fongueuses par des injections d'iodoforme dissous dans de l'éther. L'iodoforme n'agit pas comme le croit M. Desprès, à la manière de la teinture d'iode. Celle-ci n'agit que pendant quelques minutes, tandis que l'action de l'iodoforme se maintient pendant plus de huit jours.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 11 novembre 1881, sont nommés :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Mary, Loup, Reboud, Redon, Namin, Gancel, Veron, Toussaint, Lucas, Altemaire, Névot, Pitois, Derouet, Spire, Lullien, Vilmain, Henry, Duriez, Escard, Borel, Gauthier, Leprêtre, Duraud, Pinet, Baudisson, Fribourg, Collin, Chandèze, Wissemans, Perret, Fournot, Bonnet, Prieur, Mickaniewski, Coquand, Soulé, Plantié, Renard, Peyret, Janicot, Courtot, Moreau, Bernhard, Barbès, Méjasson, Beaudier, Dupuy, Aubertie, Stouff, Daum, Duhaut, Feuiltaine, Marotel, Médieux et Pelletier.

Pharmaciens aides-majors de première classe. — MM. Domergue, Roch, Bayrac, Wagner, Pecque, Garène, Durieu et Dulud.

— *Concours de l'internat.* — A la suite de la première épreuve ont été reconnus admissibles les candidats dont les noms suivent : MM. Ambresin, Aron, Ayrolles, Barbier, Barbilliou, Barral, Basset, Baudoin, Belin, (Ed.-Victor), Belin (J.-Dominique), Bernard, Berthod, Bettremieux, Beurnier, Bidault, Blanc, Bonfils, Boquin, Bottey, Bottez, Boucher, Bouchut, Bourdel, Boursier, Bouttier, Braine, Broca, Brodeur, Brossard, Brunou, Bucquet, Budov, Buret, Carron, Cayla, Chambellan, Champeil, Chatellier, Chochon-Latouche, Chopard, Clado, Collet, Condoléon, Costches, Coulon, Courbatieu, Coustade (Antoine), Crespin, Dalché, Daugé, Dagot, Debrigode, Delotte, Demars, Deschamps, Didion, Dieudonné, Doyen (Émile), Doyen (Louis), Dubief, Duchon-Doris, Duflocq-Dumoret, Durand-Fardel, Dutertre, Feulard, Filibilin, Florand, Fournier, Fremont; Gaucherand, Gille de la Tourette, Gillet, Gylly, Goix, Gomat, Gontierre-Cachera, Graverry, Guerrier, Hallé, Hamonic, Hartman, Jacquelot, Jordet, Jeausehne, Jacqs, Jouliard, Ladvoitte, Lallemant, Lancry, Largeau, Legendre (Paul-Ernest), Legendre (Paul-Louis), Lepage, Levier, Lormond, Lubet-Barbon, Malibren, Mancet, Marciguez, Marfau, Ménétrier, Mérigot de Joigny, Monnier, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Namu, Néhel, Notta, Peltier, Péraire, Perrin, Phocas, Pignol, Poupinel, Poupon, Proust, Pruche, Queyrat, Rambaud, Ranquedol, Renault, Ressein, Reverchon, Revilliod, Ribail, Ribeton, Rivet, Roger, Solat, Schachmann, Secheyron, Thoinet, Toupet, Turquet, Vallin, Vigneron et Wins.

— *Choléra.* — Le choléra sévit toujours à la Mecque et à Médine. Le 11 novembre, il y a eu à la Mecque 75 morts; le 12, 70, et le 13, 49. Il résulte d'informations reçues par le Conseil sanitaire international d'Alexandrie que Médine est atteinte par le fléau d'une façon plus terrible encore que la Mecque.

Sur 6,982 pèlerins arrivés dans la première de ces deux villes du 25 au 30 octobre, 367 étaient morts du choléra pendant leur voyage et 141 autres avaient succombé à leur arrivée. De plus l'épidémie s'est déclarée parmi les habitants militaires et civils de Médine, mais les pèlerins sont le plus éprouvés et propagent la contagion. Djeddah a eu aussi un grand nombre de morts.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Arduin et Pelletier, médecins aides-majors de première classe.

— Le laboratoire de botanique de l'École pratique des hautes-études, placé sous la direction de M. le professeur Van Tieghem, sera ouvert, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-1882, du 1er décembre au 31 mars, de onze heures à quatre heures, le lundi et le mardi exceptés.

Pendant le second semestre, il sera ouvert, du 1er avril à la fin de l'année scolaire, le jeudi et le vendredi seulement, aux mêmes heures.

Une leçon pratique aura lieu tous les jeudis, à neuf heures du matin, à partir du 8 décembre.

Les élèves qui désireront prendre part aux travaux pratiques sont priés de se faire inscrire au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques de la Faculté, commencera son cours public d'anatomie le mardi 6 décembre 1881, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, 2, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12015.

N° 140. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNEE. MARDI 6 DÉCEMBRE 1881. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. Raymond.

Tétanie hystérique.

Le malade que je vais vous présenter est atteint d'une affection bizarre, singulière, que l'on rencontre bien rarement. C'est un homme de trente-deux ans qui était autrefois clerc de notaire en province.

En ce moment, il est à peu près calme; il est, du reste, sous l'influence d'une certaine dose de chloral; mais la simple action de le découvrir va déterminer chez lui des secousses générales difficiles à enrayer, un tremblement spasmodique généralisé. Celui-ci était même tel quand il est entré à l'hôpital, il y a trois mois, que le malade était projeté à une hauteur de 10 et 20 centimètres, comme s'il était mu par des décharges électriques. On aurait pu lui appliquer cette dénomination vulgaire d'homme torpille.

Les secousses occupent presque tout l'appareil musculaire de la vie de relation; c'est ainsi qu'il y a projection de la tête en arrière et à droite, ainsi que des bras en avant; pendant ce temps, je ne puis qu'à grand'peine faire fléchir ses muscles. Les jambes sont également agitées de convulsions toniques d'abord, puis cloniques.

Ces secousses se produisent par crises. Au début, elles duraient tout le jour, voire même une partie de la nuit, et ne cessaient que pendant le sommeil. Les mouvements, fait important à remarquer, sont rhythmés; ils s'accomplissent toujours dans le même sens, que ce soit pour la tête ou les membres; ils diffèrent seulement d'amplitude. La moindre impression, l'air froid même, suffisent à les provoquer. A plus forte raison, sont-ils violents si l'on vient à toucher la plante des pieds. Par contre, une compression exercée sur la région du plexus testiculaire modère la crise; elle arrête même les secousses convulsives si on la prolonge un peu. Je ne dois pas oublier de mentionner que ces secousses respectent les muscles du visage ainsi que la langue, bien que nous ayons observé à plusieurs reprises des spasmes de la glotte.

Malgré tous ces accidents, notre malade est resté très-vigoureux, très-fort dans l'intervalle des crises; les muscles ont conservé leur volume et leur puissance. La santé générale est bonne, les fonctions se font régulièrement, l'appétit est normal, le cœur est parfaitement sain, la sécrétion urinaire est régulière, les urines ne présentent aucune altération; nous avons constaté seulement quelques accidents de rétention d'urine.

Nous devons ajouter que, malgré la durée des crises, la figure de cet homme ne présente aucune fatigue ; à peine constate-t-on une légère transpiration. Cependant la température centrale qui, normalement, dans l'intervalle des crises, est de 37°,5 à 37°,6, s'élève au bout de douze à quinze minutes aux chiffres de 39°,2, 39°,4, sous l'influence des convulsions toniques et cloniques, comme chez les sujets atteints de tétanie.

Ceci dit sur l'état actuel de notre malade, passons à son histoire, réellement des plus intéressantes. Il est né aux environs de Metz; ses père et mère vivent encore et jouissent d'une bonne santé; de ses deux sœurs, l'une est morte phthisique, l'autre est rhumatisante; mais aucune d'elles n'a jamais présenté d'accidents nerveux. Quant à lui, ses antécédents personnels sont : une fièvre typhoïde à l'âge de huit ans, qui n'a laissé aucune trace.

Il était donc clerc de notaire, lorsque, le 14 mai 1877, étant en train de pêcher, il tombe à l'eau; bien qu'il s'en soit assez vite retiré, cependant il en éprouve une très-grande frayeur. Il rentre au plus tôt chez lui, change de vêtements et prend le train pour Strasbourg. Arrivé le lendemain dans cette ville, à peine a-t-il fait quelques pas dans la rue, qu'il tombe subitement et se trouve en proie à une crise analogue à celle que vous venez de voir. La maladie était déclarée. Transporté aussitôt à l'hôpital de Strasbourg, il y séjourne quinze mois; on le soumet sans succès, d'abord à la belladone, puis au bromure de potassium, et ce n'est que par l'administration du chloral à haute dose que les crises disparaissent peu à peu et qu'à un moment donné il se trouve complètement guéri et sans aucune trace de sa maladie.

Jusqu'au mois de décembre 1879, il continue à se bien porter; nul état morbide; mais le 3 de ce même mois, passant dans les rues de Metz, il est pris tout à coup d'une nouvelle crise en traversant l'un des ponts de la ville et tombe. On le relève et on le transporte à l'hôpital, où il reste en traitement jusqu'au 15 mars suivant (1880). Encore une fois le chloral seul parvient à diminuer notablement les crises. Il rentre chez lui, et, dans les trois mois qui suivent, il guérit complètement encore.

Sa santé reste bonne jusqu'au 2 juillet dernier, où il tombe dans la rue, et sa chute, dit-il, s'accompagne de perte de connaissance. A cette époque, il était à Paris depuis

deux ou trois mois, cherchant à se créer une position et menant quelque peu la vie de bohême.

Depuis lors il est dans notre service; au début, ses crises étaient épouvantables; elles duraient tout le jour et une partie de la nuit, cessant seulement par le sommeil. Les mouvements convulsifs étaient assez violents pour le projeter hors de son lit, si l'on n'eût pris les précautions nécessaires pour le préserver d'une chute. C'est pendant le cours de cette seconde récidive que l'on a constaté à deux reprises du spasme de la glotte, et plusieurs fois aussi de la rétention d'urine.

Enfin j'ajouterai que depuis cinq jours nous observons quelques troubles de la sensibilité; c'est ainsi que la face postérieure de l'avant-bras droit présente certains points où le tact a disparu; de plus la main du même côté serre moins fort les objets qu'elle saisit. Je dois dire aussi que l'articulation du poignet et les articulations métacarpo-phalangiennes de cette même main droite sont un peu douloureuses.

Si maintenant nous étudions son caractère, son genre de vie, ses habitudes, nous apprenons qu'il a toujours eu une imagination extrêmement vive, qu'il a toujours eu une sensibilité exagérée, pleurant et riant avec la plus grande facilité, en un mot qu'il présente un caractère très-émotique. Ce caractère a encore été exagéré par des lectures de roman; celles-ci avaient une telle influence sur son esprit qu'il s'identifiait absolument à son héros.

C'est ainsi que l'accident dont il faillit être victime à Metz, sa chute dans la rivière, et l'émotion qui s'ensuivit trouvant un terrain des mieux préparés, devinrent la cause déterminante des accidents que je viens de vous décrire.

Mais une question ici se présente, des plus importantes à résoudre : sommes-nous en face d'un état morbide véritable, ou avons-nous affaire à un de ces simulateurs que l'on rencontre de temps à autre? Les plus savants cliniciens s'y sont parfois trompés, et bien des fois les médecins militaires sont mis à l'épreuve par des soldats désireux d'être libérés du service militaire.

Chez notre malade, je ne crois pas à la simulation; il me paraît du reste à peu près impossible que des contractures aussi régulières, aussi rhythmées, puissent être simulées pendant un si long temps ; de plus l'élévation de la chaleur centrale doit aussi nous faire repousser toute idée d'une simulation.

Sommes-nous donc alors en face d'une affection cérébro-spinale ou d'une affection simplement spinale? J'ai publié en 1877 avec M. Vulpian l'observation d'un garçon de trente-huit ans, nommé P..., qui avait reçu pendant la guerre des coups de crosse de fusil dans la région dorsale, sévices dont il était résulté une méningite caséeuse, des phénomènes de compression lente de la moelle épinière et, selon toutes probabilités, la formation de plaques de sclérose. Ce malade avait eu alors des crises convulsives assez semblables à celle du sujet que vous venez de voir, et pendant lesquelles il était projeté en l'air jusqu'à une hauteur de 50 centimètres; les crises duraient de vingt-quatre à trente-six heures. Ce malade est resté pendant cinq ans dans le service de M. Vulpian, et a fini par guérir complètement, grâce à un traitement par le chloral administré à des doses qui ont été portées progressivement à 12, 15 et même 18 grammes dans les vingt-quatre heures.

Mais ce qui différencie tout à fait P... de notre malade actuel, c'est que l'intervalle des crises était caractérisé, non plus par le retour à la santé, comme chez notre clerc de notaire, mais par des phénomènes d'anesthésie de la jambe gauche, tandis que le côté droit était douloureux, hyperesthésié, et présentait une raideur persistante, en un mot, que l'on voyait persister des signes d'une compression lente de la moelle épinière.

Ici, au contraire, rien de tout cela : la force musculaire est conservée, et, à deux reprises différentes, le retour à une santé parfaite a été absolu. Il ne saurait donc y avoir aucune lésion spinale, ni aucune affection chronique de la moelle épinière.

Ce qui prédomine chez notre malade, ce sont des troubles de mouvements rhythmiques et réguliers.

Restent à examiner maintenant la chorée et les états choréiformes qui peuvent simuler celle-ci. Dans la chorée, on a rangé une série d'états assez différents, depuis la danse de Saint-Guy jusqu'à la crampe des écrivains. La chorée des enfants est caractérisée par des troubles psychiques et moteurs, désordonnés, incohérents et involontaires; ici nous n'avons rien de semblable, pas de troubles mentaux prodromiques, nul affaiblissement de l'intelligence; notre malade a été frappé brusquement, et ses mouvements sont caractérisés par des convulsions toniques, puis cloniques, rhythmées, toujours dans le même sens, présentant seulement des différences d'amplitude, tandis que dans la chorée, je le répète, ce sont des mouvements désordonnés, incohérents et involontaires. Enfin la chorée a une durée moyenne de soixante-neuf jours, même dans les cas graves, et la maladie se termine progressivement. Ici la maladie débute brusquement, présente des intervalles sains et guérit. Les deux affections diffèrent donc par les prodromes, par la marche et par les phénomènes généraux.

Quant aux états choréiformes, ils sont de différentes sortes. Ainsi il en est dans lesquels l'élément mouvement est accessoire. Il y a aussi la chorée électrique de Dubini caractérisée d'après les observations qui ont été rapportées par un tremblement généralisé, par des crises à début brusque, assez analogue avec ce qui se passe chez notre malade. Mais la marche en diffère du tout au tout. La durée de cette chorée est de trois à cinq mois; tous les cas observés se sont terminés par la mort; dans les intervalles des crises on observe un certain état fébrile prononcé surtout dans les derniers temps de la maladie.

Nous n'avons pas affaire non plus à la chorée spinale rhythmique, saltatoire, spéciale, décrite par M. Charcot. En parcourant les différents auteurs, j'ai trouvé, dans une thèse très-bien faite de M. Berdan, une autre chorée dénommée chorée électrique, sans rapports avec celle du médecin italien : cette thèse rapporte trois observations d'enfants recueillies à l'hôpital Sainte-Eugénie, caractérisées aussi par des tremblements généralisés qui ne ressemblent nullement aux mouvements de la chorée.

En résumé, nous sommes ici en présence d'une névrose convulsive et rhythmique à laquelle, d'après les antécédents émotifs, la frayeur, cause déterminante de la crise primitive, je donnerais volontiers le nom de tétanie hystérique, d'autant plus que la compression du plexus testiculaire fait cesser les secousses convulsives, comme la compression ovarienne chez les femmes hystériques.

Quant au traitement, le médicament par excellence est le chloral dont l'action est des plus manifestes sur la surexcitabilité de l'axe gris bulbo-spinal. Nous l'avons donné en commençant à la dose de 1 gramme par jour pour arriver

progressivement à celle de 10 grammes, chiffre auquel nous le prescrivons en ce moment; nous en avons obtenu d'excellents effets.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

I

La blessure d'une articulation a été considérée de tout temps comme une des lésions les plus graves de la chirurgie. Les blessés n'échappaient que rarement à l'arthrite suppurée, qui en était la conséquence presque fatale, et l'amputation devenait dans la majorité des cas l'unique planche de salut. Mais alors même tout n'était pas dit, car on avait à compter avec la pyohémie qui emportait les trois quarts des opérés. Dans quelques cas exceptionnels, il est vrai, la guérison s'obtenait, mais au bout d'un temps fort long, et bien heureux pouvait s'estimer le chirurgien qui, après des mois, renvoyait son malade avec un genou, un coude ou un poignet raide.

Depuis l'introduction de la méthode antiseptique, le pronostic des plaies articulaires s'est singulièrement amélioré. Les accidents qui, il y a peu d'années encore, étaient tant à redouter, tendent à devenir d'une rareté excessive. Les suites éloignées elles-mêmes ne sont plus à craindre, et l'on peut dire que les résultats définitifs ont acquis de nos jours une perfection, dont nos devanciers pourraient à bon droit être jaloux. Non-seulement les blessés ont la vie sauve, mais ils conservent l'usage de leur membre, qui récupère, souvent avec une rapidité surprenante, l'intégrité de ses fonctions.

Sous ce rapport, la chirurgie antiseptique n'a plus rien à envier; les progrès qu'elle a réalisés dans ce domaine sont immenses, et il n'est peut-être pas de traumatisme qui démontre avec autant d'éclat sa supériorité. Les chirurgiens se sont enhardis; leur audace ne connaît plus de bornes, et l'on peut affirmer que l'on pratique aujourd'hui l'arthrotomie de propos délibéré dans les milieux les plus encombrés, avec une sécurité égale, sinon plus grande que celle que l'on avait il y a une dizaine d'années en faisant le débridement d'un phlegmon. Bien que ces faits soient nettement établis, je crois que de nouveaux exemples ne pourront que contribuer à leur vulgarisation. C'est ce qui m'a engagé à grouper les observations que j'ai recueillies pendant ces dernières années.

A.) Pour procéder avec un tant soit peu de méthode, il est utile d'établir deux divisions, suivant que les plaies sont accidentelles ou créées par la main du chirurgien, dans un but thérapeutique. Les premières, indépendantes de l'action chirurgicale, résultent d'une chute, d'un traumatisme volontaire ou involontaire quelconque. Elles forment la catégorie la moins avantageuse, en ce sens que les blessés passent souvent plusieurs heures avant de recevoir les secours nécessaires, les soins spéciaux qu'exigent les nouvelles méthodes de pansement. Leur plaie risque fort d'être contaminée avant leur admission dans un hôpital, et il est alors très-difficile de la débarrasser des germes, des impuretés de toute nature qu'elle peut renfermer. C'est le cas ou jamais de mettre en œuvre toutes les ressources qu'offre le pansement de Lister. Le rôle du chirurgien est considérable. Il devra se tenir prêt à agir sans retard : son guide le plus sûr sera le thermomètre. Voit-on la température subir une hausse et rester élevée après la première intervention, — et, par là, j'entends une bonne désinfection et un drainage méthodique, — on ne craindra pas de pratiquer des contre-ouvertures suffisantes et de créer de nouvelles voies d'écoulement aux liquides accumulés dans la jointure. Cette deuxième intervention reste-t-elle inefficace, je conseillerai, ainsi que je l'ai fait chez mon premier opéré, d'ouvrir largement l'article, de renoncer à toute tentative de réunion et d'appliquer le pansement antiseptique ouvert, préconisé par Verneuil. Quand bien même les fonctions du membre ne se rétabliraient pas, on aurait toujours des chances d'éviter l'amputation, qu'on ne pratiquerait qu'en dernier ressort.

L'observation suivante est un exemple qui milite en faveur de cette opinion. Le blessé qui en fait le sujet était atteint d'une plaie pénétrante du genou. Les premiers soins ne lui furent donnés que trente-six heures après l'accident. Malgré une intervention des plus actives, on ne fut pas maître de combattre les accidents qui surgirent. Avant d'en venir à l'amputation, je voulus tenter un dernier effort. J'ouvris largement le genou par un lambeau antérieur, que je rabattis sur la cuisse de manière à maintenir l'articulation béante. A partir de ce moment, et grâce à des lavages antiseptiques fréquents, la fièvre tomba. Non-seulement le blessé resta en vie, mais il eut la satisfaction de conserver un membre qui, bien qu'ankylosé, lui permit de reprendre ses occupations et lui rend aujourd'hui plus de services que le pilon le plus perfectionné.

Observation I. — *Plaie pénétrante du genou. Drainage. Immobilisation. Accidents graves. Arthrotomie totale. Pansement antiseptique ouvert. Guérison par ankylose au bout de deux mois.* — J. R..., trente-trois ans, tonnelier, entre le 20 novembre 1877 à la Maison de santé des diaconesses, pour un traumatisme grave du genou, datant de la veille, et produit dans les circonstances suivantes :

Le 26 octobre, c'est-à-dire un mois auparavant, il était tombé contre l'arceau en fer d'un tonneau qu'il descendait dans une cave. Il se fit au genou, à deux travers de doigt au-dessous de la rotule, une plaie transversale de 8 centimètres, intéressant le ligament rotulien et ouvrant largement l'articulation. Un barbier pratiqua la suture de la plaie et guérit le malade au bout de huit jours. Pour plus de précautions, il entoura la jambe et la cuisse d'un bandage roulé et permit à son client de marcher. La démarche était fort gênée, mais R... put néanmoins, sinon vaquer à ses occupations, du moins surveiller ses ouvriers.

Le 19 novembre, il fit une chute en arrière, son genou fléchit et l'ancienne cicatrice se rouvrit aussitôt. Application de glace. Je vois R... trente-six heures après l'accident et constate une plaie pénétrante du genou, située à l'endroit décrit plus haut. Immobilisation du membre inférieur dans une gouttière en fil de fer. Pansement phéniqué. TM. 38°; TS. 38°,7.

Le 22, TM. 38°,3; TS. 39°,5. État général grave : épistaxis, ictère de la face, subdélirium. Je dilate la plaie pour introduire un drain après avoir soigneusement désinfecté le genou avec la solution forte. Mon doigt pénètre directement dans l'article : la face inférieure de la rotule et les condyles s'aperçoivent au fond de la plaie. La synoviale est boursouflée, rouge, saignante, et rappelle les fongosités de la tumeur blanche.

Le 23, on constate de la fluctuation au côté interne du genou; toute la région est tuméfiée, empâtée, rouge, chaude au toucher. Épistaxis. TM. 38°,9; TS. 39°,4. Je pratique sur les parties latérales de la jointure deux incisions de 4 centimètres, et je draine le genou. Écoulement d'un pus séreux et d'une forte quantité de synovie.

Malgré ces précautions, la température reste élevée; l'état général est de plus en plus mauvais. La question de l'amputation

est agitée. Avant d'en venir là, je me propose de tenter le lendemain un dernier effort.

Le 27, je pratique, après chloroformisation, l'arthrotomie totale de la manière suivante :

Profitant des plaies existantes, je taille en-dessous de la rotule un vaste lambeau à concavité supérieure, comprenant cet os dans son épaisseur et le rabats sur la cuisse. Deux artérioles sont blessées et liées pendant cette dissection. Écoulement d'un pus sanieux, fétide, mélangé à des débris aponévrotiques abondants en voie de nécrose. Je poursuis la dissection jusqu'au-dessus des condyles fémoraux de manière à mettre bien à nu le cul-de-sac sous-tricipital. Désinfection énergique avec une solution au dixième de chlorure de zinc. Tampon de mousseline placé dans la plaie, pour la maintenir béante. Appareil plâtré. Deux pansements par jour.

Le soir même, la température, qui était à 39°,3, tombe à 38°,6.

Le 28, l'état général est plus satisfaisant; il en est de même de l'état local : la synoviale au niveau du tibia est boursouflée et recouverte de bourgeons charnus. TM. 38°,1 ; TS. 39°,1.

Le 30, TM. 38°,1; TS. 38°,8; l'ictère a presque entièrement disparu. La plaie se déterge bien.

Le 1er novembre. TM. 37°,9; TS. 38°,6; le fémur se recouvre de bourgeons. La suppuration est abondante et de bonne nature.

Le 4 décembre. Le fémur est presque entièrement recouvert. On supprime le tampon interposé entre les lèvres de la plaie et on place un tube à drainage de part en part.

Le 10 décembre. Renouvellement de l'appareil plâtré; la suppuration est minime. Un seul pansement à partir de ce jour avec coton salicylé. État général excellent.

Le 25 décembre On remplace le drain par un fil de soie.

Ce fil est retiré le 10 janvier.

Cicatrisation définitive le 1er février.

Exeat le 6 février, muni d'un appareil plâtré circulaire qu'on enlève définitivement au bout de cinq semaines. Ankylose fibreuse empêchant tout mouvement. Le malade reprend ses travaux dans le courant du mois d'avril.

La guérison s'est maintenue depuis lors (octobre 1881).

Je rapprocherai de cette observation les deux faits suivants où la guérison se fit avec conservation intégrale de tous les mouvements.

Obs. II. — *Plaie pénétrante du genou. Pansement antiseptique. Guérison au bout de dix jours avec intégrité des mouvements.* — Joseph Z..., trente-deux ans, cocher, tombe de son siège sur une pierre tranchante, le 4 août 1878, et se fait à un travers de doigt au-dessus de la rotule une plaie linéaire oblique, de 5 centimètres. Il entre à l'hôpital (salle 105, n° 20) une heure après l'accident. Je le vois aussitôt après son entrée, et procède séance tenante à la désinfection de la plaie avec la solution forte. En pressant sur le cul-de-sac sous-tricipital pour faire écouler le liquide injecté, je vois sourdre un liquide filant, épais, visqueux, qui n'est autre que de la synovie. Le doigt introduit dans la plaie pénètre en effet à une profondeur de plusieurs centimètres sous la face inférieure de la rotule, qui est intacte. Appareil en fil de fer pour immobiliser le genou. Pansement de Lister. Pas de réunion, ni de drainage.

Le 5 août, premier pansement. — Absence de pus; écoulement de synovie. Léger épanchement intra-articulaire; pas de réaction au pourtour de la plaie.

Le 9, deuxième pansement. — La plaie est sèche et en voie de cicatrisation.

Le 14, troisième pansement. — Cicatrisation définitive. On enlève l'appareil plâtré, et on applique un simple bandage compressif pour favoriser la résorption du liquide épanché. Le malade se lève pour la première fois et marche avec des béquilles.

Il prend son exeat quelques jours plus tard et reprend son métier de cocher vers la fin du même mois.

Obs. III. — *Plaie pénétrante du genou. Pansement antiseptique. Phlegmon de la cuisse consécutif. Guérison au bout de deux mois avec conservation des mouvements.* — Charles G..., vingt-six ans, de Raon-sur-Plaine, près Schirmeck, entre le 21 mai 1881, au n° 18 de la salle 103. Il s'est donné de grand matin, en travaillant dans la forêt, un coup de hache sur le genou gauche, a été pansé sur place, puis dirigé sur l'hôpital de Strasbourg.

État actuel. — Au côté interne du genou, on constate une plaie linéaire de 6 centimètres de longueur, longeant le bord interne de la rotule. Le doigt pénètre dans l'articulation jusque sur le condyle interne du fémur, qui est intact. Après avoir désinfecté la région avec la solution forte, on dépose un bout de tube et on applique un pansement de Lister. On immobilise ensuite le membre dans une gouttière en fil de fer.

Le 23. Le drain est fortement serré, l'écoulement se fait mal, la région externe du genou est douloureuse, empâtée; la fièvre est modérée. TM. 37°,6; TS. 38°,6.

On pratique une contre-ouverture au côté externe de l'articulation, au niveau du bord supéro-externe de la rotule. Désinfection énergique. Deux bouts de tube dans les incisions. Pansement de Lister. Attelle à pédale (1).

Les jours suivants, la température ne baisse pas. Une nouvelle collection se forme au côté interne du genou. TS. 40°,4.

Le 27. Débridement au côté interne du genou, donnant écoulement à une forte quantité de pus louable. Drain et pansement quotidien.

Le 4 juin. La suppuration diminue. TM. 37°; TS. 37°,6.

Le 9. Le gonflement est entièrement tombé; la suppuration est peu abondante. Suppression des drains, sauf de celui de la plaie primitive.

Le 13. État général très-satisfaisant.

A partir du 18, pansement tous les deux jours. Suppuration presque nulle.

Le 21. Suppression du dernier drain.

Le 24. La fistule interne suppure davantage. On y replace un tube.

Le 29. TM. 37°,8; TS. 38°,4. On débride la plaie en question et l'on tombe dans un foyer qui s'étend assez loin vers le côté externe de l'articulation. Deux contre-ouvertures sont nécessaires. Drainage.

Le 30. La suppuration a de nouveau diminué. TS. 38°,5.

Le 2 juillet. Il y a toujours de la rétention au niveau des insertions musculaires des adducteurs.

Le 16. Peu de suppuration; on raccourcit les tubes qui ne mesurent plus que 1 centimètre de longueur.

Le 23. Presque plus de pus; cicatrisation de la plaie primitive; les deux dernières incisions sont bien réduites.

Le 26. Suppression définitive des drains. On enlève l'attelle. Les mouvements du genou sont limités, mais non abolis.

Le 1er août. Cicatrisation définitive des plaies; les mouvements du genou augmentent chaque jour d'amplitude.

Le malade prend son exeat le 10 août.

Nous avons appris depuis qu'il avait repris ses travaux et que les mouvements du genou étaient entièrement revenus.

La blessure involontaire d'une articulation, au cours d'une opération pratiquée dans son voisinage, peut être rapprochée de cette première catégorie de faits. Elle s'en distingue toutefois par sa gravité moindre, attendu que l'on peut y porter prompt remède et en abolir les conséquences qui n'eussent pas manqué de se produire autrefois.

L'exemple suivant en est la preuve.

Obs. IV. — *Résection de l'acromion. Ostéophytes recouvrant la capsule. Blessure de cette dernière. Guérison sans accidents et sans suppuration.* — Rosalie B... (de Saverne), soixante ans, entre le 15 juillet 1881 au n° 10 de la salle 105 (nouveau service de chirurgie, section des femmes). Elle porte vers le milieu de l'omoplate

(1) J'ai décrit cette attelle dans un récent mémoire intitulé : *Résection antiseptique du genou.* (V. *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, 1880, t. VII, p. 8 et 9.)

droite une plaie fistuleuse étroite, provenant d'une opération qu'elle a subie il y a quelques mois. Un abcès ossifluent consécutif à une carie de l'acromion avait été ouvert et gratté. Actuellement le stylet pénètre à une profondeur de plus de 15 centimètres et rencontre une surface osseuse, rugueuse, dénudée, qui répond à la face inférieure de l'acromion.

Le 18 juillet. Débridement de la fistule et résection du tiers externe de l'acromion, carié et corrodé par d'abondantes fongosités. Au niveau de son union avec la clavicule, on constate que des productions osseuses de nouvelle formation recouvrent la capsule articulaire. Malgré un redoublement de précautions, la blessure de l'articulation ne peut être évitée. Une plaie linéaire de 2 centimètres 1/2 met la tête humérale à nu; on n'applique ni sutures ni drain dans la jointure, et l'on se borne à réunir très-exactement les lèvres de la plaie cutanée, après avoir soigneusement désinfecté la région avec la solution forte. Aux deux extrémités de la plaie, on dépose un bout de drain et l'on panse d'après Lister, en immobilisant le bras contre le tronc au moyen de quelques tours de bande. TS. 37°.

Le 19. TM. 37°,3; TS. 37°,9. Premier pansement pour nettoyer et raccourcir les tubes; ce pansement est laissé en place jusqu'au 23 (5e jour).

Le 20. TM. 37°,7; TS. 37°,7.
Le 21. 36°,8; 37°,8.
Le 22. 36°,7; 37°,5.
Le 23. 37°,3; 37°,4. Suppression des drains et des sutures. Réunion parfaite.
Le 24. TM. 36°,6; TS. 37°.
Le 25. 36°,4; 37°,2.
Le 27. 36°,8; 37°.

Le 30. Deuxième pansement, désunion superficielle de l'angle inférieur de la plaie, qui ne suppure pas; la malade se lève.

Exeat le 14 août; plaie linéaire superficielle qu'on recouvre de silex et d'ouate salicylée.

A été revue depuis. Les mouvements du bras sont conservés; il n'y a pas la moindre raideur.

A cette classe appartiendraient encore les cas de fractures articulaires. Mais, comme ces lésions s'accompagnent en général de désordres plus ou moins considérables et nécessitent souvent la résection de l'une ou l'autre extrémité articulaire, je crois qu'il convient de les ranger dans un chapitre spécial.

Quant aux plaies par arme à feu, aux blessures de guerre, je n'en parlerai pas ici, n'ayant pas eu l'occasion d'en observer pendant ces dernières années.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 novembre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

La thrombose des vaisseaux rétiniens dans la migraine ophthalmique. — M. GALEZOWSKI a montré le premier, en 1877, que la migraine ophthalmique est caractérisée par des troubles visuels périodiques: hémiopie, scotome scintillant avec des zigzags lumineux, qui durent un quart d'heure ou une demi-heure. Viennent ensuite mal de tête, nausées, vertiges, accompagnés quelquefois de phénomènes d'aphasie, de douleurs dans le bras ou la jambe, de perte momentanée de mémoire, etc. La crise une fois passée, la vue revient comme à l'état normal; mais, au bout de une ou deux semaines, de un, deux ou six mois, la même crise reparait. Selon toute probabilité, il s'agit, dans cette maladie, des contractures spasmodiques des vaisseaux du cerveau et de la rétine, par une névrose des nerfs vaso-moteurs.

Mais la fréquence de ces crises peut, chez un certain nombre de ces malades, donner lieu à une oblitération des vaisseaux et à une thrombose. M. Galezowski a rencontré en effet jusqu'à présent cette lésion chez trois de ses malades atteints de migraine ophthalmique.

Une jeune fille de quinze ans souffre de migraines ophthalmiques depuis l'âge de sept ou huit ans, et dans une de ces crises elle perd définitivement la vue d'un œil par l'effet d'une thrombose rétinienne, présentant tous les caractères d'une embolie, mais sans lésion du cœur. Deux autres faits sont semblables, et l'ophthalmoscope démontre la présence d'une thrombose.

Le quatrième fait est encore plus intéressant; une femme, âgée de vingt-neuf ans, perd la vue d'un œil dans une des crises de la migraine ophthalmique et d'accidents aphasiques, etc. A l'ophthalmoscope, on constate une atrophie partielle de la pupille d'un œil, et selon toute probabilité il s'agit dans ce cas d'une thrombose des vaisseaux cérébraux.

En résumé, il ressort de toutes ces recherches et des observations rapportées par l'auteur ce point important, que la migraine ophthalmique, qu'on regarde, jusqu'à présent, comme une affection purement nerveuse, peut, bien qu'exceptionnellement, donner lieu à des oblitérations ou thromboses artérielles, soit de la rétine, soit du cerveau.

État des nerfs après la mort. — M. CHARLES RICHET fait une communication qui a pour but de montrer qu'après la mort d'un animal, les nerfs sensitifs conservent plus longtemps leurs fonctions que les nerfs moteurs.

Dégénérations secondaires chez divers animaux. — M. PITRES. Lorsque chez l'homme il existe une lésion de la couche corticale du cerveau, la majeure partie du cordon latéral de la moelle du côté opposé est envahie par la dégénération secondaire. Chez le singe, la disposition relative des lésions cérébrale et médullaire est à peu près la même que chez l'homme; chez le chien, la dégénération secondaire de la moelle est déjà beaucoup plus limitée et réduite à une bande très-restreinte. Chez le lapin, enfin, il n'existe aucune altération dans la moelle. Le cordon latéral reste intact. Que signifient ces différences? On en trouve l'explication dans l'examen du bulbe et de la protubérance. Chez le lapin, on constate, dans ces cas, une atrophie considérable de la protubérance, puis la lésion se dissipe au niveau des pyramides et on n'en trouve plus de traces au dessous. On doit en conclure physiologiquement que, chez le lapin, la majeure partie des fibres qui partent de l'écorce cérébrale s'arrêtent aux pédicules. Chez l'homme et chez le singe, il n'y a pas de différence dans les rapports anatomiques de ces fibres. On trouve donc dans ces faits l'explication des différences qui séparent l'homme et le singe des autres animaux. Chez l'homme, la paralysie persiste, dans ces cas, parce que le faisceau de fibres parties de l'écorce pour se rendre dans le cordon latéral du côté opposé est complet. Chez le chien, la moelle ne reçoit qu'un très-petit nombre de fibres provenant de l'écorce. Chez le lapin, enfin, ces fibres ne vont pas au-delà des pédicules.

M. MATHIAS DUVAL fait observer que les réflexions dont M. Pitres a fait suivre son intéressante communication sont absolument en rapport avec ce qu'apprend l'embryologie, relativement à la prédominance chez certains animaux de l'un des trois étages cérébraux, postérieur, moyen et antérieur.

Analyse des gaz du sang chez les crocodiles. — M. BLANCHARD. Jusqu'ici on n'avait que des données à peu près nulles sur les analyses des gaz du sang chez les animaux à sang froid. MM. Regnard et Blanchard ont pu faire ces analyses sur le sang des crocodiles envoyés à M. Paul Bert. La quantité de fibrine contenue dans le sang de ces animaux est tellement considérable que, si l'on ouvre un gros tronc artériel, l'hémorrhagie s'arrête presque aussitôt. Pour 1 kilogramme de sang, on trouve 7g,25 de fibrine. Il existe également une grande quantité de fibrine dans la lymphe, de telle sorte qu'une lymphangite provoquée est également aussitôt arrêtée. MM. Regnard et Blanchard ont analysé les gaz successivement dans l'aorte gauche, qui contient du sang veineux; dans

l'aorte droite, qui contient du sang artériel; dans la veine abdominale et dans l'aorte abdominale. Pour 100 centimètres cubes de sang, ils ont trouvé : acide carbonique, 41cc,6 ; oxygène, 3cc,7 ; azote, 2 centimètres cubes ; dans l'aorte droite : acide carbonique, 25 ; oxygène, 7 ; azote, 2 ; dans la veine abdominale : acide carbonique, 50 centimètres cubes; oxygène, 1cc,1 , azote, 1cc,8; dans l'aorte abdominale : acide carbonique, 38cc,7; oxygène, 3 ; azote, 1cc,8. Les quatre cavités du cœur ne communiquent pas entre elles chez le crocodile, mais il existe une communication entre les deux aortes, grâce au foramen de Paniza. La capacité respiratoire du sang chez les crocodiles est de 7cc,4.

Séance du 3 novembre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Helminthes. — M. MÉGNIN a étudié un certain nombre d'helminthes rapportés par M. le professeur Pouchet des côtes de Laponie avec une grande quantité d'autres objets d'histoire naturelle.

Cette étude lui a permis de faire les constatations suivantes :

1° Deux espèces d'échinorhynque de baleine dont il a étudié l'anatomie lui ont donné la preuve que l'organe pair nommé *ménisque*, sur le rôle duquel les helminthologistes n'étaient nullement fixés et que Dujardin regardait comme des glandes salivaires, est un véritable appareil digestif analogue à celui des trématodes;

2° Un ascaride de la morue a été rencontré en abondance à l'état adulte dans l'intestin et à l'état larvaire et enkysté sous la tunique péritonéale ; ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Ercolani, à savoir, que les ascarides, comme beaucoup d'autres helminthes, n'ont pas besoin de l'intermédiaire que certains auteurs regardent comme indispensable pour arriver à leur développement complet.

3° Un parasite vermiforme, trouvé dans les sacs aériens d'un goéland, a été reconnu pour être un Pentastome d'une espèce nouvelle, très-voisine des Lernéens parasites du groupe des Chondracanthiens. La découverte de ce Pentastome, le premier que l'on rencontre chez les oiseaux, fixe définitivement les naturalistes sur la place que doivent occuper ces parasites dans la classification des êtres organisés, où ils ont été successivement rangés parmi les Helminthes, parmi les Crustacés et même parmi les Acariens.

Le syngamus trachealis. — M. MÉGNIN fait une communication sur le *syngamus trachealis*, parasite vermineux qui cause parfois de grands ravages dans les élevages de faisans.

Dans un premier mémoire, l'auteur avait suivi presque toutes les phases du développement de ce parasite; il avait vu l'œuf éclore dans l'eau et donner un embryon anguilluliforme qui avait la propriété de vivre de longs mois dans ce liquide; cet embryon, absorbé avec l'eau par les oiseaux, pénétrait dans leur organisme; mais comment arrivait-il dans la trachée?

Il y avait là une lacune.

Cette lacune vient d'être comblée. M. Mégnin vient de trouver la nymphe du syngamus, dans le tissu pulmonaire congestionné de deux perdreaux tués par ce ver.

Cette nymphe, dix fois plus grande que l'embryon et dix fois plus petite que l'adulte, très-longue, cylindrique, a déjà la bouche cupuliforme, rigide mais incolore; son intestin est coloré en rouge et ne présente qu'un rudiment d'organe sexuel.

Cette rencontre de la nymphe permet de dire que toutes les phases de développement du *syngamus trachealis* sont maintenant connues; les deux seuls milieux qu'habite ce parasite pendant toute son existence sont dans l'eau pendant sa phase embryonnaire, et les organes respiratoires de sa victime pendant ses phases nymphéale et adulte.

Il se développe donc sans autre intermédiaire que l'eau, et il suit en cela une règle qui est générale chez presque tous les parasites vermineux de l'homme et des animaux.

Sphygmographie. — M. BRONDEL fait une communication sur un sphygmographe spécial qu'il a fait construire et qu'il nomme sphygmographe passif. (Sera publié.)

Foramen de Paniza. — M. REGNARD a pu, avec M. Blanchard, sur les crocodiles envoyés à M. Paul Bert, étudier les dispositions du foramen de Paniza et, par l'analyse des gaz du sang, se rendre un compte exact de la façon dont a lieu le mélange des deux sangs. Chez le crocodile, le cœur se compose, comme chez l'homme, de quatre cavités séparées par des cloisons. Mais il y a deux aortes, l'une venant du ventricule droit, l'autre venant du ventricule gauche, et elles sont mises en communication, peu après leur sortie du cœur, par une sorte de canal très-court que l'on nomme le foramen de Paniza. Pour vérifier cette opinion admise par les anatomistes que le sang artériel et le sang veineux se trouvent mélangés après le foramen de Paniza, il fallait faire l'analyse des gaz du sang contenu dans l'aorte droite (sang veineux), du sang contenu dans la veine abdominale (sang veineux) et de celui que contient l'aorte gauche (sang artériel) ; c'est ce qu'ont fait MM. Regnard et Blanchard, et voici les chiffres auxquels ils sont arrivés. On trouve dans le sang veineux : acide carbonique 50,4, oxygène 1,1 ; dans le sang artériel : acide carbonique 25, oxygène 7 ; dans le sang mélangé : acide carbonique 41,6, oxygène 3,7, chiffres qui, comme on le voit, tiennent le milieu entre les premiers et les seconds. L'opinion des anatomistes sur le mélange des sangs artériel et veineux chez les crocodiliens, par le foramen de Paniza, se trouve donc vérifiée aujourd'hui par la physiologie expérimentale.

Ataxie locomotrice. — M. LECOQ décrit les accidents apoplectiformes de l'ataxie locomotrice, accidents qui précèdent les troubles oculaires et les premiers phénomènes révélant l'existence de la maladie.

Microbes dans les oreillons. — MM. CAPITAN et CHARRIN ont entrepris depuis quelque temps, au laboratoire de pathologie générale de la Faculté de médecine, des recherches sur la pathogénie des oreillons. Ils ont présenté au mois de juin, à la Société, des préparations histologiques du sang de malades atteints de cette affection.

Des cultures multiples faites dans du bouillon Liebig avec le sang de treize malades ont montré des microbes toujours identiques comme formes (petits bâtonnets de 2 à 3 μ et micrococcus) et semblables comme aspect à ceux que renfermait le sang. Il va de soi que toutes les précautions ordinaires avaient été prises pour éviter les causes d'erreur.

La salive renfermait un grand nombre d'organismes, mais comme on en rencontre également à l'état normal, MM. Capitan et Charrin n'y ont attaché aucune importance.

L'urine recueillie au milieu de la miction ne renfermait rien, sauf dans un cas où on peut constater la présence d'albumine rétractile et de nombreux microbes à évolution intimement liée à celle de la maladie. C'est peut-être là un nouvel exemple de néphrite infectieuse à ajouter aux vingt-quatre déjà connus (Kannenberg, Bouchard et ses élèves).

Par un procédé spécial, des préparations de culture ont pu être colorées et conservées.

En résumé, le sang dans les oreillons renferme des organismes : ce sont bien là des microbes puisqu'on les multiplie par la culture. Il resterait à reproduire la maladie au moyen d'inoculations de culture, ce que les auteurs de la communication ont jusqu'ici tenté en vain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du septième arrondissement de Paris sont prévenus que le dimanche 18 décembre 1881, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Le Conseil général de la Seine a voté samedi, dans sa dernière séance, sur le rapport de M. le docteur Loiseau, la construction de

nouveaux quartiers dans les asiles d'aliénés et notamment à Ville-Évrard, dans la limite d'une dépense de 150,000 francs.

Il a également voté, sur le rapport de M. Decorse, l'installation dans les bâtiments de la préfecture de police d'un service d'enseignement de la médecine légale, tout en observant que, si ces installations ne sont pas faites à la Morgue, cela tient exclusivement à ce que l'agrandissement de cet établissement est impraticable.

— Les nouvelles des épidémies sont meilleures aujourd'hui. Une dépêche de Constantinople annonce qu'il n'y a eu qu'un seul décès par choléra à la Mecque le 19 novembre, un seul également le 20. A Djeddah, on n'a eu à déplorer aucun décès dans les journées du fléau, ce qui pourrait peut-être s'expliquer par le départ des pèlerins pour Médine où le choléra sévit cruellement depuis leur arrivée.

Une nouvelle plus grave arrive d'Erzeroum. La peste aurait fait son apparition dans un village des environs de cette ville. Demande aurait été faite à la Porte, d'après un télégramme de Constantinople du 1er décembre au soir, d'adjoindre deux nouveaux médecins à ceux que le gouverneur du Caucase a décidé d'envoyer à Erzeroum pour y étudier les cas récemment signalés.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Parise, professeur de clinique externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-82, par M. Follet, professeur de pathologie externe à ladite Faculté.

— M. le docteur Bamberger est nommé bibliothécaire adjoint au Muséum d'histoire naturelle.

— *École pratique des hautes études.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope, dans l'étude comparative de la structure intime des tissus conjonctifs des animaux ont lieu, sous la direction de MM. les professeurs Ch. Robin et G. Pouchet, tous les jours, de midi à cinq heures, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique du Muséum, rue de Buffon, 55. Les élèves qui désirent prendre part à ces travaux doivent se faire inscrire auprès du chef du laboratoire, M. le docteur Chabry.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12044.

N° 141. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 8 DÉCEMBRE 1881. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Est-il bien fréquent d'avoir passé une très-notable partie de son existence sans avoir jamais eu ni fièvre, ni névralgie intermittente; sans avoir jamais pris de sulfate de quinine, sans pouvoir supposer qu'à un moment quelconque, une périodicité quelconque soit venue révéler une atteinte plus ou moins forte d'impaludisme?

Aujourd'hui, dans la discussion qu'a soulevée M. Verneuil, tout est là.

En effet, pour qu'une théorie étiologique ne paraisse pas se résumer dans l'étude de coïncidences, il est nécessaire d'établir, en dehors de la maladie dont on s'occupe, la grande rareté des antécédents auxquels on voudrait attribuer, par rapport à cette maladie, le rôle de cause efficiente.

Or la plupart des académiciens, à ce qu'il nous a semblé, ne sont pas convaincus que la proportion des paludiques, ou présumés tels, ne soit pas à peu près la même, de part et d'autre, chez ceux qui n'ont pas de diabète comme chez les diabétiques.

Déjà des doutes du même genre s'étaient élevés à propos d'autres mémoires de M. Verneuil : celui, par exemple, dans lequel il étudiait l'influence réciproque des traumatismes accidentels et des diverses maladies du foie.

A priori tout est possible, et une négation serait téméraire, car il est toujours téméraire de rien préjuger; mais, une fois dans cette voie, la carrière s'ouvre indéfinie, et l'on se sent pris de vertige à vouloir suivre du regard ceux qui s'y lancent à corps perdu.

Trois orateurs ont pris la parole dans cette séance. M. Verneuil a raconté des récidives de phénomènes paludiques plus ou moins larvés après vingt ans, après quarante ans. L'impaludisme serait, suivant lui, plus tenace encore que la syphilis; quelque éloignée que soit la date de ses premières manifestations, quelque parfaite qu'ait été la santé depuis cette époque, on reste toujours sous le coup de cette maladie constitutionnelle à l'état latent, et il suffit d'un rien pour en faire éclater les manifestations secondaires ou tertiaires. Le diabète en serait un accident tardif et pourrait apparaître après longues années.

M. Leroy de Méricourt, répondant à M. Verneuil, a prouvé, par des statistiques recueillies dans les colonies et dans ces contrées intertropicales où l'impaludisme est le plus terrible, que le diabète y est fort rare. et ne peut être considéré comme une conséquence directe de l'intoxication palustre.

Telle est aussi la conclusion que M. Rochard a déduite de son expérience personnelle. Pendant un séjour prolongé dans les marais de Madagascar, il a vu bien des cas de cachexie palustre et pas un seul cas de diabète.

HOPITAL NECKER. — M. BOUILLY.

Déchirure du poumon par contusion violente des parois thoraciques, hémo-pneumo-thorax.

Lundi dernier on amenait dans la journée, à l'hôpital Necker, un jeune garçon de seize ans, maçon, qui venait de tomber du troisième étage d'une maison en construction, c'est-à-dire d'une hauteur de 8 à 9 mètres environ.

Couché au lit n° 47 de la salle Saint-Pierre, c'est le lendemain, à la visite du matin, que je le vis pour la première fois. Dès mon entrée dans la salle, j'étais frappé par ses cris, par son délire et son agitation. Ces deux derniers phénomènes avaient commencé dans la soirée du lundi et nécessité que son lit fût entouré de planches pour éviter une chute. Cependant le délire n'était pas total, c'était plutôt un délire loquace; la perte de connaissance n'était pas absolue, et le malade répondait parfois encore, bien qu'imparfaitement, aux questions qu'on lui adressait.

Étant donné ces antécédents, c'est-à-dire la chute d'un lieu élevé, étant donné ce délire et cette agitation, notre première pensée devait être qu'il s'agissait là d'une fracture du crâne. Mais faire pareil diagnostic eût été commettre une erreur grave. En effet, dès que nous regardions d'un peu plus près notre blessé, nous remarquions tout d'abord une pâleur des plus prononcées de la peau ainsi qu'une décoloration notable des muqueuses oculaire et buccale, résultant d'une anémie profonde, aiguë, que nous attribuions immédiatement à quelque hémorrhagie viscérale considérable.

Ces anémies peuvent assez fréquemment donner le change sur la lésion véritable, et, eu égard aux symptômes, délire et agitation, faire croire à une commotion cérébrale. Mais je me souviens toujours du fait que j'observai, pendant le cours de mon internat à l'hôpital Sainte-Eugénie (1). Il

(1) Aujourd'hui l'hôpital Trousseau.

s'agissait d'un garçon de quinze ans, pour lequel tous, chef de service, internes et externes, avaient diagnostiqué une commotion cérébrale avec tous ses symptômes classiques, pâleur, refroidissement, faiblesse des battements du cœur, etc.; en un mot ce jeune garçon avait fait une chute d'une grande hauteur et, depuis le moment de l'accident, était dans un collapsus véritable. On avait même dit: commotion cérébrale grave. La gravité était telle, en effet, qu'il succombait promptement. Mais, à l'autopsie, le cerveau ne présentait absolument rien de particulier, tandis que la lésion véritable était une déchirure du foie, laquelle avait donné lieu à un épanchement considérable de sang dans la cavité abdominale. Cette lésion avait complètement passé inaperçue.

Chez notre malade de lundi, nous nous trouvions dans le même cas, sauf le siège de la lésion véritable un peu différent. Le crâne n'avait rien; du reste il n'existait aucune plaie de ses téguments, il ne s'était produit d'écoulement d'aucune nature, soit par le nez, soit par les oreilles, et l'on ne constatait non plus aucune ecchymose autour des yeux. Il n'y avait donc pas lieu de songer à une fracture du crâne.

Si, ce genre de lésions rejeté, on venait à palper le ventre, c'est-à-dire cette cavité qui renferme un certain nombre d'organes friables susceptibles d'être rompus en cas de chute d'un lieu élevé, l'on ne trouvait absolument rien. Mais, dès que l'on s'approchait des parois thoraciques du côté droit, la palpation et surtout la percussion provoquaient une douleur extrêmement vive qui arrachait des cris au malade, principalement lorsque l'on était au niveau de la région mammaire. En ce même point et dans une certaine étendue, la percussion dénotait une sonorité tympanique des plus nettes résultant d'un épanchement d'air dans la plèvre, tandis que dans tout le tiers inférieur on entendait une matité notable provenant d'un épanchement liquide dans la cavité pleurale. En avant l'auscultation indiquait un bruit amphorique avec timbre métallique; en arrière il y avait non pas seulement diminution, mais perte absolue du murmure vésiculaire. Nous étions donc là en présence d'un hémo-pneumo-thorax, suite d'une déchirure du poumon, et le liquide épanché ne pouvait être, à une date encore aussi rapprochée de l'accident, que du sang, et non pas avoir une origine inflammatoire.

Le diagnostic était donc facile. Cependant il s'agissait de savoir comment cette déchirure s'était produite. Fallait-il admettre une fracture de côtes comme point de départ? Dans une chute d'un lieu aussi élevé, lorsqu'il existe une fracture de côtes, celle-ci n'est point isolée, elle occupe une certaine étendue et atteint 2, 3 ou 4 côtes; la douleur est localisée, circonscrite à la lésion costale, on observe un emphysème sous-cutané. Or rien de tout cela n'existait ici. De là, diagnostic d'une déchirure indirecte résultant d'une violente contusion des parois thoraciques sans fracture de côtes.

Des faits semblables sont assez rares, et il nous faut remonter jusqu'en 1846 pour en trouver une description complète, dans un remarquable travail de notre maître à tous ici, M. le professeur Gosselin, publié à cette époque dans les mémoires de la Société de chirurgie. Depuis lors la question n'a été reprise qu'en 1873, dans une thèse très-bien faite de M. Courtois (1). Comme cela a été démontré, et comme nous en avons sur notre malade un nouvel exemple, ces déchirures du poumon se produisent chez des sujets jeunes chez lesquels la cage thoracique jouit d'une élasticité qui lui permet de résister à une chute sur le côté, lorsque le traumatisme est d'une certaine étendue. Mais nous devons ajouter que, pour que la déchirure du poumon puisse avoir lieu ainsi indirectement, il faut encore que cet organe se trouve dans un certain état de réplétion par l'air en même temps qu'il y a occlusion de la glotte. C'est là une condition indispensable, condition analogue à celle qui existe dans un moment d'angoisse ou de peur. Cette angoisse existe du reste en réalité dans le court espace de temps qui s'écoule entre le moment où le corps est projeté dans l'espace et celui où il frappe le sol. Ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Courtois sur le cadavre, le choc fait éclater le poumon comme une vessie absolument pleine.

Ceci étant reconnu chez notre malade, il restait encore une autre question à élucider: je veux parler de l'origine du sang épanché dans la plèvre. Tout d'abord il fallait exclure, par suite de l'absence de plaie extérieure et pénétrante, une rupture de l'artère mammaire externe ou de quelque intercostale. Le sang provenait donc du poumon; mais, pour que la quantité épanchée fût aussi considérable, il fallait une lésion d'une certaine étendue, une simple piqûre, une simple section ou même une abrasion d'une petite portion de l'organe ne pouvant donner lieu à une hémorrhagie aussi grande. Ce ne pouvait être non plus une blessure des vaisseaux du hile du poumon, blessure qui est constamment mortelle; le sang épanché ne pouvait donc provenir, chez notre blessé, que de la lésion du poumon avec déchirure des vaisseaux de second ou de troisième ordre.

Le pronostic d'une pareille lésion est toujours fort grave; d'une gravité immédiate par l'abondance de l'hémorrhagie interne qui peut donner lieu à une mort rapide; grave secondairement au deuxième ou au troisième jour par l'asphyxie résultant de la présence du sang, de l'air et des produits de l'inflammation consécutive à la lésion pulmonaire qui forment autant de corps étrangers; grave aussi, à une troisième période que j'appellerai période tertiaire, par la transformation purulente du sang épanché en contact avec l'air.

C'est ainsi que j'ai dû émettre, dès ma première visite, un pronostic extrêmement grave, tout en faisant quelques réserves, au cas où le blessé résisterait aux vingt-quatre premières heures. Quarante-huit heures plus tard, c'est-à-dire jeudi, la température s'était relevée et atteignait 39° et 39°,5; la dyspnée était très-forte; les battements du cœur très-fréquents; la fièvre prononcée, la sonorité amphorique et le tintement métallique plus marqués, tandis qu'en arrière, d'après la matité observée, l'épanchement s'étendait de la base du poumon à la racine de l'omoplate. De plus, signe important, on constatait une voussure très-manifeste et, à la palpation, un thorax plein et solide. Devant l'imminence de l'asphyxie, je fis la thoracentèse avec l'appareil Potain et je retirai un litre de sang parfaitement noir. La ponction que je pratiquais ainsi au troisième jour, à une époque où les bouches vasculaires sont oblitérées par un caillot, n'aurait pas été autorisée plus tôt, car elle n'eût eu qu'un résultat fâcheux: celui de favoriser un nouvel épanchement de sang. L'opération a été faite en dehors de la ligne axillaire, en pleine matité pleurale; l'issue du sang a été suivie d'une certaine quantité de gaz que j'ai laissé s'écouler. En disant que le liquide retiré de la plèvre était du sang, je sais parfaitement que je me trouve en contradiction avec l'opinion

(1) Courtois (C. R. M.) — *Étude sur les contusions des poumons sans fractures de côtes.* — Paris, 1873, n° 180.

généralement admise, qui ne veut reconnaître en pareil cas que de la sérosité rouge ; mais l'aspect du liquide, bien que l'analyse microscopique n'en ait pas été faite, n'était pas autre chose pour moi, dans le cas actuel, que du sang pur ou à peu près pur.

J'oubliais de dire que le premier jour j'avais institué comme traitement médical de l'opium, du vin, des injections d'éther et des ventouses sèches sur le côté de la poitrine non lésé pour combattre la congestion pulmonaire résultant de ce que le poumon gauche fonctionnant seul devait suppléer, par une activité plus grande, à son congénère.

Jusqu'à présent la thérapeutique à laquelle j'ai eu recours a donné des résultats favorables, puisque aujourd'hui samedi le malade est encore en vie. Il entre actuellement dans sa troisième période, dans celle où nous avons à redouter la transformation purulente du sang et des produits inflammatoires épanchés. Le pronostic est donc encore grave et exige une grande surveillance. Hier soir, la température du malade était de 40°, ce matin elle marque 39° ; si ces chiffres persistent plusieurs jours, il est certain que nous nous trouverons en présence d'un épanchement purulent. Dans ce cas, nous ferons d'abord une ponction exploratrice, et, la présence du pus reconnue, nous pratiquerons l'opération de l'empyème avec lavages antiseptiques.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Névralgie faciale, résection du nerf sous-orbitaire.

Nous avons pratiqué ces jours derniers la résection du nerf sous-orbitaire chez un malade atteint depuis longtemps d'une névralgie faciale droite horriblement douloureuse.

Cet homme, fort, replet, âgé de quarante-quatre ans, est couché au lit n° 21 de la salle Malgaigne. Il présente, comme antécédents héréditaires, ce fait que son père et son grand-père étaient, l'un rhumatisant, l'autre goutteux. Lui-même a eu plusieurs poussées d'eczéma et des accidents rhumatismaux. L'affection cutanée s'est montrée pour la première fois chez lui à l'âge de dix-sept ans, et dans ces dernières années il a eu des douleurs de goutte dans les gros orteils, il a eu aussi une tuméfaction douloureuse rhumatismale du genou. C'est donc un sujet qui nous présente bien nettement des manifestations arthritiques.

Il y a trois ans et demi que la névralgie faciale sous-orbitaire a débuté, névralgie qui depuis lors a persisté, se montrant à des intervalles de plus en plus rapprochés. Elle a tellement augmenté aussi, comme intensité des douleurs, que depuis quelques mois il n'a pas pu continuer de travailler.

Le maximum de la douleur se rencontre en deux points : au niveau du trou sous-orbitaire et dans le voisinage des grosses dents molaires. C'est au point que le médecin qu'il a consulté, quelque temps avant son entrée dans nos salles, diagnostiquant une névralgie dentaire proprement dite, lui a conseillé l'extraction de la première grosse dent molaire. L'opération fut pratiquée ; mais la dent, ayant été trouvée parfaitement saine, a été replacée aussitôt dans son alvéole et a très-bien et très-solidement repris. Phénomène intéressant, si l'on vient à toucher depuis lors cette dent, le malade le sent très-nettement, ce qui tend à prouver que la sensibilité est également revenue dans la dent.

Cet homme souffre aussi au niveau de toutes les dents, sur les autres branches du nerf maxillaire supérieur, sur le voile du palais, à la région génienne, dans la lèvre supérieure. Celle-ci est même agitée de contractions musculaires intenses qui constituent un véritable tic douloureux de la face. Il souffre encore sur le trajet du nerf dentaire, près du trou mentonnier, sur le bord de la langue, le long du trajet du nerf lingual.

La névralgie occupe donc deux des branches du trijumeau : le maxillaire supérieur, où elle est le plus intense, surtout dans la région sous-orbitaire, et le maxillaire inférieur ; par contre, elle respecte la troisième branche ou l'ophthalmique de Willis.

Les douleurs se reproduisent à la moindre excitation, par la mastication, la déglutition ; elles sont très-vives dès que l'on touche seulement un poil de la barbe.

Avant son arrivée dans nos salles, ce malade avait été traité par les injections sous-cutanées de morphine, par l'iodure et le bromure de potassium, par le salicylate de soude, etc., mais toujours sans aucun résultat.

Dans ces conditions, nous avons dû songer à une opération sur le nerf maxillaire supérieur droit, comme étant le plus douloureusement atteint. Ici se présentent trois moyens opératoires : l'étirement ou élongation, la section et la résection.

L'étirement a déjà été pratiqué, et peut-être se trouvait-il réellement indiqué dans ce cas, mais, je l'avoue, je n'ai pas osé le faire pour les conséquences graves auxquelles il aurait pu donner lieu, telles que l'arrachement du nerf sous-orbitaire, une lésion des ganglions de Gasser, et consécutivement la perte de l'œil, bien que dans certaines opérations pratiquées sur le maxillaire supérieur cet arrachement ait eu lieu quelquefois sans aucun accident.

Quant à la section simple, elle est à peu près abandonnée aujourd'hui dans les névralgies, elle ne donne que des résultats momentanés, et, dès que les bouts du nerf sectionné se sont réunis, la maladie reparaît comme par le passé.

Il nous restait donc la résection en enlevant une portion du nerf suffisamment longue pour que des tubes nerveux ne puissent se rejoindre dans la cicatrice. C'était jusque dans ces derniers temps une opération assez rare, mais depuis quelques années elle a été pratiquée un peu plus souvent.

Le malade ayant été préalablement chloroformisé, voici comment j'ai procédé : j'ai fait, au niveau du bord orbitaire inférieur droit, une incision curviligne, commençant à un centimètre du grand angle de l'œil, comprenant toute la longueur du bord orbitaire et prolongée jusqu'à deux centimètres en dehors. J'ai pratiqué une seconde incision, celle-ci verticale, tombant en T sur la première, et dirigée un peu en dehors du nerf sous-orbitaire, dans l'axe de la première petite molaire, de façon à aller à la recherche du nerf de dehors en dedans. Cette incision a été prolongée profondément pour arriver sur la masse graisseuse qui enveloppe la branche nerveuse. Enfin je suis arrivé sur le trou sous-orbitaire qui est situé à 6 ou 7 millimètres du bord orbitaire, et non à un millimètre, comme le disent presque tous les auteurs.

Dans une semblable opération, il est de toute nécessité de tomber directement sur le nerf à sa sortie immédiate du trou sous-orbitaire, pour le saisir tout entier avant qu'il se divise en plusieurs morceaux.

Dès que je suis arrivé sur le nerf, je l'ai lié en masse. Mon intention étant de pratiquer la résection dans l'intérieur même du canal sous-orbitaire, sans briser la lamelle osseuse qui forme le plancher de l'orbite, j'ai soulevé le périoste en le décollant sur une étendue de deux centimètres et demi et en me dirigeant vers le sommet de l'orbite. Puis j'ai soulevé avec précaution le globe oculaire au moyen de la petite curette en écaille dont on se sert dans l'opération de la cataracte.

Pénétrant ensuite avec une sonde cannelée dans le canal sous-orbitaire, je l'ai brisé sur une étendue d'un centimètre de longueur, et, saisissant au moyen d'un petit crochet mousse le paquet vasculo-nerveux, j'ai coupé le tout avec des ciseaux, en arrière du crochet. J'ai eu à peine de sang. Saisissant d'autre part le fil avec lequel j'avais lié mon nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire, j'ai pratiqué une seconde section au-dessous de la ligature, enlevant ainsi un peu plus d'un centimètre et demi du nerf.

L'opération s'est terminée par trois points de suture avec des fils d'argent, un drain placé dans l'incision inférieure pour faciliter l'écoulement des liquides, enfin par le pansement de Lister.

Les phénomènes qui ont immédiatement suivi l'opération ont été une anesthésie absolue au niveau du trou sous-orbitaire droit, anesthésie de la lèvre supérieure droite, de la gencive du même côté, diminution de la sensibilité de la narine droite.

Cependant le malade, le premier jour, nous a dit avoir éprouvé ses crises névralgiques ordinaires, mais moins fréquentes et moins intenses également et sans le tic spasmodique dant il était atteint. Les deux jours suivants, il n'a eu que six accès; ceux-ci ont ainsi continué à diminuer progressivement. La plaie s'est parfaitement cicatrisée par première intention, la névralgie a entièrement disparu. Trois semaines après l'opération, le malade a pu quitter l'hôpital complètement guéri.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hernie inguinale étranglée. Kélotomie. Guérison.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin principal en retraite.

On rencontre parfois dans la pratique des faits qui sont tellement en contradiction avec ce qu'on a lu ou observé, que, pour des cas semblables ou analogues, on se trouve souvent embarrassé; ainsi par exemple pour les hernies: généralement l'étranglement, qui se montre réfractaire au taxis, vous impose une opération immédiate dont les chances de guérison sont en raison directe du temps écoulé; d'autres fois, l'intestin étranglé reste indemne, sans souffrance, aucun symptôme inquiétant, tolérance relative qui peut durer trois ou quatre jours, en vous laissant toujours entrevoir l'espérance d'une réduction.

Mme P..., d'Étrennes (Vosges), soixante-trois ans, belle constitution, habituellement bien portante, est atteinte, depuis soixante heures, d'une hernie inguinale droite étranglée et irréductible; elle raconte qu'elle a cette infirmité depuis vingt ans, qu'elle ne s'en inquiétait guère parce qu'elle pouvait la réduire et la maintenir par un bandage.

Notre confrère M. Chavanne, son médecin, appelé aussitôt, a pratiqué à plusieurs reprises un taxis prudent, employé la glace, les lavements, les bains, mais la tumeur se montre irréductible, et, malgré le temps écoulé et toutes ces manipulations, l'état général reste bon. Pas de souffrance, pas de réaction, pouls à 60. Le ventre n'est pas ballonné; cependant les hoquets, les nausées, vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, plus tard bilieux, enfin fécaloïdes, annoncent qu'il faut opérer au plus tôt.

24 mars. Après avoir éliminé tout ce qui est étranger à ces sortes de tumeur, le diagnostic est circonscrit par une hernie inguinale; elle est contenue en partie dans la grande lèvre, grosse comme un œuf d'oie, rénitente, offrant des points de matité et de sonorité, avec pédicule très-dur qui semble se prolonger, par une corde épiploïque, sous la paroi abdominale. Une dernière tentative de taxis, avec anesthésie, ne réussit pas mieux que les précédentes; on opère de suite. Après avoir largement incisé la peau et le tissu cellulaire, on tombe sur la tumeur, entourée d'adhérences fibreuses qui s'opposent à la réduction et qu'il est nécessaire de disséquer jusqu'à la constriction annulaire, afin de pouvoir débrider. Le sac, légèrement altéré, est ouvert avec précaution et nous laisse voir le gros intestin, reconnaissable à ses bandes longitudinales et dépourvu en cet endroit de tunique péritonéale. Une incision multiple pratiquée à la partie supérieure de l'anneau permet à la tumeur de rentrer aussitôt. Le sac est appliqué sur l'ouverture; trois points de suture réunissent la partie supérieure de la plaie seulement et laissent libre l'écoulement des liquides à la partie déclive; enfin un spica de l'aine maintient le tout et s'oppose à la sortie de l'intestin. Limonade purgative.

26 mars. État satisfaisant, ni hoquets, ni vomissements, langue saburrale, plusieurs selles, ventre souple indolent, pas d'inertie de l'intestin, réaction modérée; pouls à 96, un peu mou, irrégulier. Le sac a déjà contracté des adhérences avec les lèvres de la plaie et ferme, par un bouchon solide, l'orifice de l'anneau. On trouve à la partie inférieure de la grande lèvre un point sphacélé avec odeur caractéristique, en même temps que nous constations des traces de muguet à la face interne des joues. Préparations de quinquina, gargarismes de chlorate de potasse, limonade citrique, lotions avec alcool camphré et large aération.

27 mars. Le muguet a fait de grands progrès et s'est répandu en larges plaques sur l'isthme du gosier.

Dysphagie, anorexie, soif vive; pouls à 90, mou, prostration.

29. Notre confrère nous écrit que l'état de notre malade s'est amélioré, le muguet disparaît, la plaie se déterge et se recouvre d'une végétation charnue de bonne nature. Pas de sensibilité du ventre; fonctions de l'intestin normales.

Vers la fin d'avril la guérison est définitive, il ne reste plus qu'un peu de faiblesse à la paroi abdominale qui sera soutenue par un bandage inguinal.

De cette observation découle un enseignement que nous ne devons pas perdre de vue: c'est que dans les hernies, malgré la bénignité des symptômes, et surtout lorsque le taxis s'est montré impuissant à réduire, il faut se hâter d'opérer dans les trente premières heures; chaque heure de retard apporte une gravité de plus et une chance de moins. Nous avons guéri, il est vrai, après trois jours, mais à quel prix? Cette prostration profonde avec pouls déprimé, irrégulier, hésitant, cette manifestation parasite qui envahit la bouche, cette gangrène du sac qui déjà menace l'intestin, tout ne semblait-il pas nous dire que nous avions déjà trop tardé et que la mort nous attendait au quatrième jour? Tout récemment, dans le même village, je fus appelé pour une hernie inguinale étranglée depuis cinq jours. On n'avait demandé aucun médecin, mais ce qu'on avait dit de patenôtres, fait de neuvaines et de signes de croix sur cette pauvre tumeur, pour conjurer le maléfice, la bêtise humaine vous le dira. Il était trop tard pour opérer, et puis à quoi bon? Du moment que l'eau bénite n'avait pu réussir, l'intervention chirurgicale devenait inutile Deux médecins, plus hardis, espèrent

encore trouver une chance de guérison au milieu de ces désordres. Quarante-huit heures après, l'opéré mourait de péritonite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un extrait du testament olographe de Mme Laval, née Tessier, qui lègue à l'Académie, au nom de Mme Laval (de Serrière), sa belle-mère : *a*) un portrait de M. Jobert (de Lamballe), par Giraud ; *b*) une somme de 30,000 francs dont les arrérages seront distribués chaque année à l'élève en médecine de la Faculté de Paris le plus méritant au jugement de l'Académie ;

2° Une lettre de candidature de M. Gabriel Fraisse, étudiant en médecine, pour le concours Vulfranc-Gerdy qui doit avoir lieu en décembre ;

3° Un mémoire intitulé : *Du recrutement dans le département de Tarn-et-Garonne; causes et motifs d'exemption du service militaire en* 1876, 1877, 1878 ;

4° Un certain nombre de lettres relatives au prix Saint-Paul.

DISCUSSION SUR LES RAPPORTS DU DIABÈTE AVEC LE PALUDISME.

M. VERNEUIL rappelle que les réserves présentées par M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) portent sur trois points : 1° fréquence douteuse du diabète palustre chronique ; 2° dépendance problématique de ce diabète et du paludisme antérieur ; 3° nécessité d'établir dans les antécédents du diabète réputé palustre l'existence avérée du paludisme.

Sur le premier point, M. Colin déclare que les paludiques incontestés, sous toutes les formes et à tous les degrés, se comptent dans l'armée par milliers, et cependant on ne signale peut-être pas un seul cas de réforme ou de retraite pour diabète palustre. M. Verneuil répond : Le diabète palustre peut aisément échapper aux conseils de révision et de réforme, parce qu'on n'examine pas les urines, parce que l'incubation de ce diabète peut être longue, parce qu'il semble affecter des formes bénignes et paraît compatible avec une assez bonne santé. L'argument de M. Colin n'aura de la valeur que lorsque la recherche du sucre sera spécialement faite chez tous les hommes renvoyés dans leurs foyers pour cause d'intoxication tellurique invétérée.

M. Colin pense que les paludiques restés pendant quelques années indemnes de toute récidive sont délivrés de l'intoxication paludéenne et se trouvent dans les mêmes conditions que les individus vierges de toute imprégnation tellurique. M. Verneuil est d'un avis contraire. Il estime que, de toutes les intoxications, le paludisme est la plus rebelle, la plus tenace, la plus indestructible, et que, s prolongé qu'en ait été le sommeil, elle peut toujours reparaître sous l'influence de causes provocatrices diverses, parmi lesquelles le traumatisme occupe probablement le premier rang. M. Verneuil cite plusieurs observations de malades qui avaient cessé d'avoir des accidents paludiques depuis neuf, dix, quinze, vingt ans et plus, et qui, à la suite d'un traumatisme accidentel ou chirurgical, ont éprouvé des accès de fièvre intermittente ou des névralgies intermittentes, parfaitement caractérisées, qui ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Le plus curieux de ces faits est celui d'un malade qui avait eu une fièvre intermittente à l'âge de deux ans et qui avait joui d'une santé parfaite depuis lors pendant quarante ans. A l'âge de quarante-deux ans, à la suite de la rupture d'un phimosis, il éprouva, plusieurs jours de suite, à la même heure, une inflammation locale avec hémorrhagie, véritables accès paludéens qui cédèrent à l'emploi du sulfate de quinine. Un autre fait, communiqué par M. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, concerne un homme qui, né en Hollande, fut pris à Marseille, à l'âge de vingt ans, d'une fièvre pernicieuse grave dont il fut guéri par l'emploi du sulfate de quinine. Depuis lors, il s'était toujours fort bien porté. Longtemps après, s'étant fracturé le péroné, il fut pris toutes les nuits d'une douleur vive, sans fièvre, qui reparut ainsi d'une manière intermittente jusqu'à ce qu'on employât le sulfate de quinine.

M. Verneuil pense que, dans tous ces cas, le retour des accès de fièvre intermittente ne peut être légitimement attribué qu'au réveil du paludisme provoqué par l'action traumatique.

Il en est du paludisme, suivant lui, comme de la syphilis, dont les manifestations secondaires ou tertiaires peuvent s'étendre à une syphilis pleinement latente après plus de vingt ans et même après plus de trente ans de guérison apparente, et se manifester tout à coup sous l'influence d'un traumatisme des plus légers, tel qu'une simple contusion. Ce qui est accepté pour la syphilis doit l'être, suivant lui, pour le paludisme. M. Verneuil termine par la lecture d'une note de M. Burdel (de Vierzon), qui déclare mettre actuellement sur le compte d'un état palustro-diabétique certains accidents, tels qu'ulcères aux jambes, sphacèles, plaques noires, qu'il attribuait plutôt autrefois à l'usage d'un seigle souvent ergoté. Aujourd'hui les paysans de la Sologne ne mangent presque plus de pain de seigle, et ces accidents sont aussi fréquents. Le plus souvent la glycosurie qui accompagne les accès de fièvre intermittente est passagère, mais elle peut devenir permanente quand ses accès se répètent et quand l'intoxication est devenue chronique. Quant aux lésions traumatiques, elles aggravent souvent le diabète, mais plus souvent encore les manifestations telluriques. Il en est de même des calculs hépatiques, néphrétiques, vésicaux, des concrétions bronchiques, etc.

M. LEROY DE MÉRICOURT a tenu à faire une enquête aussi sérieuse que possible avant de prendre la parole sur la question que soulevait M. Verneuil, c'est-à-dire sur l'importance de l'impaludisme dans l'étiologie du diabète. A première vue, il lui semblait fort peu probable que la cachexie palustre fût souvent la cause d'un vrai diabète. Ses souvenirs personnels lui semblaient contredire cette proposition ; et cette impression, qu'il a ressentie en écoutant M. Verneuil, a été encore fortifiée par tous les documents consultés par lui.

Une distinction essentielle doit être établie avant tout entre la simple glycosurie et le vrai diabète. La glycosurie simple, accidentelle, peut être déterminée par une foule de causes locales, physiologiques ou pathologiques, telles que la menstruation, la puerpéralité, l'allaitement, le régime féculent exclusif, les émotions vives, les refroidissements, l'alcoolisme, les fièvres catarrhales, éruptives, et enfin la fièvre intermittente. Mais cette glycosurie est essentiellement passagère ; elle disparaît, reparaît, et cesse sous l'influence des causes les plus légères.

Très-différent est le diabète vrai. Il constitue une maladie permanente, et il s'accompagne de tout un ensemble de symptômes véritablement caractéristiques.

Or, depuis longtemps déjà, on sait que la glycosurie passagère, celle qui peut passer inaperçue, qui ne présente aucun danger, peut résulter d'accès de fièvre paludéenne. Mais en est-il de même du diabète proprement dit ? Les faits rapportés par M. Verneuil ne le prouvent pas avec évidence ; quatre au moins de ces observations portent sur des cas de glycosurie accidentelle et passagère. Deux seulement permettent de croire à l'existence du diabète ; et encore est-il bien douteux que l'impaludisme soit pour quelque chose dans l'étiologie de cette maladie redoutable, dans les deux cas dont il s'agit.

La date extrêmement éloignée des accès de fièvre intermittente, lorsque l'on constata la présence du sucre chez un de ces malades, rend bien peu probable la supposition d'une relation de cause à effet.

Les médecins de la marine et des colonies, qui exercent si fréquemment au milieu de contrées palustres, ne signalent aucun fait de diabète ni même de glycosurie dû à l'empoisonnement tellurique. On pourrait dire qu'ils ont parfois négligé l'analyse des urines ; mais tel n'est pas toujours le cas. M. le docteur Grall,

par exemple, médecin de première classe de la marine, a fait, pendant un séjour à la Guyane, plus de 500 examens d'urine de condamnés atteints de cachexie palustre, au point de vue de la présence du sucre, sans avoir pu trouver cette substance.

D'ailleurs, sur les navires, dans les pays tropicaux, il serait vraiment bien difficile que le diabète passât inaperçu. La soif deviendrait insupportable pour les marins; ils se plaindraient de cette soif dévorante et de la perte de leurs forces. Or rien de semblable n'est noté dans les divers rapports des médecins de marine, où tant de cas d'impaludisme sont mentionnés.

Dans le *Traité de pathologie géographique* de Hirsch, dans le *Traité de climatologie* de Lombard (de Genève), dans le *Traité des maladies de l'Inde* de Morehead, dans le *Traité clinique des Européens aux Antilles*, de Bérenger-Féraud, etc., même silence sur les relations supposées entre l'impaludisme et la glycosurie permanente.

La statistique médicale de la marine de guerre des États-Unis signale : en 1875, pour un effectif de 10,141, un seul cas de diabète et 695 cas de fièvres intermittentes ou rémittentes ;

En 1876, pour un effectif de 11,138 hommes, 1 cas de diabète et 523 cas de fièvres paludéennes ;

En 1877, pour un effectif de 7,461 hommes, aucun cas de diabète, 599 cas de fièvres intermittentes.

Dans la marine royale anglaise, en 1878, il n'y eut que 4 cas de diabète sur un effectif de 46,400 hommes.

A l'hôpital de la marine de Rochefort, en 1877, il n'y eut pas un seul cas de diabète, et on a relevé 813 cas de fièvre intermittente et 270 congés pour cause de cachexie palustre.

En 1878, 1 seul diabète, pour 1,376 cas de fièvre intermittente et 291 congés pour cachexie palustre.

En 1879, pas de diabète, 742 cas de fièvre palustre, 144 congés pour cachexie palustre.

En 1880, 1 seul diabète pour 672 cas de fièvre intermittente.

Les renseignements fournis par M. le docteur Maher, directeur du service de santé en retraite à Rochefort, sont absolument concordants.

Ces documents conduisent à remplacer les conclusions de M. Verneuil par les simples interrogations suivantes :

1° Dans quelle proportion la glycosurie passagère se montre-t-elle contemporaine des accès de fièvre intermittente?

2° Cette glycosurie fugace ne se montre-t-elle pas aussi fréquemment à l'occasion de tout frisson initial d'une maladie fébrile?

3° La glycosurie plus ou moins permanente qu'on constate chez les individus atteints de cachexie palustre amène-t-elle fréquemment le diabète sucré?

M. ROCHARD, ayant abandonné à M. Leroy de Méricourt toutes les recherches statistiques dans les documents rassemblés au ministère de la marine, ne veut ajouter que quelques mots sur les résultats de son expérience personnelle. Il admet bien avec M. Verneuil que l'impaludisme puisse couver longtemps après une première manifestation et se révéler de nouveau sous une influence accidentelle. Il l'a éprouvé lui-même à Brest plusieurs années après son retour de Madagascar où il avait fait un long séjour et ressenti une violente atteinte d'impaludisme. Une récidive de fièvre intermittente eut lieu à l'occasion d'un refroidissement un jour qu'il avait eu ses vêtements mouillés. Les traumatismes, comme toute autre secousse, peuvent être également l'occasion de récidives. Mais ce qui paraît très-douteux à M. Rochard, c'est que la cachexie palustre, même la plus profonde, même celle qui se manifeste par la plus énorme intumescence de la rate et du foie, produise fréquemment un vrai diabète. Pendant son séjour à Madagascar, alors que le navire où il se trouvait hivernait dans une station des plus malsaines, il a observé pendant longtemps des sujets atteints de cachexie palustre et qu'on ne pouvait pas rapatrier. Aucun d'eux ne lui a présenté les phénomènes caractéristiques du vrai diabète, ceux que ne saurait méconnaître un œil exercé, même en dehors de tout examen des urines. D'ailleurs il ne faudrait pas croire que cet examen eût fait défaut dans la plupart des cas de marins et surtout d'officiers ou de sous-officiers de la marine que l'on réforme pour cause de cachexie palustre. Si le diabète était fréquemment la conséquence directe de cette cachexie, on le trouverait signalé dans les rapports, qui n'en parlent pas.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Études médicales faites à la Maison municipale de santé (1), par MM. Lecorché et Talamon.

M. le docteur Lecorché est attaché depuis plusieurs années à la Maison municipale de santé. Grâce au concours de son interne, M. Talamon, il a pu mettre en ordre une partie des matériaux que ce grand théâtre de clinique médicale lui fournit. Ses « Études médicales » portent sur le diabète, la goutte, la tuberculose, les néphrites, la dégénérescence amyloïde, les maladies de l'estomac, de l'intestin, du foie, des poumons, du cœur, de l'aorte, du cerveau et les maladies infectieuses.

Déjà, en 1874, M. Lecorché nous avait donné son Traité du diabète. De ses recherches nouvelles, nous ne voulons retenir que le traitement. Ce traitement est dirigé et contre la maladie principale et contre ses complications.

Le traitement dirigé contre le diabète est diététique et pharmaceutique. Le traitement diététique est aussi peu substantiel et aussi peu féculent que possible. M. Lecorché ne tient pas pour le pain de gluten ; il lui préfère le pain ordinaire en petite quantité. — Les boissons ont consisté en vin, thé, café, eau-de-vie.

Les opiacés et les alcalins pris sous forme de bicarbonate de soude, d'eau de chaux, d'eaux minérales alcalines pendant quinze jours ou trois semaines, ou, si le diabète était ancien, la constitution du malade peu vigoureuse, et le chiffre de l'urée peu élevé, des eaux arsenicales. Puis des préparations ferrugineuses, associées au quinquina pris sous forme de vin ou d'extrait, des eaux ferrugineuses, quitte à y revenir ultérieurement quand l'exige l'intensité de la glycosurie.

Les complications qui peuvent se manifester dans le cours du diabète sont des indications à revenir momentanément à l'usage des alcalins.

Dans un second chapitre, M. Lecorché étudie la goutte sous ses formes : aiguë, chronique et anomale.

Il décrit l'attaque de goutte aiguë, analyse l'urine, montre que l'opinion de Garrod au sujet des variations de l'acide urique est sujette à révision et que l'élimination de l'acide urique baisse un peu avant l'attaque, augmente pendant l'attaque, pour baisser de nouveau quand cesse la douleur.

La goutte chronique amène l'auteur à nous faire une excellente étude des tophus sous-cutanés et des déformations articulaires. Des planches chromolithographiées nous représentent très-exactement ces accidents. M. Lecorché, après avoir montré que la gravelle urique peut alterner avec les manifestations articulaires, étudie les lésions des reins.

Il termine enfin ses recherches par la goutte anomale, le diabète goutteux et les autres manifestations anomales de la goutte : la phlébite et les névralgies goutteuses multiples; la goutte et la tuberculose pulmonaires.

Quant au traitement, M. Lecorché déclare que le colchique est le seul médicament capable d'enrayer une attaque de goutte aiguë ou chronique. Mais le colchique lui a paru sans grande action sur la diathèse urique. Pour combattre cette diathèse et en prévenir les attaques, il faut s'adresser au salicylate de soude. Le carbonate de lithine ne semble pas répondre aux espérances qu'il avait fait naître. La diathèse urique bénéficie des eaux de Contrexéville, Vittel, Capvern.

Dans les cas de goutte chronique, en dehors des attaques, M. Lecorché prescrit la médication tonique et une alimentation des plus substantielles.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Enfin aux localisations articulaires des topiques calmants.

Abordant l'étude de la tuberculose, M. Lecorché fait ressortir certaines particularités étiologiques : le rétrécissement de l'artère pulmonaire, le traumatisme du thorax et l'influence de la cohabitation. Il nous fait connaître deux cas de phthisie aiguë pneumonique; il étudie l'angine tuberculeuse, signale la salivation excessive et arrête notre attention sur les arthropathies tuberculeuses, la leucocytose et les hémorrhagies dans la phthisie. Les phénomènes névropathiques chez les tuberculeuses sont ensuite l'objet de ses recherches, et il montre l'hystérie enrayant la marche de la phthisie. Enfin, il termine cette très-intéressante étude en montrant quelques manières de mourir des phthisiques : phénomènes cérébraux ultimes, anévrysme de l'artère pulmonaire, thrombose cardio-pulmonaire.

Les bornes d'un article ne permettent pas de suivre de près l'auteur dans les diverses études qu'il nous présente. Faites avec le plus grand soin, ces recherches seront lues avec un vif intérêt. Elles sont de la clinique médicale véritable : observation précise, déductions rigoureuses ; pas de phrases, des faits. Si nous avions cependant une critique à formuler, ce serait de voir ces *Études* publiées tout d'abord en volume. La plus grande partie aurait gagné considérablement à être publiée au jour le jour; véritables articles de journaux, les *Études* de M. Lecorché auraient depuis longtemps saisi l'opinion publique. En volume, elles seront lues, mais par un groupe restreint de lecteurs; elles méritaient mieux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 décembre 1881, M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique et des cultes, est nommé conseiller d'Etat en service extraordinaire, en remplacement de M. Zévort.

— Le Conseil général de la Seine vient d'émettre les vœux suivants : 1° Création à la Morgue, à partir du 1er juillet 1882, de deux emplois de médecins inspecteurs-adjoints; — 2° Établissement d'un service médical dans les écoles et salles d'asile.

Il a émis aussi, le vœu qu'une inspection spéciale de la dentition soit fait dans les écoles.

Enfin deux sommes ont été également votées, l'une de 6,700 francs pour l'entretien d'élèves sages-femmes à l'École d'accouchements; l'autre, de 1,500 francs pour prix à leur décerner en 1882.

— Dans la séance de l'Académie des sciences de lundi dernier, le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une lettre de la Société royale des sciences de Londres lui annonçant qu'une grande médaille d'honneur était décernée à M. le professeur Wurtz pour ses importants travaux chimiques et ses belles découvertes.

— Nous annonçons à regret la mort de M. le docteur Redon, décédé à Paris à l'âge de trente-cinq ans. Il était auteur d'une thèse estimée sur le diabète chez les enfants.

— *Fièvre jaune.* — Le ministre du commerce et des colonies vient de recevoir la dépêche suivante du gouverneur du Sénégal :

« L'état sanitaire s'est un peu amélioré depuis quinze jours; cependant nous avons encore eu deux décès de fièvre jaune à Saint-Louis les 17 et 18 novembre. Gorée a eu aussi deux décès par épidémie le 21 et le 22 novembre. M. le docteur Carpentin, médecin principal, est au nombre de ceux-ci.

Dakar est en libre pratique depuis le 8 novembre et Rufisque reste indemne. Il serait prudent de ne pas envoyer de personnel par le paquebot partant de Bordeaux le 5 décembre. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Groslons (Désiré-Jean-Baptiste-Jules), né le 31 mai 1839, à Choisy-le-Roy (Seine), est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Sébillon, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Marcondés (Rezende-Ignacio), né à Saint-Paul (Brésil), le 14 octobre 1859, est délégué, pour trois ans, à dater du 1er novembre 1881, dans les fonctions de prosecteur en remplacement de M. Grégory, décédé.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Poullet (Pierre-Jules) né à Lyon, le 7 février 1842, docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Rendu, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Rodet (Alexandre), né à Lyon, le 30 juillet 1855, docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Garel, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Eloui-Mohammed, né à Tamalé (Égypte), le 12 février 1852, docteur en médecine, est délégué, pour deux ans, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Quise, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Augagneur (Jean-Victor), né à Lyon, le 16 mai 1855, est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Sabatier, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Brizard (Augustin), né le 9 février 1849, à Renage (Isère), docteur en médecine, est nommé, pour un an, aide de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Rabot, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Convers, bachelier ès lettres et ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de préparateur de physiologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12050.

Nº 142. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1881.

54e ANNÉE.

SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1881. — Nº 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cirrhose du foie syphilitique. — Syphilis viscérale généralisée.

Dans ses premières conférences cliniques de ce semestre à l'hôpital de la Pitié, M. Lancereaux a entrepris l'étude des cirrhoses hépatiques, se proposant de démontrer que, dans notre climat du moins, — en fait de maladies du foie cette réserve est indispensable, — toutes les diverses hépatites prolifératives admises par les auteurs peuvent être ramenées à trois espèces, ou trois grands types, déterminés d'après les conditions étiologiques qui ont présidé à leur évolution et contrôlés par les caractères mêmes des lésions anatomiques, le type ou la forme syphilitique, la forme impaludique et la forme alcoolique.

Pendant le cours de cette étude, un fait se passait dans le service, qui est venu donner sa part de démonstration à l'appui des opinions formulées et défendues par M. Lancereaux.

Voici ce fait :

G..., âgé de quarante et un ans, grand, robuste, né de parents bien portants, avait eu toujours lui-même une bonne santé, lorsque, en 1866, il a contracté un chancre suivi d'une éruption généralisée. Il fut traité pour cette affection à l'hôpital du Midi, où il fit un séjour de deux à trois mois. Il s'était bien porté depuis jusqu'au mois de mars dernier, époque où il a commencé à tousser ; sa voix s'est enrouée ; en juin, il était presque aphone ; la toux était alors suivie d'une expectoration abondante, teintée de sang mélangé au muco-pus. En même temps, il s'est mis à maigrir progressivement et à perdre ses forces. Le 20 juillet, il entre à l'hôpital de la Pitié. Voici ce que montre l'examen : maigreur, atrophie des muscles, sécheresse de la peau. On constate l'existence d'une légère saillie osseuse au niveau de l'extrémité externe du sourcil droit. Le malade est aphone, il a de la dyspnée ; sa respiration est gênée et bruyante. Le bruit laryngé de la respiration empêche d'apprécier à l'auscultation les modifications qu'a pu subir le bruit respiratoire. L'abdomen est légèrement météorisé, les veines abdominales sont un peu dilatées, il n'y a point d'ascite. Le malade est d'une très-grande faiblesse générale, il a peu de sommeil. On voit d'ici la difficulté d'asseoir tout d'abord un diagnostic au milieu de ces phénomènes complexes dont on ne possède pas encore la liaison.

Les jours suivants, la dilatation des veines sus-ombilicales s'accentue davantage, ainsi que le météorisme ; on constate un très-léger degré d'épanchement ascitique ; la palpation du foie fait reconnaître que son bord inférieur déborde de deux à trois travers de doigt environ le rebord des fausses côtes, tandis que sa limite supérieure s'élève à deux travers de doigt au-dessous du mamelon.

Il n'était plus possible de méconnaître une cirrhose hépatique. Mais à quelle espèce appartenait-elle ?

Du 4 au 9 août il survient des épistaxis, le météorisme augmente. La tumeur de la région externe de l'orbite, que l'on avait constatée le premier jour, a augmenté de volume et s'est ramollie à son centre. Dès ce moment le diagnostic commençait à s'éclaircir. La tumeur sourcilière était évidemment une exostose syphilitique, et, aux signes énumérés ci-dessus, il devenait de plus en plus évident que l'on avait affaire à une cirrhose hépatique également d'origine et de nature syphilitiques.

A partir de ce moment, M. Lancereaux prescrit l'iodure de potassium, d'abord à la dose de 1 gr. 50, qu'il élève graduellement les jours suivants jusqu'à la dose de 3 grammes, et auquel il ajoute plus tard les frictions mercurielles.

Au moment où est instituée cette médication, le 14 septembre, l'abdomen avait acquis déjà un volume considérable, bien qu'il parût y avoir très-peu de liquide épanché ; les veines sus-ombilicales étaient très-largement dilatées, il y avait de l'œdème des pieds et des bourses. Les testicules ne paraissaient d'ailleurs pas sensiblement malades. Expectoration moins abondante que dans les premiers temps. Toujours peu de signes physiques à l'auscultation. La sonorité à la percussion est presque normale. Du 27 au 30 septembre, sous l'influence probable de la médication, l'exostose, dont la partie ramollie a été résorbée, est considérablement diminuée de volume, le météorisme du ventre a diminué, ainsi que la dilatation des veines abdominales et l'œdème des jambes et des bourses. Il survient également une amélioration dans l'état de la trachée ; la voix est redevenue presque normale ; la toux est rare. Du 12 au 26 octobre, nouvelles hémoptysies.

Le 6 novembre, une nouvelle série de phénomènes morbides se manifeste. Le malade a été pris de délire dans la nuit, il s'est levé et promené dans la salle.

Le 9 novembre, le délire persiste, délire tranquille ; les yeux sont hagards, les pupilles sont contractées égales ; le pouls est ralenti, 52 pulsations. Le malade rend ses selles et ses urines involontairement.

Le 12, même état, délire nocturne, abattement et somnolence le matin ; le malade se plaint d'une céphalée assez vive. On supprime l'iodure de potassium, et on prescrit 20 centigrammes de calomel en dix doses, une toutes les heures.

Cet état va s'aggravant jusqu'au 27 novembre, jour où il succombe dans le coma.

A l'autopsie, l'examen de l'habitus extérieur du cadavre fait découvrir, sur le trajet du tibia gauche, une légère saillie osseuse, une exostose syphilitique avec épaississement du périoste. La peau à ce niveau présente plusieurs petites cicatrices. Rien de spécial dans le tissu cellulaire et les muscles. La voûte crânienne est épaissie aux dépens de la table externe ; cet épaississement est un peu plus prononcé au niveau de l'exostose frontale constatée pendant la vie. La dure-mère, à peu près normale, se détache facilement du crâne, excepté au niveau de l'extrémité antérieure des deux lobes frontaux, où elle est adhérente et présente des nodosités saillantes, jaunâtres, déposées symétriquement. En détachant cette portion altérée de la dure-mère, on trouve au-dessous une altération de la substance cérébrale des lobes frontaux, qui présente de petites nodosités symétriques, du volume de petits pois, d'une coloration jaunâtre. Dans le reste du cerveau, la substance nerveuse est partout un peu ramollie. Les vaisseaux cérébraux paraissent normaux. Le cervelet, la protubérance et le bulbe sont sains.

La bouche et le pharynx ne présentent rien de particulier. Le larynx est sain également dans sa partie supérieure ; mais, dans sa partie inférieure, il est le siège d'une lésion considérable. Il y existe un rétrécissement très-notable constitué par l'épaississement de la muqueuse et du tissu cellulo-fibreux sous-jacent.

La trachée présente quelques érosions de la muqueuse.

Les bronches offrent une altération douteuse ; elles sont dilatées, indurées par places ; cependant on n'y constate rien de bien caractéristique. Il n'y a point de tubercules dans les poumons, mais on y trouve çà et là quelques petites lésions disséminées, entre autres une induration au sommet droit, produite par la sclérose du tissu pulmonaire, au milieu de laquelle les bronches paraissent dilatées et obstruées par un mucus sanguinolent ; ce qui donne l'explication de l'expectoration sanguinolente qui a eu lieu dans les derniers temps.

Les ganglions bronchiques et post-sternaux sont volumineux, fermes ; à l'incision, ils présentent une teinte vineuse.

Le cœur, d'un volume normal, présente quelques végétations papilliformes au niveau des valvules mitrale et aortique, celles-ci d'ailleurs intactes. Le myocarde est sain.

Dans l'abdomen, on trouve quelques adhérences intestinales dans le voisinage du foie. Les intestins et l'estomac sont sains d'ailleurs.

C'est dans le foie surtout qu'on trouve l'altération la plus importante.

Le foie, du poids de 1k,950, est adhérent au diaphragme par des brides fibreuses anciennes, multiples, parfaitement organisées. Son volume est légèrement augmenté ; son bord est irrégulier ; à l'union de son tiers droit avec les deux tiers gauches, il existe une languette qui déborde de 2 centimètres. Sa surface, inégale, lobulée, présente des bosselures de divers volumes, constituant comme autant d'îlots séparés les uns des autres par des parties déprimées en forme de sillons ou de gouttières, qui lui donnent l'aspect que présente le rein chez les jeunes veaux. Des sections pratiquées au niveau de ces dépressions font voir des bandes fibreuses et de petits nodules jaunâtres, traces de gommes qui ont été résorbées et de nombreuses cicatrices étoilées. Ce foie est tout à fait semblable, par l'irrégularité de sa forme comme par sa couleur et son aspect général, au foie syphilitique figuré dans la planche 1 du *Traité historique et pratique de la syphilis*, de M. Lancereaux.

La rate est très-volumineuse, sa surface est lisse, sa capsule opaque ; son tissu crépitant, serré, congestionné.

Les reins n'offrent rien de particulier, si ce n'est que la capsule s'en détache un peu difficilement. La prostate et la vessie sont à l'état normal.

Les testicules ne présentent pas d'altération bien appréciable. On constate seulement un certain degré d'épaississement des cloisons dans le testicule gauche.

Les ganglions inguinaux et lombaires sont volumineux, d'une coloration vineuse à l'extérieur, un peu blanchâtre vers le centre.

En résumé, de cet examen rapide des lésions macroscopiques multiples que présentait ce sujet et qui pourront être complétées par un examen histologique, il ressort déjà un témoignage suffisant que l'on avait bien affaire là, comme nous l'indiquons déjà dans le titre, non-seulement à une hépatite syphilitique, mais à une véritable syphilis viscérale multiple presque générale.

Hydro-hématocèle suppurée de la tunique vaginale. Guérison.

Le nommé D... (Michel), vingt-huit ans, garçon d'office, est entré le 18 juillet 1881 à la Charité, dans le service de M. Després, salle Saint-Jean, n° 17, pour une grosse tumeur du testicule gauche. Voici la relation du fait et de l'opération qu'il a nécessitée, d'après l'observation recueillie par M. Meunier, interne du service.

Le testicule gauche est malade depuis quinze ans. En 1868, sans cause appréciable, sans traumatisme, cet organe se mit lentement à grossir. De temps en temps survenaient dans le bas-ventre et à gauche des coliques peu violentes, ne durant pas longtemps, qui ne persistèrent pas. Aucun traitement jusqu'en 1876.

Le malade entre en 1876 à l'hôpital de Limoges pour se faire soigner de son hydrocèle. Elle était devenue énorme, presque grosse comme les deux poings et très-gênante par son volume et son poids. Une ponction fut pratiquée et suivie d'une injection de teinture d'iode ; le malade ne peut dire si celle-ci était pure. Il n'y eut pas de réaction inflammatoire bien vive ; dès le huitième jour, l'opéré se levait ; le onzième jour il quittait l'hôpital. Le testicule restait une fois plus gros que l'autre. Le malade négligea de porter un suspensoir.

Au mois de juin dernier, le testicule était redevenu du volume du poing. En grimpant le long d'une colonne, D... se frappa les bourses et ressentit une douleur assez forte du côté malade. Il n'y eut pas d'ecchymose à la peau, mais il survint une sorte de gêne et d'endolorissement auxquels succédèrent au bout de dix à douze jours des élancements, accompagnés d'une tuméfaction des téguments et d'empâtement, puis des petits frissons assez fréquents, la perte de

l'appétit, le mal de tête, sans vomissements, ni coliques, ni douleurs de reins.

Le malade entre à l'hôpital le 18 juillet, vingt jours après la date de la contusion.

La bourse gauche est du volume du poing, un peu aplatie de dehors en dedans, rouge, chaude, empâtée, douloureuse. L'impression des doigts y laisse une trace d'autant plus profonde qu'on appuie davantage. Le cordon à l'anneau est peu douloureux. M. Desprès diagnostique une hématocèle suppurée de la tunique vaginale et il ajourne tout projet d'opération, l'ouverture de ces tumeurs ne devant être faite, suivant lui, que quand le pus est bien formé. Il se borne à prescrire le repos et des cataplasmes.

Le 22 juillet, le malade accuse des élancements sur la face externe de la bourse, où l'on constate deux ou trois bosselures avec rougeur de la peau plus prononcée que dans les autres points.

Le 24, les bosselures se ramollissent et deviennent violacées.

Le 25, ouverture spontanée de l'une d'elles. Écoulement d'un pus sanieux, roussâtre, en petite quantité, avec des lambeaux de fausses membranes. TM. 37,6; TS. 37,8.

Le 26, le pus sortant difficilement, M. Desprès pratique une contre-ouverture et passe un drain. La température s'éleva un peu les jours suivants; le malade eut des frissons.

Des injections iodées furent faites avec de la teinture d'iode pure la deuxième fois le 26 au matin, puis avec de la teinture d'iode additionnée d'eau, le même soir et les deux jours suivants matin et soir.

La température, relevée matin et soir, du 26 au 31 a été : le 26, TM. 37; TS. 37,8; le 27, TM, 38,5; TS. 39,2; le 28, TM. 38,7; TS. 39,1; le 29, TM. 38,2; TS. 38,4; le 30, TM. 37,6; TS. 38,4; le 31, TM. 37,4; TS. 38,2.

Le 1er août, le pus s'écoule en moins grande quantité; il est plus épais et plus jaune.

Le 13, un peu de pus s'est accumulé près du drain; en pressant sur la petite tumeur, il s'écoule facilement.

Le 14, on pratique deux nouvelles injections iodées. TM. 37; TS. 38,4.

Le 1er septembre, la fièvre n'a pas reparu. Les orifices des abcès bourgeonnent bien. Le malade a bon appétit.

Le 10, la suppuration est tarie; la bourse a considérablement diminué de volume; le testicule est entouré d'une coque épaisse et dure; en comprimant un peu fort, on réveille sa sensibilité spéciale.

Le 20, le malade sort guéri, et la bourse gauche est d'un volume à peine supérieur à la bourse droite.

Cette observation est un bel exemple de suppuration d'une hydro-hématocèle. Le drainage a eu ici un excellent effet, et on a obtenu ainsi une guérison définitive sans que le malade ait couru un seul instant le moindre danger.

Kyste herniaire crural communiquant avec la cavité péritonéale.

Voici une autre observation, recueillie également par M. Meunier dans le service de M. Desprès. Il s'agit d'un homme de quarante ans qui s'est présenté à la consultation de M. Desprès à la Charité le 31 octobre 1881, pour une tumeur qu'il porte dans l'aine droite depuis dix ans, et pour laquelle il a consulté plusieurs fois dans les hôpitaux. Une fois on a porté le diagnostic d'adénite ganglionnaire quoiqu'il accusât des coliques, et l'on a cherché l'existence d'une plaie ou écorchure du pied. Ce diagnostic a toujours été fait. Comme la tumeur est plus douloureuse et plus grosse depuis quelque temps, il vient consulter de nouveau. Jamais il n'a porté de bandage.

La tumeur est arrondie, du volume d'un petit œuf, et est située au-dessous du ligament de Fallope, en dedans de l'artère crurale, au lieu d'élection des hernies crurales. Dure et rénitente à la pression, elle présente un pédicule qui s'enfonce profondément sous l'arcade, ce que l'on sent très-bien au toucher, surtout lorsque le malade est couché. La pression est un peu douloureuse; sous son action la tumeur ne se réduit pas.

Depuis qu'elle existe, cette tumeur a plusieurs fois disparu presque complètement et pendant un certain temps. Elle se réduit seule presque en totalité lorsque le malade est au lit, mais reparaît lorsqu'il se lève. Elle a été indolente pendant très-longtemps.

Le malade est entré à l'hôpital le 15 novembre. Le lendemain matin, on constate que la grosseur est réduite de moitié. Elle diminue les jours suivants; au bout de quatre jours, elle est grosse comme le bout du pouce. Elle donne au toucher la sensation d'une petite boule de graisse. On sent très-nettement qu'elle ne roule pas sous le doigt, mais qu'elle est fortement fixée au-dessous de l'arcade par un pédicule étroit. Elle est tout à fait indolente. Elle ne grossit pas lorsqu'on fait tousser le malade.

Cette observation est intéressante à ce point de vue que l'erreur n'a pu être commise que par un défaut d'examen. En effet, dans les cas de ce genre, il faut toujours examiner les malades couchés et debout. Il est rare que le décubitus dorsal ne permette pas la réduction d'une certaine quantité de liquide, ce qui se traduit par une diminution de la tumeur.

NOTE SUR UN CAS D'EMPHYSÈME DES PAUPIÈRES ET DE L'ORBITE (1).

Par le docteur S. BAUDRY (de Lille).

II

Quelles conclusions tirerons-nous de cette courte analyse? C'est que, dans *tous les cas*, il y aurait rupture du sac lacrymal ou des conduits lacrymaux. Or, dans le cas du jeune H... que je viens d'observer, il ne saurait être question des voies lacrymales : des injections d'eau douce, faites à plusieurs reprises en présence de confrères, m'en ont démontré la perméabilité, et l'absence de toute solution de continuité.

Ai-je eu affaire à une anomalie, à une exception? Ce n'est pas mon avis, et, malgré ma faible expérience, je suis porté à soutenir que l'emphysème consécutif à l'effort de se moucher ou d'éternuer est le plus souvent le résultat d'une fracture d'un des os si minces de la paroi orbitaire interne, *sans lésion des voies lacrymales*, l'air passant directement du nez dans le tissu cellulaire de l'orbite et des paupières.

Tout d'abord, dans les cas que je viens d'analyser, à l'exception de celui de Desmarres, y a-t-il eu rupture sur un point des voies lacrymales? J'avoue que, malgré l'autorité des noms pour lesquels je professe le plus grand respect, il m'est permis jusqu'à un certain point d'en douter. En effet, sur quoi se sont fondés ces auteurs pour croire à cette

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 décembre 1881.

rupture ? Sur des données théoriques, sur l'*analogie* (Foucher) de cas qu'on a crus semblables et qui ne l'étaient nullement. J'ai déjà dit plus haut que, dans un cas, M. Tillaux avait conclu à une lésion du sac lacrymal, par voie d'élimination ; je ne suis pas convaincu. Foucher (*loco citato*) prête à Mackensie une opinion que le chirurgien anglais n'avait pas : « Se fondant sur les deux cas de Mackensie, il jugeait que la rupture des voies lacrymales était la lésion première... Il trouvait dans l'existence d'un coryza une raison suffisante pour rapprocher le fait observé de ceux que rapporte Mackensie. Dans les trois cas, il y aurait eu inflammation des conduits lacrymaux, condition favorable à une rupture. » Suivent d'autres inexactitudes que je passe sous silence. L'opinion de Mackensie est tellement nette que j'ai peine à comprendre comment on a pu l'interpréter d'une façon toute différente. « L'emphysème, dit Mackensie, t. I, p. 244, dépend d'une lésion ou d'un état morbide des parois des cavités nasales, qui laisse passer *directement* l'air de la cavité du nez dans la couche celluleuse des paupières. » Du sac et des conduits lacrymaux, point n'est question. Voyons maintenant les deux observations :

Obs. I. — Emphysème chez une petite fille scrofuleuse qui se mouche fortement : pas de lésion apparente du nez, mais une ophthalmie rebelle.

Obs. II. — Emphysème chez un homme qui voulait, en se mouchant, désobstruer la narine droite bouchée par une distorsion de la cloison.

La seule analogie que je puisse voir entre ces trois faits, c'est le développement d'un emphysème après l'action de se moucher.

Mais, n'y aurait-il que le premier cas de M. Desmarres rapporté plus haut, qu'il suffirait à faire admettre la possibilité d'une lésion du sac, mais accompagnée d'une lésion osseuse. C'est, en effet, la seule observation qui s'appuie sur une donnée certaine, l'exploration des voies lacrymales au moyen d'une injection d'eau douce poussée alternativement par les deux points lacrymaux. Silence complet à ce sujet dans toutes les autres observations. Ce moyen de diagnostic me semble de beaucoup préférable à celui de Zander et Geissler dont parle M. de Wecker dans son Traité : « Faire sortir par pression du sang à travers les points lacrymaux. » Forcément infidèle, il faut, en outre, pour l'employer, que la blessure vienne d'être faite. L'injection d'eau douce, pratiquée avec prudence, me paraît, au contraire, un élément de diagnostic certain et indispensable, si l'on veut affirmer la lésion en question. Dans les cas d'emphysème, cette manœuvre me semble au surplus sans danger, même en cas de rupture, à cause de l'infiltration préexistante du tissu cellulaire par l'air et quelquefois par le sang. On n'est pas tous les jours aussi malheureux que de Græfe, qui vit survenir un exophthalmos et une cécité absolue à la suite d'une simple injection par le conduit lacrymal inférieur. (*Klinische Monatsbl.*, 1862, B. I, S. 49.)

En général, du reste, la conviction de ceux qui croient à une lésion des voies lacrymales n'est pas très-ardente : c'est une pure hypothèse et affaire de probabilité.

L'anatomie et les faits pathologiques plaident-ils au moins en faveur de l'hypothèse que nous discutons ? c'est ce que je vais examiner. L'air, dans un effort d'expiration, les narines étant bouchées, peut-il pénétrer dans les voies lacrymales, de bas en haut, passant par l'extrémité inférieure du canal nasal ? La chose est possible, on n'en peut douter ; mais c'est l'exception. Des ophthalmologistes ont constaté le fait ; je connais un confrère de Lille qui, en se mouchant plus ou moins fort, fait sortir à volonté l'air par son point lacrymal inférieur droit, comme l'individu dont parle Malgaigne faisait par la même voie sortir de la fumée de tabac ; les médecins qui s'occupent des maladies de l'oreille observent parfois des fuites d'air au niveau du grand angle de l'œil, en pratiquant des insufflations dans la trompe d'Eustache par le procédé de Politzer. Ces quelques exceptions ne font que confirmer l'expérience de M. Richet (*Anat. chirurg.*, p. 476), et avec lui je dirai : « Lorsqu'on fait un effort pour se moucher, l'air peut bien s'introduire dans la trompe d'Eustache, mais exceptionnellement, pour ne pas dire jamais (Richet), dans le sac lacrymal. » Que l'obstacle vienne de la valvule de Cruveilhier, que Béraud affirme ne manquer que trois fois sur cent, ou d'une disposition particulière de la muqueuse à l'orifice du canal nasal (Sappey), le fait me paraît suffisamment démontré. Admettons un instant que l'air puisse passer par cet orifice inférieur du canal nasal ; admettons aussi, condition adjuvante, une inflammation antérieure des voies lacrymales qui aurait aminci la muqueuse, l'aurait préalablement ramollie et préparée pour ainsi dire à une rupture, la rupture aura-t-elle lieu ? Je ne le pense pas, ou du moins elle sera très-rare. Voici une observation de M. Richet à l'appui de ce que j'avance (*Annales d'oculistique*, t. XVI, p. 232) : « Une femme est atteinte depuis *plusieurs années* d'un engorgement (?) du sac lacrymal et du canal nasal ; on l'a sondée souvent par la méthode Laforest, ce qui a amené, d'après M. Richet, une destruction de la valvule de Cruveilhier. L'air pénètre librement quand cette femme se mouche, et forme *en le distendant* une tumeur assez volumineuse du sac (*malade depuis deux ans*). Si on presse cette tumeur, on fait sortir l'air par les points lacrymaux. » On ne saurait souhaiter cas plus favorable pour une rupture, et cependant l'emphysème ne s'est jamais produit. Je ne nie pas la possibilité de l'emphysème des paupières à la suite d'un traumatisme chirurgical (fausse route) du sac ou des conduits lacrymaux, mais le mécanisme ne serait pas le suivant : Pénétration de l'air dans le tissu conjonctif sous-muqueux du sac ou des conduits, et de là de proche en proche dans celui des paupières. En effet, d'après MM. Richet, Sappey et Tillaux, le canal nasal, le sac et les conduits lacrymaux sont composés de deux couches *étroitement unies*, formant une paroi fibro-muqueuse. Aucun de ces anatomistes ne fait mention de tissu cellulaire intermédiaire. S'il existe, ce tissu conjonctif est très-serré, peu abondant, et doit difficilement se laisser infiltrer, de même que la conjonctive tarsienne. Il me paraît plus simple et tout aussi logique d'admettre que la déchirure dans ces cas est complète, c'est-à-dire qu'elle intéresse les deux couches, et que l'air passe ainsi dans le tissu cellulaire ambiant de l'orbite et des paupières, quand il s'agit du sac, des paupières seulement si les conduits sont seuls lésés.

J'arrive aux faits pathologiques. Il serait trop long d'énumérer la quantité et la variété des lésions consécutives aux opérations pratiquées sur le conduit lacrymo-nasal, depuis le trépan de Paul d'Égine, l'alène de Guy de Chauliac, le trocart de Dupuytren et la canule qu'il plaçait, au dire de Denonvilliers, quelquefois ailleurs que dans le canal (*Compendium*, t. III, p. 206), jusqu'aux couteaux de Weber et de Sainte-Cléry. Je passe sous silence les mutilations plus ou moins chirurgicales que l'obscurité de leurs auteurs n'a pu faire survivre sous le nom de procédés. De nos jours, le

canal lacrymo-nasal est aussi mal partagé que celui de l'urèthre, sous le rapport de la fréquence des fausses routes. Il n'est pas de praticien tant soit peu occupé, s'il se sert de la sonde de Bowmann ou d'une autre plus ou moins perfectionnée, qui ne compte chaque année quelques fausses routes à son passif. Ajoutons les écarts de la sonde égarée par la main encore novice des débutants, et nous aurons un chiffre respectable des ruptures de la muqueuse. Sans faire fausse route, la sonde peut encore faire saigner cette membrane devenue plus ou moins friable et turgescente par l'inflammation, et, dans ce cas, les malades ne manquent pas de se moucher avec force, toutes conditions favorables à une rupture et à la production de l'emphysème. Cependant c'est chose relativement rare, dans ces circonstances.

Est-il possible de donner une explication plus satisfaisante, pour l'esprit, de ces cas d'emphysème spontané ? J'émets l'opinion qu'il y aurait le plus souvent fracture de l'os unguis ou de l'os planum, par l'effort de se moucher, et passage direct de l'air des fosses nasales dans le tissu cellulaire ou de l'orbite ou des paupières ; les voies lacrymales et principalement le sac seraient rarement le siège d'une rupture. Desmarres, tout en n'admettant pas ce mécanisme, dit nettement, *loco citato*, p. 249 : « On observe fréquemment une fracture des parois des fosses nasales ou des sinus frontaux par un violent éternument ou simplement par l'action de se moucher. » L'os unguis présenterait sa solution de continuité, au-dessus, au-dessous, ou en arrière de la gouttière lacrymale. Si cette fracture est petite et l'effort d'expiration relativement faible, il y aura emphysème de l'une ou de l'autre des paupières, ou bien des deux à la fois ; ici l'air passerait des fosses nasales dans le tissu cellulaire qui entoure le sac, et gagnerait le tissu cellulaire des paupières, parfois le tissu conjonctif sous-muqueux du globe oculaire et des paupières. Si la fracture siège plus en arrière, sur la portion orbitaire de l'ethmoïde, l'air pénétrera directement dans le tissu cellulaire de l'orbite ; avec une pression très-forte et une ouverture de communication suffisamment béante, il gagnera le tissu cellulaire des paupières au niveau de l'angle interne, là où les aponévroses deviennent tellement minces qu'à part les ligaments angulaires, M. Sappey n'en fait plus que des membranes cellulo-fibreuses.

Telle est l'explication qu'il me paraît rationnel de donner au cas que je viens d'observer.

Conclusions. — L'appellation d'emphysème *spontané* des paupières et de l'orbite doit être réservée aux cas extrêmement rares, comme ceux de Jarjavay et de M. Gosselin, dans lesquels, sans effort pour se moucher, l'air communique *spontanément* des fosses nasales avec le tissu cellulaire orbito-palpébral.

L'emphysème des paupières et de l'orbite consécutif à l'action de se moucher ou d'éternuer est le résultat, dans la majorité des cas, d'une fracture d'un des os altérés ou non de la paroi interne de l'orbite permettant le passage direct de l'air des fosses nasales dans le tissu cellulaire des paupières ou de l'orbite. L'emphysème sera limité aux paupières ou à l'orbite, ou bien encore occupera les deux régions, selon le siège, l'étendue de la fracture et la pression plus ou moins forte de l'air expiré.

Exceptionnellement, l'emphysème dit spontané sera consécutif à la rupture complète d'une des parois du canal lacrymo-nasal, à la suite d'un traumatisme chirurgical (cathétérisme, opération), rupture accompagnée ou non de lésions osseuses.

Plus exceptionnellement encore, l'emphysème sera la conséquence d'anomalies dont j'ai parlé plus haut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

RAPPORTS

M. Périer, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Verneuil et Perrin, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer). Ce travail renferme notamment quatre observations d'ostéo-périostite, dont trois siégeant aux membres ont été traitées l'une par le trépan, deux autres par le drainage ; deux siégeaient sur les os de la face ; toutes ont été suivies de guérison ; deux relations d'amputation, l'une du bras, l'autre de l'avant-bras, faites avec le secours de la bande d'Esmarch, également suivies de guérison ; — une observation de fracture du crâne ; — une observation de cancer du sein opéré avec succès par le thermocautère ; — deux cas de boutonnière périnéale pratiquée pour des rétrécissements infranchissables ; — un cas de macroglossie congénitale et un cas de myxœdème.

M. le rapporteur réserve pour en faire l'objet d'un autre rapport spécial l'histoire du fait de macroglossie, et il conclut en proposant d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans les archives. (Adopté.)

Blessures par des balles de revolver. — **M. Le Dentu** lit un rapport sur une communication de M. le docteur Vieusse, médecin-major à Tlemcen, ayant pour objet deux observations de fracture de l'humérus par une balle de revolver. Dans les deux cas, M. Vieusse s'est abstenu de toute manœuvre pour la recherche du projectile ; il s'est borné à un pansement simple, et dans les deux cas les plaies se sont cicatrisées et les fractures se sont consolidées sans aucun accident et en très-peu de temps.

L'auteur, à l'occasion de ces deux faits, a discuté la question de l'opportunité ou de l'inopportunité de l'intervention dans les cas de ce genre. Il se prononce pour la non-intervention. Toute tentative d'exploration eût été d'autant plus inutile ici que, dans les deux cas, la balle était sortie ; on trouvait les deux orifices d'entrée et de sortie. Une exploration n'eût pu qu'être nuisible. Il n'y avait qu'à immobiliser le membre ; c'est ce qu'a fait M. Vieusse avec raison.

M. le rapporteur, approuvant la conduite tenue dans cette circonstance par l'auteur de la communication, ainsi que les principes sur lesquels il s'est fondé pour agir ainsi, conclut en proposant de lui adresser des remerciements, de déposer son travail dans les archives de la Société et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Nicaise a eu l'occasion de soigner plusieurs fois pendant la guerre et la Commune des individus blessés par des balles de revolver, avec fractures. Il a dans tous ces cas toujours obtenu la réunion par première intention. Il ne voudrait pas en conclure qu'on puisse et qu'on doive toujours chercher à atteindre ce résultat ; il ne pense pas qu'on puisse formuler des règles précises à cet égard. Mais il tenait surtout à signaler ce fait de plaies d'armes à feu avec fractures guéries par première intention.

M. Desprès. Il est évident pour moi que les plaies par balles de revolver sont loin d'avoir la même gravité, en général, que celles qui sont faites avec des balles de gros calibre. J'ai eu l'occasion de voir un certain nombre de cas de plaies par revolver dans mes services de l'hôpital Cochin et de la Charité, et dans tous ces cas, un excepté, les choses se sont passées le plus simplement du monde sans avoir eu besoin d'intervenir.

Je me rappelle, entre autres, le fait d'un sergent de ville qui, en voulant garantir un individu des atteintes d'un agresseur, eut la main traversée par une balle de revolver qui avait fracturé l'un des

métacarpiens. La plaie fut guérie en cinq jours, et plus tard il ne restait plus de cette blessure qu'une petite tuméfaction produite par le cal. Une femme, ayant reçu à bout portant une balle de revolver de 8 à 9 millimètres de diamètre qui lui avait fracturé la clavicule, fut également guérie en quinze jours, sans issue de pus ni d'esquilles. Il n'est resté non plus de cette blessure d'autre trace que la petite saillie formée par le cal de la clavicule. Trois faits de même genre se sont passés depuis à la Charité, chez trois jeunes gens. L'un d'entre eux, un étudiant, ayant reçu une balle de revolver de 7 millimètres dans la poitrine, il s'était développé un peu d'emphysème sur les côtés de la plaie d'entrée de la balle. Je me gardai bien de faire aucune exploration. J'appliquai tout simplement une bande de diachylon; trois jours après, ce jeune homme put quitter l'hôpital pour regagner son pays.

Il me paraît de toute évidence qu'il faut changer les idées que nous nous faisions autrefois des plaies d'armes à feu, au moins en ce qui concerne les petits projectiles, tels que les balles de revolver. Les petites balles ne doivent pas être recherchées. Il faut s'abstenir de toute exploration et de toute manœuvre ayant pour objet l'extraction du projectile.

M. THÉOPHILE ANGER. Je serai encore plus large que M. Desprès. Ce qu'il vient de dire pour les petites balles de revolver, je l'appliquerai également aux grosses balles, aux balles de chassepot. Je me rappelle avoir vu pendant la guerre un homme qui avait eu le genou traversé de part en part par une balle de chassepot; cet homme a guéri sans suppuration et sans aucun accident consécutif. J'ai vu d'autres cas semblables depuis. Je pose en règle générale qu'il ne faut pas toucher aux plaies d'armes à feu, quel que soit le calibre du projectile, gros ou petit; mais j'ajouterai : à une condition, c'est qu'on mette le membre fracturé dans une immobilité absolue, et quand je dis immobilité, je n'entends pas l'immobilité du membre seulement, mais aussi celle de l'articulation supérieure au lieu de la fracture.

Pour moi, je le répète, c'est un principe absolu de ne pas toucher, du moins primitivement, aux plaies d'armes à feu, et de maintenir les membres fracturés dans l'immobilité absolue. Toute conduite contraire à celle-ci fait courir des risques d'accidents. Il est bien entendu que ce précepte cesse d'être applicable aux accidents qui peuvent survenir ultérieurement. Il ne s'agit ici que de la conduite à tenir immédiatement après la blessure.

M. VERNEUIL est du même avis que ses collègues. Depuis dix ans, il ne s'est pas passé une année qu'il n'ait fait au moins une ou deux leçons à sa clinique sur ce point de pratique chirurgicale, et il a toujours professé à cet égard les mêmes principes qui viennent d'être énoncés. Un ancien médecin militaire, qui suit son service, vient de faire sur ce sujet une thèse dans laquelle il soutient ces mêmes principes. Je n'ai vu qu'une seule fois, c'était en octobre 1870, une balle de revolver causer la mort; la balle avait coupé la moelle en deux. Ce fait excepté, j'ai toujours vu guérir les plaies faites par des balles de revolver.

M. TERRIER. J'ai été élevé aussi, comme la plupart de mes collègues, dans cette idée qu'il fallait faire la recherche des projectiles d'armes à feu. Depuis 1870, nous sommes tous revenus de cette idée. Dans l'ambulance dirigée par M. Trélat et à laquelle j'étais attaché pendant la guerre, jamais nous n'avons fait la recherche des projectiles, et toujours nous avons traité les fractures par armes à feu par l'immobilisation. C'est là, du reste, une pratique qui n'est pas nouvelle, et qui ne l'était même pas à l'époque dont je viens de parler; déjà avant cette époque tous les chirurgiens allemands agissaient ainsi. Il y a d'ailleurs, ici, deux questions distinctes et qui demanderaient à être étudiées séparément : celle des petits projectiles qui ont pénétré dans les viscères, et celle des fractures des membres par petites ou grosses balles dont il s'agit en ce moment. Pour ces dernières, la question est résolue à mes yeux dans le sens qui vient d'être indiqué.

M. DESPRÈS. La question posée par M. Le Dentu est très-nette; il ne faudrait pas la déplacer. Il s'agit des petites balles de revolver. L'auteur du mémoire rapporté et le rapporteur sont d'accord pour dire que les balles de revolver sont beaucoup moins inoffensives que les gros projectiles. Nous sommes tous du même avis. Voilà une question résolue. Quant aux autres points qui ont été soulevés, il y a lieu de faire des réserves. Ainsi je ne voudrais pas laisser passer sans objection le précepte de l'immobilisation absolue. J'ai vu une fois l'appareil contentif produire la gangrène. Il m'a paru même que cet accident survenait assez fréquemment à la suite de l'application de l'appareil plâtré, très-usité par les chirurgiens prussiens.

M. CHAUVEL. Tout ce qui vient d'être dit ne serait pas exactement applicable aux projectiles d'armes de guerre. Il faut faire une distinction, par exemple, entre les balles de revolver en usage dans l'armée et celles des revolvers du commerce, qui sont généralement d'un plus petit calibre. Il arrive souvent, dans les plaies par armes à feu de guerre, que les fractures sont comminutives et parfois très-graves avec de très-grands délabrements. Il est clair qu'en présence de ces cas on ne pourrait pas tenir toujours la même conduite; il faut donc réserver pour ces cas-là la question d'intervention, qui est subordonnée à une foule de circonstances, telles que la distance à laquelle le coup de feu a été reçu, l'étendue des délabrements, etc. On ne peut donc pas formuler de prescriptions absolues.

M. LE DENTU. La question posée était très-simple, elle a été étendue au point qu'on en a fait une très-grosse question. De quoi s'agissait-il dans les faits exposés par M. le docteur Vieusse? De cas de balles de revolver ayant traversé un membre en donnant lieu à une fracture. Il est clair que, dans des cas de ce genre, il n'y a point de projectile à rechercher, puisqu'il est sorti; il n'y a aucune exploration, aucune manœuvre à faire. Voilà la question. Maintenant on vient nous parler de gros projectiles de guerre, de fractures comminutives avec de grands délabrements; il est évident que c'est là une tout autre question, et qu'il serait impossible, comme vient de le dire très-justement M. Chauvel, de déclarer d'avance s'il y a lieu, ou non, d'intervenir. Il n'y a pas davantage lieu de répondre à ce qui a été dit de la pénétration des projectiles gros ou petits dans les viscères. Ce n'est pas là la question, ou plutôt ce sont d'autres questions à étudier séparément.

M. le rapporteur soumet de nouveau ses conclusions à la Société. Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. NICAISE fait de vive voix un rapport sur une observation de M. le docteur Halmagrand, relative à un cas de kyste synovial tendineux opéré et pansé par la méthode antiseptique. Cette observation étant très-courte, M. le rapporteur propose de l'insérer dans le Bulletin. (Adopté.)

LECTURE

Taille et litholapaxie. — M. ZANCARROL donne lecture d'un mémoire contenant la relation d'un très-grand nombre d'opérations de taille et de litholapaxie (104 tailles et 84 litholapaxies) pratiquées dans l'hôpital grec d'Alexandrie en Égypte, dans un pays où l'affection de la pierre est extrêmement fréquente. Dans le parallèle qu'il établit à la fin de son mémoire entre la taille, la lithotritie par les procédés usuels et la litholapaxie, qui en diffère principalement en ce que l'opération est toujours faite et terminée en une seule séance, l'auteur conclut en faveur de cette dernière.

Le mémoire de M. Zancarrol est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Panas et Guyon.

A la fin de la séance, M. Le Dentu met sous les yeux de ses collègues un liquide extrait d'une hydrocèle et dans lequel on a constaté la présence de craie. Il reviendra dans une autre séance sur ce fait.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec le plus vif plaisir l'élection, au premier tour de scrutin, par 20 voix sur 33 votants, de notre illustre confrère, M. Pasteur, comme membre de l'Académie française,

où il occupera le vingt-et-unième fauteuil laissé vacant par la mort de Littré.

— La Faculté de médecine de Paris, convoquée pour élire le successeur de M. Vulpian, membre démissionnaire du Conseil supérieur de l'instruction publique, a choisi son nouveau doyen, M. le professeur Béclard.

— Le ministre de la marine, par une décision en date du 3 décembre 1881, a décerné une médaille d'honneur en or de première classe à M. le docteur Chassaniol, second médecin en chef de la marine, en retraite, qui, malgré son grand âge (soixante-quinze ans), n'a pas hésité à se rendre au Sénégal, où, pendant toute la durée de l'épidémie, il a prodigué gratuitement ses soins aux malades atteints de la fièvre jaune.

— *Peste.* — Suivant une dépêche de Saint-Pétersbourg, à la suite de l'apparition d'une maladie présentant les mêmes symptômes que la peste asiatique, le gouvernement de Batoum a donné l'ordre d'interrompre toutes les communications par terre avec l'Arménie.

Les navires arrivant à Batoum seront également soumis à une inspection minutieuse.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Arnaud (Justin) est chargé provisoirement des fonctions d'aide de physiologie, en remplacement de M. Forgues, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Sauvage est nommé prosecteur, en remplacement de M. Frangeul, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Pichon (Georges) est nommé premier aide d'anatomie, en remplacement de M. Aumaître, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Pedrono (Louis-Marie-Alexis) est nommé second aide d'anatomie, en remplacement de M. Pichon, dont le temps d'exercice est expiré.

MM. Vigot et Brossier sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Boiffin et Guillet, démissionnaires.

— *École de médecine de Rennes.* — Sont proclamés lauréats de l'École pour l'année 1880-1881 :

Médecine. — Première année. — Mention honorable : M. Blancard.

Deuxième année. — Médaille d'argent : M. Brault. — Médaille de bronze : M. Chatel. — Mention honorable : M. Fichon.

Troisième année. — Médaille de bronze : M. Roger.

Clinique. — Médaille d'argent : M. Roger. — Mention honorable : *ex æquo* : MM. Fichon et Marquet.

Pharmacie. — Médaille d'argent : M. Frostin. — Médaille de bronze : M. Kerbrat.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Manificat, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, pendant l'année scolaire 1881-1882, des fonctions de préparateur de botanique.

— *Faculté des sciences de Lille.* — La chaire de chimie générale est déclarée vacante.

— Le jeudi 16 janvier 1882, à deux heures, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription, ouvert le lundi 19 décembre 1881, sera fermé le lundi 9 janvier 1882, à trois heures.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 12 décembre 1881, à trois heures très-précises, au palais de Justice (salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Élections pour le renouvellement du bureau. — II. Note sur la viabilité des nouveau-nés, par M. Maison, interne de l'infirmerie Saint-Lazare. — III. Communication de M. Brouardel sur quelques cas de mort par coliques hépatiques, ayant donné lieu à des soupçons d'empoisonnement. — IV. Rapport de M. Chaudé sur la question de savoir si les médecins autorisés, en vertu de l'article 27 de la loi de germinal, an XI, à fournir des médicaments à leurs clients, sont tenus de subir les visites imposées aux pharmaciens. — V. Analyse, par M. d'Herbelot, d'un travail de M. Dayras, sur les mesures législatives relatives aux aliénés « dits criminels ».

— M. le docteur Chéron a repris ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, et les continuera tous les lundis, à midi et demi.

Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur, par le docteur Sarel. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12056.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les Hypochondriaques.

LEURS PRÉOCCUPATIONS, LEURS CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET LEURS ACTES INSOLITES OU CRIMINELS (1).

II

Les hypochondriaques en proie à des préoccupations cardiaques sont loin d'être rares. Très-soucieux de leur état et de leur avenir, ils se plaignent d'oppression et de palpitations, montent très-lentement les escaliers, évitent de se rendre chez telles ou telles personnes qui habitent à un étage élevé, et changent de profession à cinquante ans, afin de ne plus monter désormais à cheval ou de ne plus se livrer à une vie active ou à des exercices un peu violents. Ils recherchent des occupations sédentaires, affirment avoir « un anévrysme », craignent de mourir subitement, fuient tout ce qui pourrait stimuler leur circulation et se séquestrent volontiers à domicile. Ils redoutent extrêmement les émotions morales, affichent avec intention l'indifférence et l'égoïsme, et, dans leur pusillanimité morbide, ils disent au besoin à un visiteur : « Ne me parlez pas de telle chose, vous me feriez du mal. » Viennent-ils à sortir, ils ont la précaution de se munir de lettres à leur adresse, de cartes de visites et de papiers divers, en cas de syncope dans la rue ou dans un lieu public. Un médecin de Paris a porté dans ses poches, pendant quinze ou dix-huit ans, des petits papiers sur lesquels on pouvait lire : « Ne me saignez pas ! vous me tueriez. » Or, il est mort à un âge avancé, dans son lit, à la suite d'une affection intestinale chronique.

Il est d'autres hypochondriaques qui se plaignent surtout du poumon. Attentifs aux moindres symptômes du côté de l'appareil respiratoire, ils s'inquiètent de leur toux, crachent sur un plat et commentent l'aspect général, la coloration et le plus ou moins d'adhérence de leurs crachats. En plein été, quand tout est ouvert en chemin de fer, ils relèvent le col de leur habit. Ils ne sortent pas sans se munir d'un cache-nez, parlent à voix basse pour ne pas fatiguer leur larynx, vont passer l'hiver à Nice, à Cannes, à Amélie-les-Bains ; l'été, ils vont aux Eaux-Bonnes, au Mont-Dore, à Cauterets. Entrez chez eux, vous y trouverez des thermomètres dans toutes les pièces : ils veulent un degré de température égal à peu près partout. Le médecin leur a dit qu'il fallait 13, 14 et 15 degrés en moyenne, et, sur ce chapitre, ils sont inflexibles. Ils quittent une pièce et rentrent dans une autre parce qu'une différence thermométrique, même minime, aura pu être relevée. Ces singularités sont connues. Je passe outre.

J'arrive à une variété d'hypochondrie moins commune que la précédente, la variété cérébrale. Les malades de ce groupe sont dominés par la crainte de la congestion cérébrale, de l'apoplexie, de la folie. Afin d'éviter de faire affluer le sang à la tête, ils se gardent de manger de la viande le soir, ne tolèrent que très-peu de feu dans leurs appartements, redoutent avant tout le séjour dans un milieu très-chauffé et tiennent volontiers dans la rue leur chapeau à la main. Ils prennent très-fréquemment des bains de pieds sinapisés et des purgatifs, font usage d'une alimentation spéciale et recherchent les mets « rafraîchissants ».

Parmi les hypochondriaques *cérébraux*, les plus sérieux et les plus malheureux à la fois sont ceux qui se croient sans cesse menacés de devenir fous. Continuellement accablés par le poids d'une hérédité nerveuse souvent réelle, et qui, en fait, n'est pas étrangère à leurs préoccupations maladives, ces malades viennent trouver le médecin pour lui communiquer leurs appréhensions. Celui-ci déclare que son grand-père ou que son frère s'est suicidé, que lui-même est, à toute heure, poursuivi par des idées de mort volontaire ; celui-là affirme que ses pensées sont bizarres depuis quelque temps, qu'il est excité ou déprimé périodiquement, en un mot qu'il redoute l'aliénation mentale à courte échéance. Vous aurez bien de la peine à tranquilliser de tels malades ; efforcez-vous de le faire cependant, vous fallût-il mentir ; *medicus piè mendax*. Démontrez à ces hypochondriaques que l'hérédité n'est pas fatale, que leurs facultés sont intactes, qu'à l'heure même où vous conversez avec eux, rien ne saurait traduire dans leurs paroles le moindre dérangement intellectuel ; faites appel à la raison, dites-leur bien qu'ils sont lucides et resteront tels. Le but n'est pas facile à atteindre, je le reconnais ; le résultat de vos efforts est même douteux, mais vous n'en devez pas moins rassurer pleinement ces stagiaires bénévoles de la mélancolie, qui s'alarment avant l'heure.

Tels sont les hypochondriaques du premier degré, telles sont les préoccupations variées, multiples, étranges, qui

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 novembre 1881.

tourmentent ces malades et communiquent à leur état mental un cachet perplexe, puéril et déraisonnable tout à fait particulier.

Avec cette perspicacité qui n'appartient qu'au génie, Molière avait remarquablement bien observé ces bizarreries pathologiques du caractère, et le tableau qu'il en a laissé est véritablement une peinture magistrale. Tout est vrai dans le langage, les allures, les minuties du *malade imaginaire*, s'informant du nombre de grains de sel qu'il convient de mettre dans ses œufs, ou s'inquiétant de savoir s'il doit marcher en long ou en large. En proie au plus révoltant des égoïsmes, Argant ne s'occupe que de lui et de ses médecins; il fait à sa femme qui le plaint et flatte son délire des avantages pécuniaires; il dépouille sa fille qui veut lui persuader qu'il n'est pas malade, et il s'irrite contre Toinette qui ne croit pas à ses souffrances. L'hypochondriaque que nous observons chaque jour n'est pas fait autrement. Molière a omis de dépeindre l'influence parfois pernicieuse que le médecin peut conquérir sur le malade. C'est qu'en effet le médecin qui soigne un hypochondriaque et a trouvé le moyen de gagner toute sa confiance peut régner en tyran sur l'esprit de son client : il peut lui faire épouser ses amitiés et ses haines, diriger ses actions, dicter toutes ses résolutions. Son influence prépondérante s'accroît chaque jour.

J'ai connu une ou deux situations de ce genre. L'hypochondrie est un lien non soupçonné du public, qui unit parfois un homme occupant une position extrêmement élevée et un modeste praticien, un personnage d'une intelligence exceptionnelle et un médecin de la plus médiocre valeur. En face de la souffrance ou de la prétendue souffrance, les distances sociales disparaissent et les différences de niveau intellectuel s'effacent. Le médecin est le maître et l'hypochondriaqne est l'esclave. Le premier commande, le second obéit.

B. *Hypochondriaques du second degré, avec troubles hallucinatoires et illusions.* — Il n'a été question jusqu'ici que des hypochondriaques simples, de ceux dont l'état mental est parfaitement compatible avec l'intégrité de la raison, à ce point que quelques-uns ont donné des preuves d'une activité intellectuelle vraiment supérieure. L'hypochondriaque du premier degré se rétablit souvent et complètement. Aux stades plus avancés, la maladie devient plus tenace et plus grave.

A la deuxième période de l'hypochondrie, les illusions et les hallucinations viennent fournir un nouvel aliment aux préoccupations inquiètes et aux conceptions délirantes. Les malades ont alors à leur service un répertoire très-varié d'expressions fantaisistes et imagées pour peindre les fausses sensations qu'ils croient ressentir. Ils ont du plomb fondu dans les veines; leurs nerfs sont tordus; ils sentent des tisons ardents qui leur brûlent l'estomac. « Ce sont eux, dit Dubois (d'Amiens) (1), qui prétendent que leur cerveau est en ébullition, qu'il est desséché, racorni; qui se disent sur le point de perdre la vue ou l'ouïe. » Il en est qui croient sentir le mouvement d'une couleuvre, d'un poisson, sur une ou plusieurs parties de leur corps. Falret (2) a rapporté l'observation d'une dame qui jugeait par la vue que sa peau était écailleuse comme celle d'une carpe, mais rectifiait son jugement par le toucher. D'autres fois les hallucinations sont relatives à l'organe de l'ouïe. « Madame X..., dit Brierre de Boismont (1), arrivée à son temps critique, conçut la pensée qu'elle avait un engorgement de la matrice. Quelques rides et quelques cheveux blancs furent probablement les fondements de cette malheureuse supposition. Je dis malheureuse, car il se trouva un chirurgien qui la fortifia dans cette croyance. Aussi, à partir de ce moment, cette dame, dont l'imagination était naturellement exaltée, n'eut plus un moment de repos. Son prétendu mal lui imposait mille privations; elle ne cherchait que des moyens de guérison et ne parlait que de remèdes. Après plusieurs mois passés dans ces transes continuelles, elle commença à se plaindre d'un bruit qu'elle entendait sans cesse au côté gauche de la tête; tantôt elle affirmait que c'était le souffle d'un animal, tantôt le murmure d'une rivière. Ce bruit devenait quelquefois si importun qu'elle entrait dans des agitations extrêmes. Cette malade a fini par se laisser mourir de faim. »

Il faut bien se garder de considérer comme purement imaginaires les sensations pénibles que ressentent les hypochondriaques. Ces malades souffrent eu réalité et souffrent beaucoup. Si je voulais faire ici la physiologie pathologique des douleurs qu'ils éprouvent, je dirais qu'elles sont d'origine centrale, et, pour préciser davantage, d'origine cérébrale. Mais, pour ne pas tenir à une lésion matérielle, anatomiquement constatable à l'autopsie, elles n'en sont pas moins positives. Les plaintes incessantes qu'articulent les malades, les cris qu'ils poussent quelquefois, le prouvent assez. On voit ces malheureux passer leur vie à s'étudier : ils examinent leur langue, inspectent leurs crachats, leur urine, leurs matières fécales. Absorbés par les préoccupations que leur inspire l'état de leur santé, ils négligent leurs intérêts, délaissent les choses de la famille, contractent les habitudes les plus bizarres et se soumettent à un régime anomal. Ils mangent peu, pèsent soigneusement leurs aliments, s'astreignent à l'usage exclusif des liquides. On en voit qui arrivent à vivre avec moins d'un litre de lait par jour. Poursuivis par des odeurs malsaines, insalubres, ils changent de logement, voyagent, s'expatrient. Ils redoutent l'air emprisonné de leurs chambres, purifient leurs vêtements, les étalent à l'air pendant la nuit, et brûlent des parfums dans leur appartement. Il en est qui se masturbent pour *calmer leurs nerfs;* d'autres se déshabillent pour tempérer l'ardeur qu'ils ressentent aux entrailles. Quelques-uns analysent leurs matières fécales et y cherchent avec attention les vers, les crapauds, les animaux plus ou moins fantastiques qu'ils croient sentir remuer dans leur abdomen, et à la présence desquels ils attribuent leurs souffrances. L'hypochondrie arrivée à ce point est déjà l'hypochondrie grave : un pas de plus, et ce sera la folie.

C. *Hypochondriaques du troisième degré. Folie hypochondriaque.* — A ce degré, les préoccupations du malade ne se limitent plus à la sphère individuelle; elles s'extériorisent en quelque sorte. Les idées de persécution apparaissent. L'hypochondriaque devient méfiant à l'égard de ceux qui l'entourent et prend en aversion sa famille ou ses amis. Les maux qu'il éprouve sont dans sa pensée occasionnés par les maléfices de ses ennemis, et, les ennemis, il va les voir partout, le menaçant, lui faisant du mal, tentant de l'empoi-

(1) Dubois (d'Amiens). — *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie.* — Paris, 1837.

(2) Falret. — *Traité de l'hypochondrie et du suicide.* — 1822.

(1) Brierre de Boismont. — *Des hallucinations.* — Paris, 1862.

sonner. « M. A. de G..., auteur de plusieurs publications importantes, dont tous les journaux ont raconté la triste fin, avait, dit Brierre de Boismont, commencé par croire qu'il avait une maladie des voies digestives, puis il se persuada qu'on voulait l'empoisonner. Il voyait des individus qui le poursuivaient partout, le couchaient en joue, cherchaient à le poignarder et tentaient de pénétrer la nuit dans sa chambre. »

Morel rapporte, entre autres faits, le suivant : « J'ai connu, dit-il, un hypochondriaque qui remplissait des fonctions importantes, et dont le premier soin, en se levant, était d'observer ses urines, d'examiner au microscope ses déjections, et, après ces premières investigations, de procéder à l'analyse des aliments qu'on lui apportait pour voir s'ils ne renfermaient aucune substance délétère. Avant de se rendre à la chaire qu'il occupait dans le haut enseignement, cet hypochondriaque parcourait la ville en différents sens afin de dépister ses ennemis ; il coudoyait en passant les personnes qui lui étaient suspectes, et crachait pour ne pas avaler les miasmes funestes qu'on lui envoyait. Il prononçait des paroles cabalistiques, faisait des gestes bizarres pour déjouer les projets funestes de ses ennemis, et surtout pour tromper la police acharnée à sa perte, disait-il. En l'entendant professer, personne n'aurait pu soupçonner pareille maladie. Lorsqu'il rentrait le soir, il se barricadait chez lui, vivait avec des aliments qu'il achetait tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre, pour mettre à néant les complots de ses empoisonneurs ; il se relevait la nuit pour faire des ablutions et se livrer à d'autres actes excentriques. »

Il y a quelque temps, un aliéné que j'avais autrefois traité à la campagne, au domicile de sa mère, et dont j'avais alors considérablement amélioré l'état mélancolique, avec demi-stupeur, grâce à des bains sinapisés, échappe à toute surveillance, entre dans Paris et se présente au Palais de Justice, en disant qu'il veut parler au président de la cour d'assises. Il était coiffé d'un bonnet de coton, à peine vêtu et nu-pieds. On l'arrête, on l'interroge immédiatement, et il déclare que je suis un assassin, que j'ai voulu l'empoisonner avec de la moutarde et qu'il requiert contre moi la peine de mort. « Autrement, ajoute-t-il, c'est moi qui lui ferai son affaire. » Placé à ce moment au pensionnat de l'asile de Ville-Evrard, puis dirigé ensuite sur une maison de santé de Paris, il a pu reconquérir sa liberté quoique non guéri et très-dangereux.

Parmi les faits de cet ordre, l'un des plus intéressants est celui que j'ai rapporté ailleurs (1) et que je vous demande la permission de vous rappeler.

Un cocher du nom de Bourgeois, âgé de quarante-quatre ans, tenta d'assassiner le docteur Bleynie, en lui tirant deux coups de pistolet. Le motif de cet attentat était celui-ci : Bleynie aurait mal soigné Bourgeois *d'une fraîcheur*. Or cette fraîcheur a été pendant seize ans l'unique préoccupation de Bourgeois. « Il y a seize ans, dit-il dans ses dépositions, j'ai gagné une fraîcheur dans les intestins ; elle pouvait être guérie en huit jours, il suffisait de six bains de vapeur. Je vais trouver M. Fiévé ; il m'ordonne des drogues et me fait poser des vésicatoires sur le ventre. Après plusieurs mois de ce traitement, je retourne lui dire que je souffre toujours et que j'avais un mal de plus ; que les vésicatoires m'avaient dérangé et resserré les organes. Quand je lui explique mon mal, il se met à rire, lui qui m'avait fait un mal affreux, qui m'avait mis hors d'état de dormir, de travailler. Je m'adresse à M. Bleynie : il m'ordonne des bains chauds. J'en prends pendant huit mois, je m'aperçois que mon mal empire et que les bains chauds affaiblissent mes intestins. Je me plains à M. Bleynie; il me conseille des bains de rivière (il faisait alors très-chaud), j'en prends et ils empirent ma fraîcheur d'une manière abominable. Ne sachant plus que faire, je vais à l'hôpital Saint-Louis consulter M. Biett ; il me prescrit des bains de vapeur. J'en prends plus de trois cents de suite, mais il était trop tard ; je n'éprouve aucun soulagement. J'avais les intestins si resserrés que la transpiration ne pouvait se faire. M. Biett me conseille une tisane de coquelicot avec du miel. Je la continue trois mois, mais je reconnais qu'elle me donne une maladie de plus. M. Biett me conseille encore un vésicatoire. J'hésite longtemps ; mais, me sentant mourir de souffrances, j'en applique un sur le ventre. Je m'aperçois qu'il me retire du corps un affreux mastic formé par cette affreuse tisane de coquelicot et de miel. Je me pose alors jusqu'à quarante vésicatoires sur le ventre. J'ai reconnu qu'ils m'ont desséché les organes et retiré le cuir charnu qui va du ventre à la tête, de manière que ça me tire la peau du visage quand je me baisse et ça me fait faire la grimace. Je n'ai pas pu continuer mon état de cocher qui m'est contraire, parce qu'il m'expose à l'injure du temps, et que les secousses de la voiture me font mal aux intestins, vu qu'ils ne sont plus à leur place. D'ailleurs, mon mal m'ôtant toutes les capacités, je ne puis plus mener ; souvent je me suis perdu dans les rues de Paris, et les personnes que je conduisais m'indiquaient le chemin à suivre. J'ai voulu prendre l'état de marchand de vins, mais, par rapport à ma fraîcheur, je ne pouvais rester dans les caves, ni mettre mes mains à l'eau. Souvent la nuit je pleurais à chaudes larmes ; j'ai pensé que c'était ma fraîcheur qui concentrait dans ma tête l'humidité des caves. Enfin, depuis seize ans, par la faute des médecins, je suis dans la plus cruelle position. J'ai toujours vécu dans l'espoir de me guérir, mais je suis arrivé au point de ne plus pouvoir supporter la vie. »

Bourgeois avait voué à tout le corps médical une haine profonde, et, peu de temps avant son crime, il écrivait : « Pauvres malades, ne vous fiez jamais aux médecins, ce sont des ignorants, des assassins qui ont le droit de tuer qui bon leur semble ; si vous allez leur dire qu'ils se sont trompés, ils vous rient au nez et vous traitent de fou. Dix ans de galères ne seraient pas trop pour les punir. »

Sa haine s'était principalement accumulée sur le docteur Bleynie, qui lui avait ordonné de *maudits bains de rivière*. Dix ans de galères suffiraient à peine à expier un pareil crime : la mort seule peut le venger. Du reste, Bourgeois se figure que, s'il a survécu à toutes les tentatives d'assassinat que les médecins ont commises sur lui, cela tient à une influence surnaturelle, et il écrit : « C'est un coup du ciel que je ne sois pas encore mort de la main des médecins, j'étais réservé pour découvrir leurs crimes et les punir. » Dès lors rien ne peut retenir sa main : le meurtre du docteur Bleynie n'est plus à ses yeux une vengeance coupable, il devient un devoir, une œuvre pieuse et humanitaire. Aussi, lorsqu'après le crime on interroge Bourgeois, il ne cherche pas à en repousser la responsabilité. Loin de vouloir s'excuser, il exprime le regret d'avoir manqué son

(1) Legrand du Saulle. — *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*. — Paris, 1874, page 795.

coup, et déclare qu'il serait prêt à recommencer si on le mettait en liberté.

Il est inutile d'ajouter que les docteurs West, Ollivier (d'Angers) et Jacquemin, consultés par le juge d'instruction, conclurent dans leur rapport à l'irresponsabilité de Bourgeois, et à la nécessité de sa séquestration dans un asile d'aliénés.

On prévoit, à d'autres points de vue, quelles doivent être les conséquences de ce singulier état mental qui porte les hypochondriaques à la suspicion et à la méfiance. Le malade devient en proie à des idées de haine, de vengeance, contre ses parents, ses amis et tous ceux qu'il accuse de provoquer ses souffrances ou de les entretenir. Il commence par déshériter ses proches et emploie sa fortune à instituer des legs, à fonder des lits dans les hôpitaux; il donne aux académies, aux établissements de bienfaisance, pour la création de prix ou l'organisation d'œuvres de charité, les sommes dont il ne veut laisser hériter aucun de ses proches, et, chose triste à avouer, plus d'un des généreux donateurs auxquels l'humanité et la science doivent une vive reconnaissance appartient à la grande classe des hypochondriaques et des persécutés.

Rien n'est variable comme le degré de responsabilité des hypochondriaques. Suivant que la maladie est plus ou moins prononcée, que les troubles intellectuels sont plus accusés, les hallucinations et les illusions plus tenaces et plus nombreuses, l'hypochondriaque coupable d'un délit ou d'un crime doit être jugé comme un malfaiteur vulgaire, ou absous comme un aliéné. Il est difficile dans une étude générale et forcément un peu théorique, de poser par avance des règles fixes. En médecine légale, tout est question d'espèce. Dans ces questions délicates d'appréciation scientifique, une grande part est toujours faite à l'initiative et au jugement du médecin expert. Je puis dire cependant que les hypochondriaques simples doivent être considérés comme responsables; ceux du second degré, agissant fréquemment sous la pression des hallucinations et des idées fausses, calculent sans doute encore assez la valeur de leurs actes pour porter en partie la responsabilité des crimes commis, mais la part à faire aux hallucinations est réelle et chez eux la responsabilité est certainement moindre que chez les premiers: il y a atténuation de la culpabilité. Les hypochondriaques du troisième degré sont des aliénés et doivent être traités comme tels: ils n'ont plus leur libre arbitre.

J'arrive maintenant à l'exposé de faits importants et encore bien peu connus, car nous n'en avons pas fini avec les conceptions délirantes et les actes criminels des hypochondriaques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Dumontpallier.

Expériences sur la métalloscopie et sur la force neurique.

Par MM. Dumontpallier et Magnin.

En commençant cette communication, je tiens à établir la part qui revient à mon élève, M. Paul Magnin, dans toutes ces expériences, parce que son concours m'a ouvert une voie nouvelle et m'a permis d'établir la démonstration des faits que je vais vous exposer.

Une jeune femme de mon service, hystérique depuis plusieurs années, a été soumise d'abord aux explorations nécessaires pour reconnaître son aptitude métallique. Après plusieurs expériences, on a constaté que le platine était le métal qui ramenait la sensibilité et élevait la température au niveau de l'application des plaques. Toutefois, l'action du platine était incomplète. Sur ces entrefaites, on remarqua que la malade portait à l'annulaire de la main droite une bague en argent, et que sous cette bague la piqûre avec l'épingle accusait une excessive sensibilité. Cependant on était étonné de ce fait, car, dans les explorations antérieures, on avait appliqué sur différentes parties du corps des plaquettes d'argent sans aucun résultat. Alors M. Magnin eut l'idée de faire analyser la composition de la bague, et il fut reconnu que cet anneau renfermait de l'argent, mais aussi une notable quantité de laiton. Cette analyse nous conduisit à appliquer d'abord sur le même membre des plaquettes d'argent et de laiton à une faible distance l'une de l'autre et bientôt nous constatons que la sensibilité apparaissait sous chacune de ces plaques, mais que ces phénomènes se produisaient d'abord sous l'argent et secondairement sous le laiton, si bien qu'il s'établissait entre les deux points occupés par ces plaques des oscillations allant de l'argent au laiton, puis du laiton à l'argent. Ces faits se reproduisirent constamment dans les mêmes conditions, soit que l'on appliquât l'argent et le laiton à une distance quelconque sur le même membre, soit que l'une de ces plaques fût appliquée sur le membre inférieur droit et l'autre sur le membre inférieur gauche. Mêmes faits furent constatés sur l'un des membres supérieurs isolément ou sur les deux membres supérieurs. De plus il fut établi qu'une des deux plaquettes d'argent ou de laiton étant appliquée sur un des membres supérieurs, et l'autre sur le membre inférieur du côté opposé, il s'établissait entre les points d'application des oscillations de la sensibilité et de la température semblables à celles que l'on avait constatées lorsqu'on faisait l'expérience isolément sur un seul membre. Il convient de faire remarquer que les plaquettes étant appliquées, l'une sur le membre supérieur, l'autre sur le membre inférieur d'un même côté, ne produisaient aucun retour de la sensibilité ni aucune élévation de température.

Ces faits une fois constatés, nous voulûmes étudier le phénomène dit phénomène d'arrêt, et après plusieurs expériences il nous fut permis de reconnaître qu'une plaquette de platine posée en un point quelconque du membre sur lequel étaient appliquées les deux plaques, arrêtait le retour de la sensibilité et l'élévation de température. De plus nous voyons que les plaquettes appliquées simultanément sur les membres inférieurs, la plaquette de platine empêchait tout phénomène métalloscopique de se produire, si cette dernière était placée dans la région sous-ombilicale. De même l'application de la plaquette de platine sur la région sus-ombilicale empêchait les phénomènes de se produire d'un membre supérieur à l'autre. De plus, le platine appliqué dans la zone ombilicale, c'est-à-dire dans une région s'étendant en ceinture à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic et à trois travers de doigt au dessous empêchait l'action des deux plaques, lorsque l'une était placée sur l'un des membres supérieurs et l'autre sur le membre inférieur du côté opposé.

Il est bien important d'établir dès maintenant que de ces expériences il ressortait que, sur la région abdominale antérieure, il existait trois zones bien distinctes: l'une sus-ombilicale; l'autre sous-ombilicale, région d'arrêt pour les phénomènes métalloscopiques, la première du segment supérieur, la deuxième du segment inférieur du corps; et une troisième zone ombilicale, région d'arrêt pour les phénomènes croisés d'un membre supérieur au membre inférieur du côté opposé.

L'exactitude de ces faits, vérifiée par des expériences nombreuses, ouvrait un champ nouveau à des explorations qui devaient être faites avec deux plaquettes superposées et dont l'union se rapprochait autant que possible de la composition de la bague faite d'un alliage d'argent et de laiton.

L'argent étant en contact avec la peau, le laiton étant superposé à l'argent, alors on remarqua que ces plaquettes ainsi disposées déterminaient le retour de la sensibilité et l'élévation de la tem-

pérature très-rapidement, au lieu d'application, et que ces phénomènes ne tardaient point à envahir une grande partie, puis la totalité de la surface du corps. Bientôt nous reconnûmes que l'action de nos plaques était immédiate et générale, lorsque ladite application avait lieu sur le front ou sur la zone ombilicale.

Alors de nouvelles expériences devaient nous permettre de constater l'action du métal sur l'hypnotisme hystérique déterminé par les procédés usuels.

Nous voyons en effet que ces plaques métalliques étant appliquées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, sur la région frontale ou sur la zone ombilicale, il devenait impossible de déterminer l'hypnotisme et la léthargie.

De plus, lorsque la malade avait été préalablement hypnotisée, l'application symétrique de chaque côté de la ligne médiane des mêmes plaques sur ces mêmes régions (front et zone ombilicale) déterminait rapidement le réveil de la malade avec retour de la sensibilité générale sur tout le corps, et spéciale pour les organes des sens.

Mettant alors à profit les enseignements qui nous avaient été fournis par l'étude des phénomènes d'arrêt déterminés dans les précédentes expériences, nous avons constaté les faits qui seront facilement fixés dans vos esprits par les figures que je vais faire sur ce tableau.

En jetant les yeux sur le dessin suivant, qui représente par des lignes la tête, les membres et le corps de la malade, vous pourrez facilement constater les résultats fournis par les expériences suivantes :

1° Une plaque argent-laiton étant appliquée sur la région frontale gauche, la malade est hypnotisée par pressions sur les globes oculaires.

On constate alors l'état de la sensibilité et l'on reconnaît qu'elle est conservée sur le membre supérieur droit et sur le membre inférieur gauche. Ces membres piqués se mettent en contracture ; elle est nulle au contraire même à la piqûre profonde sur le membre supérieur gauche et sur le membre inférieur droit. L'œil droit étant ouvert à ce moment de l'expérience, l'élévation des membres insensibles permet de constater leur état cataleptique. L'ouverture de l'œil gauche établit que les membres sensibles décontracturés facilement par des procédés dont nous parlerons plus loin ne peuvent être mis en catalepsie, car, élevés pendant trente, quarante ou soixante secondes, ils retombent aussitôt qu'on cesse de les maintenir en l'air.

2° On applique deux plaquettes métalliques sur la région sous-ombilicale, une de chaque côté de la ligne médiane, puis l'on endort la malade. On constate alors que la sensibilité et les réflexes sont conservés pour les membres supérieurs qui entrent en contractures sous l'action de la piqûre, tandis que les membres supérieurs sont insensibles. Alors on ouvre successivement les deux yeux, et on voit que les deux membres supérieurs seuls peuvent être mis dans l'état cataleptique.

3° Application des deux plaques métalliques sur la région sus-ombilicales, une de chaque côté de la ligne médiane en procédant toujours de la même façon que dans les deux expériences ci-dessus, on constate que la sensibilité et les réflexes sont conservés sur les membres supérieurs qui se mettent en contracture sous l'influence de la piqûre, les deux membres inférieurs étant cette fois insensibles et pouvant seuls être mis en état cataleptique par l'ouverture successive des deux yeux.

4° Application d'une plaque métallique sur le front à gauche, d'une plaque sur le bras gauche, d'une plaque sur la cuisse et d'une autre sur la jambe du même côté.

Sensibilité réflexe conservée à gauche. Contracture consécutive de ce côté à la piqûre. Anesthésie complète de tout le côté droit. Ce côté droit seul peut être mis en catalepsie par ouverture de l'œil correspondant.

5° Nous savons, comme il a été dit plus haut, que l'application des plaques sur la région frontale et sur la zone ombilicale empêche d'endormir la malade et la réveille lorsqu'elle est en état hypnotique. Ce réveil n'est toutefois définitif qu'à la condition d'enlever immédiatement les plaques, sinon il s'établit des oscillations de sommeil hypnotique et de réveil successif.

Il ressort des faits exposés dans les quatre premières expériences ci-dessus énoncées que la malade, étant dans l'état hypnotique, on peut, à l'aide des plaques convenablement disposées, produire des phénomènes croisés de catalepsie et de léthargie, et, de plus, diviser l'être hypnotisé de haut en bas en quatre segments dans le sens transversal, savoir : l'un supérieur, l'autre inférieur, qui pourront, à la volonté de l'expérimentateur, être mis en état léthargique ou en état cataleptique ; puis un troisième segment intermédiaire aux deux premiers (segment de la zone ombilicale), sur lequel étant appliquées les plaques, on peut réveiller la malade et, partant, empêcher tout phénomène hypnotique. Et enfin un quatrième segment supérieur ou frontal, dont le rôle expérimental est le même que le segment de la zone ombilicale. Il ressort aussi qu'elle peut être divisée en deux segments dans le sens vertical, l'un droit, l'autre gauche, qu'on peut mettre alternativement en catalepsie ou en léthargie, suivant la disposition adoptée des plaques.

Avant de terminer cette exposition, nous faisons nos réserves sur les résultats analogues à l'action des plaques, qui pourraient être déterminés par l'électricité, l'aimant ou tous autres modificateurs périphériques de la sensibilité dits agents æsthésiogènes. Il ne serait pas impossible que tous ces modificateurs pussent fournir chez différents malades des résultats plus ou moins comparables aux effets des plaques métalliques.

Dans toutes ces expériences, nous avons pu étudier et utiliser pour modifier l'état des muscles contracturés ou catalepsiés les faits de la force neurique, sur laquelle M. le docteur Baréty a récemment appelé l'attention. En effet, M. Baréty ayant établi, dans le mémoire auquel il est fait allusion, que tout être humain peut, dans des proportions diverses, fournir un influx nerveux rayonnant qui s'échappe par les extrémités digitales, par le regard et par le souffle pneumique, et ayant, de plus, établi que l'influx digital et oculaire avait une même action, tandis que l'influx pneumique avait une action opposée, nous avons constaté :

1° Que l'influx digital ou oculaire dirigé directement sur les muscles contracturés ou catalepsiés, ou sur leurs tendons seulement, suffisait pour faire disparaître la catalepsie ou la contracture ;

2° Que l'influx pneumique, agissant dans les mêmes conditions, augmentait la contracture, tandis que, dirigé sur les muscles antagonistes de ceux contracturés, il faisait rapidement disparaître leur contracture.

Nous aurons terminé cette communication en disant que l'action de la force neurique digitale fait disparaître la dyschromatopsie hystérique et ramène la sensibilité gustative.

J'ajouterai encore que dans une autre circonstance je communiquerai les résultats que j'ai obtenus avec les injections de pilocarpine dans les anesthésies de différente nature. Je mentionnerai seulement aujourd'hui que l'injection de pilocarpine pratiquée antérieurement sur certaines hystériques à la dose de 2 centigrammes n'a déterminé aucun effet ni local ni général, et que je me réserve de recommencer l'expérience sur les mêmes malades soumises préalablement à la double action de l'hypnotisme et des applications métalliques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 novembre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Métalloscopie et force neurique. — M. DUMONTPALLIER, fait, en son nom et au nom de M. Magnin, élève de son service, une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

M. MATHIAS-DUVAL signale un livre publié il y a dix ans par M. Chevillard, intitulé : Nouvelle théorie sur le fluide nerveux et

dans lequel se trouvent des documents assez intéressants qui lui assurent la priorité sur certaines questions. Il émet cette idée, que beaucoup de phénomènes regardés comme des charlataneries ne sont que des phénomènes d'ordre nerveux. Il les explique par ce qu'il appelle l'extérioriation du fluide nerveux. A côté de considérations véritablement scientifiques, se trouvent dans ce livre des exagérations qui en diminuent beaucoup la valeur. Par exemple, M. Chevillard aurait entendu les gouttes de ce fluide nerveux. Il admet qu'on peut arriver à faire remuer les yeux d'un buste. Malgré ces exagérations, M. Chevillard a des droits à la priorité des faits dont vient de parler M. Dumontpallier.

M. CHARLES RICHET. Dans des mémoires allemands publiés entre 1780 et 1812 se trouvent des mémoires sur la sensibilité aux métaux chez les somnambules. On y trouve le mot de sens métallique. Il y a eu des essais sur le cuivre, sur le zinc. Il y avait des métaux anesthésiques et des métaux hyperesthésiques.

M. JAVAL. L'extérioration du fluide nerveux se trouve dans Aristote.

M. LABORDE appelle l'attention sur les phénomènes croisés qu'on observe sur la malade de M. Dumontpallier.

M. KRISHABER croit que dans ces cas on agit sur la périphérie et non sur les centres. Il demande les résultats qu'on obtient dans ces cas, au point de vue de la métallothérapie.

M. DUMONTPALLIER. Il m'est arrivé d'obtenir de bons résultats par l'application des métaux dans des cas de coxalgies hystériques, de pied-bot, etc. On imprime des modifications périphériques qui gagnent les centres, et, ce qui le prouve, ce sont précisément ces effets croisés.

M. REGNARD. Ces mêmes effets qu'on obtient avec les métaux, avec le cuivre, avec le souffle, je les ai obtenus par la simple application d'un morceau de glace. Tout cela pourrait donc bien se réduire à une simple influence du froid.

M. DUMONTPALLIER fait observer qu'on obtient avec des métaux ce qu'on n'obtient ni avec la glace, ni avec le froid, ni avec l'électricité.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

COMMUNICATIONS

Choléra des poules. — M. CORNIL a étudié les caractères anatomiques du choléra des poules. On sait que cette affection entraîne une série de modifications qui se passent tout d'abord dans les muscles. C'est surtout la maladie inoculée qu'a étudiée M. Cornil. A peine ressent-elle les premières atteintes de la maladie, que la poule inoculée se ramasse sur elle-même, se recroqueville, est plongée dans une sorte de léthargie, est prise d'une diarrhée abondante et succombe en peu de temps. Au point de l'inoculation, on constate une infiltration du tissu conjonctif. Les muscles, en particulier le muscle pectoral, deviennent épais, opaques et blanchâtres; on y constate la présence d'un exsudat fibrineux et filiforme ; il n'y a pas de pus, mais il y a infiltration avec épaississement considérable du muscle.

Au microscope, on voit que le tissu cellulaire sous-cutané, au point inoculé, est infiltré par l'organisme du choléra des poules.

M. Cornil décrit cet organisme. Que devient la partie altérée du muscle ? Elle devient une masse musculaire inerte, qui s'isole et à laquelle M. Pasteur a donné le nom de séquestre. M. Cornil fait ressortir la ressemblance qui existe entre ces lésions et ce qu'on a appelé la tuméfaction trouble des cellules, l'état trouble des cellules du foie et du rein, la tuméfaction trouble des fibres musculaires dans certaines maladies aiguës.

Un nouveau trocart. — M. MOUTARD-MARTIN a fait subir aux trocarts ordinaires une modification qui a pour but d'éviter la saillie de la canule au niveau de la pointe du trocart, saillie qui n'est pas sans causer parfois quelque inconvénient.

Alimentation artificielle des phthisiques. — M. FERRANT a eu recours à ce mode d'alimentation dans son service de Laennec. Il rapporte l'observation d'un homme de trente-deux ans, atteint de phthisie héréditaire, qui est entré dans son service le 23 décembre 1880. Il avait une laryngite ulcéreuse profonde; il était affecté depuis plusieurs années d'un abcès ossifluent du sacrum. Il était au troisième degré de la tuberculose. Les vomissements chez lui étaient persistants; il ne pouvait rien garder et se trouvait dans un état cachectique très-avancé, lorsqu'en mai 1881, M. Lecoq, interne du service, eut l'idée de pratiquer le cathétérisme de l'estomac avec un petit tube de Faucher et d'introduire par ce tube progressivement jusqu'à 4 litres de lait. Peu de temps après qu'il fut soumis à cette alimentation lactée, ce malade n'eut plus de vomissements, son poids augmenta, son état général s'améliora notablement. Mais, en juillet, les vomissements reparurent, malgré la continuation de l'emploi du tube de Faucher, et ce malade succomba, le 28 novembre dernier.

Cette observation, dans laquelle les accidents ont reparu malgré l'emploi de l'alimentation artificielle, ne peut laisser aucun doute sur la valeur réelle de cette méthode qui constitue un bon traitement de certains accidents de la phthisie, mais non de la dénutrition liée à la phthisie.

Hémoglobinurie a frigore. — M. DU CAZAL communique l'observation d'un homme de vingt-neuf ans, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents syphilitiques ni alcooliques, qui fut pris un jour brusquement d'un frisson violent, de fièvre, et qui se mit à uriner du sang. Ces phénomènes disparurent rapidement. Depuis, M. du Cazal a pu constater que cet homme était repris d'un accès semblable chaque fois qu'il s'exposait au froid, si bien qu'on peut à volonté produire ces accès par un simple refroidissement. L'analyse des urines n'a rien révélé de particulier. Ces urines ne contiennent pas trace de globules sanguins. Pendant l'accès elles contiennent de l'hémoglobine et de l'albumine en quantité proportionnelle. L'intensité des accès est en rapport direct avec l'intensité du refroidissement. Ayant appliqué chez ce malade une ventouse scarifiée, pendant l'accès, M. du Cazal a pu constater que le sérum du sang de la ventouse était coloré.

M. BUCQUOY a observé un cas semblable il y a près de vingt ans. La santé générale chez cet homme, que M. Bucquoy a pu suivre très-longtemps, est toujours restée excellente; on provoquait chez lui des hématuries à volonté. Il a fini par guérir spontanément, et si bien qu'après la guerre, ayant été sur les pontons, les mauvaises conditions auxquelles il a été soumis n'ont pas ramené ces accidents d'hémoglobinurie.

M. HAYEM. M. du Cazal vient ajouter un nouveau fait d'hémoglobinurie à ceux qui sont déjà connus. Ce fait renferme, en outre, une donnée intéressante au point de vue de la pathogénie, celle de l'influence du froid. Il a aussi constaté la présence, au moment de l'accès, de l'hémoglobine dans le plasma du sang lui-même, au moyen de l'application d'une ventouse scarifiée. Quelle est la cause de cette élimination de l'hémoglobine du sang sous l'influence de froid ? Jusqu'ici nous l'ignorons. M. Hayem a voulu voir si le sang d'un hémoglobinurique se dissolvait plus facilement sous l'influence du froid; il n'en est rien. Si l'on introduit du sang d'agneau chez un chien, par exemple, on voit se produire l'hémoglobinurie. Lorsqu'on introduit du sang d'un animal dans un animal d'une autre espèce, on voit survenir les phénomènes observés chez son malade. Il peut donc se faire qu'il y ait chez certains malades, sous l'influence du froid, une altération qualitative du sang, qu'il s'y fasse une transformation chimique particulière analogue à celle qui résulte du mélange de deux sangs différents et dont l'un des résultats est précisément l'hémoglobinurie.

M. DU CAZAL ferait volontiers intervenir une influence du système nerveux pour l'explication des phénomènes qu'il a constatés.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. le docteur Maurice Raynaud, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris au 1er janvier prochain : M. Peter passe de la Pitié à la Charité ; M. Audhoui, des Incurables à la Pitié ; M. Gouguenheim, de Lourcine aux Incurables ; M. Raymond, du Bureau central à Lourcine.

— M. le docteur Robinet a été élu hier membre du Conseil municipal de la ville de Paris.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Martin de Gimard, ancien interne des hôpitaux. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un grand concours de confrères.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine sa séance mercredi 15 décembre, à huit heures précises du soir, à l'Administration de l'assistance publique.

Ordre du jour : 1° élection du bureau pour l'année 1882; 2° constitution médicale du mois de novembre; policlinique; 3° rapport de MM. Dromain et Toleran.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12074.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium...............		
Matières organiques...............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules,* la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée,* etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1[re] cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

Hématosine *de TABOURIN et LEMAIRE*

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE.

L'**Hématosine** est la matière organique la plus riche en fer et, **point capital,** en **fer assimilable.**

Elle n'est pas attaquée par le suc gastrique, qui conserve intactes toutes ses propriétés pour les aliments, et elle passe comme une matière inerte de l'estomac dans l'intestin. — Elle se dissout seulement dans l'intestin en présence des sucs alcalins, et elle y est rapidement absorbée. — Arrivée dans le torrent circulatoire, elle se fixe sur les globules sanguins, se transforme immédiatement en hémoglobine et enrichit toute la masse du sang.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

Peptone Defresne

Admise première après concours dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone ; 4 p. 100 Azote. }
24 p. 100 d'Aliments hydrocarbonés. } GARANTIS.

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — Dose : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux. — Le flac. : 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. Dose : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr. 50.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

Defresne, auteur de la **Pancréatine,** 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

N° 144. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 15 DÉCEMBRE 1881. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette fois la discussion ouverte par M. Verneuil paraît être close. Dans un dernier discours, M. Léon Colin a fort bien établi l'état de la question. Les statistiques du service de santé de l'armée de terre, comme celles de la marine, prouvent que le diabète est fort rare chez les sujets impaludés. Le diagnostic de l'impaludisme est souvent délicat : un très-grand nombre de maladies présentent par elles-mêmes une périodicité des plus évidentes sans avoir aucune relation avec l'intoxication palustre, et les formes les plus redoutables de l'impaludisme n'offrent le plus souvent aucune périodicité. Quant à l'influence de la diathèse paludéenne sur les résultats des opérations, elle ne paraît pas très-défavorable, car les plaies guérissent très-bien en Algérie dans les pays à *malaria*.

Le reste de la séance a été occupé par diverses communications. Nous signalerons surtout une note de M. Panas sur les excellents résultats qu'il a obtenus par l'élongation du nerf sciatique, dans un cas où une blessure de ce nerf avait amené des douleurs intolérables. M. Alphonse Guérin a lu un nouveau travail sur le mécanisme physiologique de la miction et le rôle qu'il faut attribuer au muscle bulbo-caverneux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Anomalie cardiaque; communication des deux ventricules.

(Observation recueillie par M. DURET, chef de clinique.)

Un malade, âgé de vingt ans, est atteint d'un état anatomique particulier de la circulation veineuse et de troubles de la circulation cardiaque dignes de fixer un instant l'attention.

Ce jeune homme présente aux membres inférieurs, sous la peau de l'abdomen, des dilatations veineuses consistant en des veinosités, des arborisations, des étoiles veineuses très-multipliées, du réseau cutané. Les grosses veines sous-cutanées, telles que les saphènes, sont indemnes. Les veines des mollets et des muscles ne sont pas serpentines comme dans les varices ordinaires. Il existe au scrotum des tubes veineux extrêmement volumineux; les testicules disparaissent au sein d'un énorme paquet de veines flexueuses et roulées dans tous les sens. Les jugulaires et les veines des membres supérieurs sont turgides et contiennent un sang noir, mais sans dilatation de leur calibre. Cet état variqueux s'est développé progressivement depuis l'âge de quinze ans. A cette époque aussi, le malade a été pris d'essoufflement et a commencé à bleuir.

Ce jeune malade présente, en outre, une cyanose assez prononcée du visage, des lèvres surtout; il semble que le réseau cutané soit un véritable tissu spongieux gorgé de sang veineux. Les mains et les pieds offrent le même aspect bleuâtre. Leur température est abaissée : on trouve 26 à 28° dans les mains fermées, le thermomètre étant préservé contre le refroidissement. La température axillaire est de 36°, celle du rectum de 37°,2.

Du côté de la région cardiaque, on observe de la voussure, un frémissement ondulatoire assez prononcé, un bruit de souffle prolongé, râpeux, systolique, masquant le premier bruit du cœur et occupant le petit silence. Son foyer principal paraît être en dedans de la pointe du cœur, sur le milieu d'une ligne qui irait de la pointe au cartilage de la deuxième côte du côté droit. Il se prolonge dans la direction de l'artère pulmonaire. Les bruits sigmoïdiens aortiques, entendus à leur foyer ordinaire, sont normaux. La matité de la région précordiale est très-étendue, surtout à droite où elle déborde de deux à trois travers de doigts le bord droit du sternum et se confond, à droite, avec la matité du foie. Celui-ci est énorme, et, au niveau de la ligne mammaire, mesure une hauteur de 19 centimètres.

On perçoit aussi, par le palper, des battements hépatiques. L'axe vertical de la rate a une hauteur de 16 centimètres.

Les veines jugulaires sont dilatées et offrent des battement isochrones à la systole cardiaque.

Pour expliquer les troubles pathologiques offerts par le malade, diverses hypothèses ont été émises.

Quelques-uns, plus frappés de la dilatation progressive du système veineux sous-ombilical, ont pensé à une compression exercée sur la veine-cave inférieure, à son ouverture dans l'oreillette droite, ou sur cette oreillette elle-même, peut-être à un anévrysme. D'autres ont cru à une insuffisance mitrale avec dilatation du cœur droit et insuffisance tricuspidienne secondaire. Mais cette dernière hypothèse ne rend pas compte du siège anomal du soufle perçu à la région

précordiale, de la cyanose prononcée et de ce type spécial de dilatation veineuse.

M. le professeur Peter croit qu'on peut se rendre compte de tous les phénomènes observés, en les attribuant à une ouverture de la cloison faisant communiquer ensemble les deux ventricules du cœur; d'abord petite et inaperçue dans les premières années de la vie, elle se serait accusée au moment du développement du sujet, à l'âge des efforts musculaires.

Les troubles circulatoires présentés par ce malade ont été analysés à l'aide des procédés graphiques par M. Franck. Son étude sera poursuivie et la présente communication sera complétée.

En terminant, nous croyons devoir insister de nouveau sur la nature spéciale du développement variqueux.

M. Verneuil admet qu'un certain nombre de varices, observées aux membres inférieurs, ont leur origine dans une insuffisance triscupidienne. Dans deux de ces circonstances, il aurait rencontré des varices pulsatiles.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Les trois pneumopathies cardiaques.

(Leçon recueillie par M. le docteur Audibert.)

Nous venons d'assister à une autopsie particulièrement instructive, celle de l'homme qui occupait le nº 28 de la salle Ducros, et qui, malade par le cœur, est mort par le poumon. Atteint d'une cardio-aortite chronique, il avait fréquemment des congestions du poumon gauche, et c'est une inflammation du poumon gauche qui l'a emporté. Voilà, dans un temps très-court, le second cardiaque qui, dans le service, succombe à des phénomènes pulmonaires, à une pneumopathie par affection cardiaque. Ne croyez pas qu'il y ait là une coïncidence exceptionnelle. Les pneumopathies cardiaques sont fréquentes, chacun le sait; mais j'ajoute qu'elles sont variées, et chacun ne le sait pas.

Qu'est-ce à dire ? n'a-t-on pas indiqué et successivement décrit dans le poumon des cardiaques les congestions, les œdèmes mous et durs, les indurations ou carnifications, les pneumonies chroniques, formées du mélange en proportions variées des lésions précédentes, enfin les apoplexies pulmonaires?

Oui, ces diverses lésions ont été étudiées dans les pneumopathies cardiaques, mais on n'a pas assez distingué les diverses espèces de ces pneumopathies. Ce ne sont pas, en effet, des lésions différentes qui distinguent entre elles ces pneumopathies, c'est une pathogénie différente. Leurs lésions peuvent être semblables, mais leurs processus ne se ressemblent pas; leurs causes ne sont pas les mêmes; leurs allures sont subordonnées à leurs causes, et il doit en être de même de leur traitement.

Or il y a et il faut savoir distinguer trois espèces de pneumopathies cardiaques ou cardiaco-artérielles.

Il y en a par obstacle mécanique à la circulation du sang, et ce sont les plus nombreuses.

Il y en a aussi par trouble dynamique de la circulation du sang, c'est-à-dire par désordre dans le système nerveux vaso-moteur.

Il y en a, enfin, par lésion organique, par altération matérielle des petits vaisseaux du poumon.

I

Établissons d'abord la pathogénie de chacune de ces trois espèces, puisque c'est ici la pathogénie qui domine la question.

Lorsque, pendant la systole, il existe un obstacle à l'un des orifices du cœur gauche, et que l'énergie compensatrice du muscle cardiaque devient impuissante à vaincre cet obstacle, ou bien lorsque pendant la diastole une valvule ne fonctionne pas et qu'un mouvement de recul se produit dans le sang que contiennent les cavités cardiaques, dans l'un et dans l'autre cas le sang doit forcément s'accumuler en arrière de l'orifice qu'il n'a pu franchir dans un mouvement de propulsion ou qu'il a franchi trop facilement dans un mouvement de recul.

Les rétrécissements, en empêchant le mouvement en avant, les insuffisances, en permettant le mouvement en arrière, arrivent donc à ce résultat commun d'accumuler le sang dans les vaisseaux qui aboutissent au cœur.

Les affections de l'orifice aortique et celles de l'orifice mitral agissent ici par le même mécanisme, mais n'ont pas une égale intensité d'action. L'influence des affections de l'orifice aortique est ici très-modérée; il est rare que le rétrécissement aortique soit intense, et, quand il existe, le ventricule gauche, très-fortement musclé, redouble d'énergie et de durée dans ses contractions de manière à compenser l'étroitesse de l'orifice par l'énergie et par la durée du courant; d'autre part, lorsque dans l'insuffisance aortique le sang retourne dans le ventricule gauche, il y trouve la valvule mitrale qui lui interdit de rétrograder plus loin. Il n'en est pas de même dans les lésions mitrales. S'il y a rétrécissement, les muscles de l'oreillette ont peu d'énergie pour le vaincre; s'il y a une insuffisance, les muscles du ventricule refoulent avec force le sang dans l'oreillette et au delà.

Il y a donc, à un degré inégal, mais forcément tôt ou tard, dans toute affection cardiaque, une accumulation de sang dans les vaisseaux qui aboutissent au cœur gauche, puisque c'est le cœur gauche qui est ordinairement affecté.

Quels sont ces vaisseaux ? Vous le savez, ce sont les veines pulmonaires; de sorte que les affections cardiaques produisent mécaniquement une accumulation du sang dans la circulation pulmonaire.

La première forme de cette accumulation de sang, c'est une congestion simple. Comme cette congestion commence par une distension des grosses veines et ne se fait que plus tard dans le système capillaire, elle offre ce phénomène caractéristique qu'elle produit des dilatations veineuses, ordinairement bilatérales et occupant de préférence les parties déclives. Chez les sujets anémiés, dont le sang est pauvre en globules et riche en éléments aqueux, cette congestion passive peut être accompagnée d'un œdème passif. Quand la congestion est intense et prolongée, elle peut aboutir à un exsudat fibrineux qui détermine un œdème dur ou une induration; elle peut même, chez les sujets alcoolisés ou en puissance de diathèse, se transformer çà et là en noyaux de pneumonie chronique; enfin la dilatation vasculaire poussée à l'extrême est, par exception, suivie de rupture vasculaire, c'est-à-dire d'apoplexie.

Telle est la pneumopathie cardiaque dans son type le plus habituel et dans son mécanisme le plus commun; telles sont les conséquences que peut produire un obstacle mécanique à la circulation dans les orifices du cœur gauche, d'où résulte dans le poumon une stase sanguine intense et prolongée.

Mais, alors que dans les affections cardiaques ou cardiaco-artérielles ces obstacles mécaniques à la circulation font complètement défaut, on peut aussi observer des altérations pulmonaires.

C'est sous ce rapport que le fait de notre nº 28 et celui de notre nº 9 sont particulièrement instructifs. Le nº 9 avait une aortite ascendante; le nº 28 avait une aortite avec induration légère des sigmoïdes; dans l'un et l'autre cas, la maladie était bien plus aortique que cardiaque, et le cœur, très-peu affecté dans son élément valvulaire, était intact dans son élément musculaire; le sang ne rétrogradait pas du cœur dans les veines du poumon et il était lancé avec force dans l'arbre artériel. La circulation pulmonaire n'était donc pas et ne pouvait pas être mécaniquement troublée, aucune stase ne pouvait se produire par défaut d'impulsion ou par mouvement de recul, et cependant, vous l'avez cliniquement et anatomiquement constaté, ces deux malades sont morts de troubles dans la circulation et la nutrition du poumon; l'un et l'autre avaient, dans le poumon gauche surtout, une congestion qui, chez le premier, s'est compliquée d'une induration intense et lentement.

progressive, tandis que chez le second elle marchait par saccades pour aboutir à une pneumonie mortelle.

A côté donc des affections du cœur et de l'aorte qui produisent une pneumopathie par obstacle matériel à la progression du sang dans la grande circulation, il y a des cas d'affections cardiaco-aortiques où la cause des congestions pulmonaires doit être cherchée ailleurs que dans un obstacle mécanique. C'est ce que nous avons observé surtout dans les altérations de l'aorte ascendante accompagnées ou non d'insuffisance aortique, cette lésion qui est le plus souvent une simple annexe de l'aortite et qui appartient bien plus à la pathologie de l'aorte qu'à celle du cœur.

Que se passe-t-il donc alors? Par affection consécutive des filets nerveux intra-cardiaques dans quelques cas, par affection consécutive des filets nerveux extra-aortiques dans beaucoup de cas, le système nerveux vaso-moteur du poumon est atteint, et ce trouble nerveux vaso-moteur se traduit par une congestion ou une inflammation pulmonaire.

Cette congestion d'origine dynamique a en quelque sorte un caractère plus actif que la précédente. Elle ne siége pas nécessairement aux parties déclives; elle peut se manifester exclusivement d'un seul côté; elle peut passer moins facilement à l'œdème, plus facilement à l'inflammation et même elle peut passer à l'état d'inflammation aiguë. Voilà donc une pneumopathie bien différente de la première par son mécanisme et par son génie.

Ce n'est pas tout. L'endocardite qui produit les maladies du cœur peut n'être qu'un épisode de l'endartérite, et cette endartérite peut siéger sur les vaisseaux du poumon. Cette altération primitive des vaisseaux pulmonaires peut être favorisée et aggravée par la stase sanguine que, d'une manière mécanique ou dynamique, l'affection cardiaque provoque dans le poumon, et alors se produit une altération vasculaire qui est une localisation de l'endartérite aggravée par l'accumulation du sang dans les vaisseaux malades. Ces vaisseaux présentent d'abord un mélange de l'altération graisseuse de leur tunique interne et d'hypertrophie dans leurs muscles, puis en dégénérescence régressive dans toute leur épaisseur; ils finissent par se rompre. Il se produit ainsi une apoplexie qui est de cause mixte dans la plupart des cas, mais que l'affection primitive des vaisseaux peut parfois suffire à déterminer. C'est ainsi que notre n° 29 de la salle Ducros, un alcoolique atteint d'insuffisance aortique, nous a présenté plusieurs hémoptysies que n'accompagnait aucun signe de congestion pulmonaire, tandis que bien des malades affectés de lésions mitrales ont, par contre, des congestions pulmonaires de haute intensité sans la moindre hémoptysie. Ces altérations vasculaires peuvent siéger sur n'importe quel point du poumon; elles sont souvent profondes et limitées.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE (1)

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

II

B). La deuxième division comprend les plaies articulaires faites par le chirurgien, de propos délibéré, pour satisfaire à un certain nombre d'indications thérapeutiques. C'est à ce genre de lésions qu'on a réservé le nom d'*arthrotomie* proprement dite, ou, si l'on préfère, de *taille articulaire*.

1). *Opérations pratiquées sur des articulations malades.* — Pour aller du simple au composé, il faut noter tout d'abord qu'on a préconisé l'arthrotomie comme moyen de cure radicale de l'hydarthrose chronique invétérée. Lister, Volkmann, Lucas-Championnière, Nicaise, etc., l'ont pratiquée un certain nombre de fois dans ce but avec succès. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu l'occasion d'imiter ces chirurgiens; je crois même qu'il serait peut-être imprudent de chercher à vulgariser leur pratique, car on dispose de moyens plus doux pour arriver au même but, c'est-à-dire pour guérir définitivement certaines hydarthroses qui ont résisté aux médications usuelles. Un mode de traitement que j'ai souvent employé, et qui est devenu à l'hôpital de Strasbourg d'un usage courant, réside dans la *ponction articulaire*, suivie du lavage antiseptique, recommandée par Schede (de Hambourg). C'est une opération aussi simple dans son exécution que prompte dans ses effets. Comme elle est d'ailleurs d'une innocuité remarquable, qu'elle se trouve à la portée de tout le monde, je suppose que la majorité des praticiens l'acceptera plus volontiers. Pour mon compte, j'estime que c'est à elle qu'on devra avoir recours avant d'en venir à l'arthrotomie proprement dite. On l'exécute de la manière suivante : Un trocart est introduit au côté externe de l'article dont on désire évacuer le contenu; il est important de choisir un trocart de fort calibre, car le liquide qu'il s'agit de retirer contient souvent des flocons de fibrine, de véritables grumeaux qui boucheraient infailliblement la lumière d'un instrument de dimension moindre, et l'opération se trouverait compromise. La sérosité écoulée, on injecte dans l'articulation une quantité égale de solution phéniquée forte, qu'on laisse séjourner de trois à cinq minutes, de manière à bien modifier la surface interne de la synoviale. On la laisse couler à son tour, et on répète la même manœuvre jusqu'à ce que le liquide sorte clair. Dans l'hydarthrose, il suffit en général de faire deux ou trois injections. Inutile de dire que la pénétration de l'air doit être soigneusement évitée; inutile aussi d'ajouter que toutes les précautions antiseptiques anté et post-opératoires doivent être prises.

L'opération terminée, on pratique le pansement de Lister et on assure un certain degré d'immobilité au moyen d'une bande mouillée de tarlatane neuve. Tout autre appareil est inutile.

A la suite de cette opération, la réaction est variable : dans certains cas, elle est absolument nulle; dans d'autres, elle est très-vive et se manifeste par une assez forte élévation de la température, une cuisson dans le genou qui cèdent l'une et l'autre au bout de quelques jours.

Quant à la récidive, je ne l'ai jamais vue survenir sur un total de vingt opérés. Pour citer quelques exemples à l'appui de ce que je viens de dire, je résumerai brièvement l'histoire de trois malades auxquels j'ai récemment appliqué le traitement en question.

Obs. V. — Marianne P..., vingt-neuf ans. Hydarthrose chronique du genou datant de six mois, traitée successivement par les vésicatoires, la teinture d'iode, l'immobilisation pendant trois mois dans un appareil silicaté. Tous ces moyens étant restés inefficaces, je pratique le 18 juin la ponction de l'article et retire 80 grammes de liquide clair, transparent, jaune citrin, dans lequel nagent des flocons de fibrine. Deux lavages antiseptiques sous le spray. Pansement de Lister compressif.

Le 19.	TM. 36°,9;	TS. 37°.2.	Absence de douleurs.
Le 20.	36°,6;	37°,3.	
Le 21.	36°,8;	37°,5.	
Le 22.	36°,6;	37°,2.	
Le 23.	36°,4;	37°.	
Le 24.	36°,3;	37°.	
Le 25.	36°,4;	37°.	On supprime le pansement; la plaie

de la ponction est entièrement guérie; le genou a repris son volume normal. Pansement compressif avec ouate pendant une quinzaine de jours, et exeat.

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 décembre 1881.

La malade reprend ses occupations le 3 juillet (quinzième jour). Mouvements parfaits.

La guérison s'est maintenue depuis lors.

Obs. VI. — Marie V..., quarante-neuf ans, entre à l'hôpital (salle 105, n° 14) pour une hydarthrose du genou gauche, qu'on a traitée au dehors par les moyens ordinaires, sans succès.

Elle porte en outre à l'avant-bras gauche un abcès froid du volume d'une orange. La température oscille entre 37°,6 et 38°,6.

Le 1er octobre, je retire par la ponction 75 grammes de liquide clair, filant. Un lavage avec la solution forte. Pansement de Lister compressif. TS. 38°,6.

Le 2 octobre. TM. 37°,5; TS. 37°,8.
Le 3 — 37°,9; 38°,1.
Le 4 — 37°,1; 38°,2.
Le 5 — 37°,8; 38°.
Le 6 — 37°,7; 38°.
Le 7 — 37°; 37°,6.

Le 11. On enlève le pansement : l'épanchement ne s'est pas reproduit; il persiste encore un peu d'empâtement, un peu de douleur à la pression. Bandage roulé compressif.

Guérison définitive le 26 octobre, maintenue depuis lors avec persistance des mouvements.

Obs. VII. — Émile D..., dix-huit ans. Hydarthrose du genou droit. Début il y a cinq mois. Médications antérieures sans effet. Le 11 juin dernier, ponction articulaire suivie du lavage antiseptique. On retire 80 grammes de liquide filant, grumeleux. Le soir, T. 38°,5.

Le 12. TM. 38°,3; TS. 39°,3. Pas la moindre douleur.
Le 13. 37°,9; 39°.
Le 14. 37°,5; 38°,5.
Le 15. 37°,5; 38°,5.
Le 16. 37°,3; 38°,3.
Le 17. 37°,3; 37°,9.
Le 18. 37°,3; 37°,4. L'appareil est levé. Un léger degré d'empâtement persiste ; mais il n'y a plus trace d'épanchement.

Exeat avec un bandage silicaté qu'on enlève définitivement au bout de quinze jours. Le malade va bien. Il reprend ses occupations quelques jours plus tard.

La guérison s'est maintenue depuis lors (8 novembre).

A côté de l'hydarthrose se rangent les collections de pus intra-articulaires, les *pyarthroses*, de quelque provenance qu'elles soient. Ce que j'ai dit des épanchements séreux s'applique également aux épanchements purulents. Je serai donc bref et n'insisterai que sur la nécessité de commencer toujours par la ponction simple, qui permet d'obtenir dans certains cas, plus rares il est vrai, la guérison de l'affection en question. En voici un exemple choisi entre bien d'autres.

Obs. VIII. — Catherine C..., trente et un ans, entre le 2 août 1881 au n° 12 de la salle 105. Arthrite suppurée du genou droit consécutive à une hydarthrose ancienne. Genou distendu par un fort épanchement : peau chaude et rouge. Douleurs vives à la pression. TS. entre 39°,4 et 39°,9.

Ponction avec gros trocart le 3 août, suivi de trois lavages phéniqués sous le spray. Écoulement de 250 grammes de liquide purulent. Pansement de Lister compressif.

Le 4. La température est tombée; elle est ce matin à 37°,5; le soir à 37°,6.

Le 5. TM. 37°; TS. 37°,2. Pas de douleurs.
Le 6. 36°,8; 37°.
Le 7. 36°,5; 37°.

Le 11. On défait le pansement; l'épanchement ne s'est pas reproduit; les douleurs sont nulles.

Bandage compressif pendant une huitaine de jours, au bout desquels la malade, impatiente de quitter l'hôpital, prend son exeat.

La guérison s'est maintenue depuis lors.

Je crois avoir suffisamment prouvé par ces quelques exemples que la ponction suivie du lavage phéniqué permet, dans un grand nombre de cas, d'obtenir la guérison radicale des épanchements articulaires séreux ou purulents. Mais il serait injuste de ne pas reconnaître que la ponction simple, aspiratrice ou autre, donne quelquefois un résultat analogue. J'ai publié, il y a quelques années, une série d'observations relatives à ce sujet (1). Je ferai observer toutefois que cette méthode est loin d'offrir les mêmes garanties de succès. Dans les cas qui me sont personnels, la récidive a eu lieu un certain nombre de fois, et des ponctions successives ont été nécessaires. D'autre part, la guérison a été moins rapide, et l'ankylose, malgré la traction continue, n'a pu être évitée toujours. Aussi, vu la sécurité et la rapidité de la méthode de Schede, c'est à elle qu'il faut, suivant moi, accorder la préférence.

Lorsque ce traitement n'aboutit pas, que le pus tend à se reproduire, l'arthrotomie pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, est non-seulement permise, mais impérieusement exigée par la gravité de la lésion, abandonnée à elle-même.

On commettrait une faute grave en différant son exécution, et le chirurgien qui reculerait devant cette entreprise serait à mon avis bien coupable, car, dans l'immense majorité des cas, il n'aurait plus qu'une dernière ressource, l'amputation du membre à bref délai. La bénignité de l'opération est prouvée par les exemples nombreux qu'on possède aujourd'hui et dont les plus remarquables sont dus à Lister, Volkmann, Lucas-Championnière, etc.

Son exécution, d'autre part, ne comporte rien de spécial, de sorte qu'on ne voit pas ce qui arrête encore certains esprits timorés et craintifs. Le tout se borne à faire, sur les côtés de l'articulation ou sur son prolongement supérieur, une ou deux incisions assez étendues pour permettre l'exploration digitale et la désinfection complète. Le chlorure de zinc (solution 1/10e) est, sous ce rapport, un excellent topique. On en imbibe des bouts d'éponges neuves, montées sur tige ou fixées entre les mors de pinces à forcipressure, et on les promène, après l'évacuation du liquide, sur la paroi qu'il s'agit de modifier; on termine ce temps de l'opération par un lavage avec la solution forte. Le drainage est effectué à l'aide de bouts de tubes très-courts, qu'on empêche de pénétrer dans l'articulation au moyen d'épingles de sûreté, placées sur l'extrémité du drain qui affleure la peau. Lorsque les incisions sont très-étendues, il est bon de les diminuer par quelques points de suture; mais, en général, je crois qu'il est prudent de s'abstenir d'une réunion bien exacte, car il faut toujours s'attendre à un écoulement assez abondant les trois ou quatre premiers jours, et une suture trop minutieuse peut faire naître des accidents. L'opération est terminée par l'application du pansement de Lister. Quant à l'immobilisation absolue, avec Lucas-Championnière et d'autres, je la considère comme superflue, et n'y ai recours que chez les jeunes sujets pour les empêcher de défaire le pansement.

(1) Résumé de quelques malades traités par la traction continue, etc. (V. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1878, n° 1, p. 3 et 4.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de candidature de M. le docteur Benjamin Ball pour la section de pathologie médicale.

LECTURE

M. Henri Gueneau de Mussy lit une note sur quelques cas de fièvre typhoïde causée par l'usage du lait de vaches dont les étables communiquaient avec des fosses d'aisances contenant des déjections typhiques.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales).

La commission présente, en première ligne, M. Ladrey (de Dijon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Boudier (de Montmorency) et Schlagdenhaufen (de Nancy).

Le nombre des votants étant de 51, majorité 26,

M. Ladrey obtient. . . . . 36 voix
M. Schlagdenhaufen. . . . . 14 —
M. Boudier. . . . . 1 —

en conséquence M. Ladrey est proclamé membre correspondant de l'Académie.

DISCUSSION SUR LES RAPPORTS DU DIABÈTE AVEC LE PALUDISME.

M. Léon Colin. Pendant les deux années 1876 et 1877, le chiffre annuel des cas d'impaludisme dans l'armée a été d'environ 16,000, soit 32,000 pour les deux années. Or, pendant cette période de deux ans, le nombre des diabétiques décédés s'élève pour la totalité de l'armée, à 6 seulement; celui des diabétiques réformés, à 14. Aucun des morts n'appartenait au 19e corps d'armée, qui occupe l'Afrique. Quant aux 14 réformés, ils rentraient tous dans la catégorie des réformés n° 2, c'est-à-dire qu'ils étaient atteints avant leur incorporation de la maladie qui motiva, en définitive, leur réforme.

Ainsi les statistiques recueillies dans l'armée rendent bien peu probable la fréquence des diabètes causés par l'impaludisme. On ne peut pas dire que, si le diabète y paraît si rare, ce soit faute d'être recherché, car, depuis quelques années surtout, on analyse beaucoup les urines des malades dans les hôpitaux militaires.

Autant que personne, M. Colin croit à la ténacité de l'intoxication palustre; mais ce n'est que dans l'infime minorité des cas que le poison demeure absolument latent durant plusieurs années, et, somme toute, M. Colin s'est toujours demandé si ces explosions, si tardives en apparence, n'étaient pas le fait d'une intoxication nouvelle passée inaperçue.

Les faits cités par M. Verneuil prêtent beaucoup à la critique. Il ne faudrait pas supposer à la légère une intoxication palustre par cela seul que l'on constate une péricardite plus ou moins nette.

Au commencement de ce siècle, certains auteurs, tels qu'Alibert et Mongelliez, ne connaissant pas bien l'impaludisme, avaient attribué à cette cause les maladies les plus diverses, surdités, amauroses intermittentes, hallucinations périodiques de tous les sens, etc. Ils décrivaient des formes hystériques, épileptiques, hémiplégiques, paraplégiques, exanthématiques, rubéoliques, scarlatineuses, etc. L'affirmation d'une origine paludique était nette, surtout quand il s'agissait d'accidents paroxystiques. Tels sont les paroxysmes du croup, de la laryngite striduleuse, de l'œdème de la glotte, de l'asthme, de l'angine de poitrine, etc.; autant d'affections que la clinique a dû reprendre, pour ainsi dire, aux généralisateurs qui n'y voyaient que les formes dyspnéiques, pectorales, asphyxiques de la périodicité. N'en a-t-il pas été de même, en raison toujours de l'intermittence des symptômes, des coliques hépatiques et néphrétiques? Actuellement encore, à Rome, les médecins du pays donnent souvent le nom de *fièvre pernicieuse hémoptoïque*.

On a également attribué à l'impaludisme le choléra, la peste, la fièvre jaune, toutes les affections dites infectieuses, dont la cause est très-différente de l'impaludisme. Les formes pernicieuses des manifestations de l'impaludisme sont relativement assez rares, et elles sont loin de conserver le type périodique sur lequel on prétend baser leur diagnostic. Très-souvent, au commencement de son séjour en Algérie, M. Colin a vu arriver à la visite du matin des malades offrant tous les symptômes d'un accès pernicieux, soit coma, soit délire, soit algidité. Souvent le soir il revenait, partagé entre la crainte d'une issue funeste et l'espérance d'une rémission des symptômes, et trouvait le malade dans le même état. L'accès durait encore avec la même intensité sans rien qui indiquât une périodicité quelconque de l'appareil morbide. Il faut donc, pour reconnaître les accès vraiment pernicieux, savoir tenir compte de leurs autres symptômes, spécialement de la mélanémie dont les travaux de Frerichs, Kelsch, etc., et ceux de M. Colin lui-même ont prouvé la grande importance.

Ce sont les accès fébriles périodiques simples qui constituent la complication la plus fréquente dans les cas de traumatisme accidentel ou chirurgical, observés dans les foyers de malaria. Il est à noter que les opérations, qu'on pourrait appeler de contact, cathétérisme uréthral, exploration de fistule, etc., provoquent plus souvent ces accès fébriles que les opérations sanglantes, ce qui ne semble pas étrange si l'on se rappelle que des accidents analogues apparaissent souvent chez des sujets vierges d'impaludisme.

D'ailleurs, chez les malades impaludés, le traumatisme chirurgical est loin d'offrir les dangers qu'on lui attribue. Dans des expéditions en Algérie, les plaies d'amputation ont guéri avec une merveilleuse rapidité, grâce à la douceur de la température qui favorisait la cicatrisation et permettait de conjurer les dangers d'infection purulente par l'aération des malades.

LECTURE

Élongation du nerf sciatique devenu névromateux et provoquant des douleurs vives, accompagnées d'épilepsie spinale à la suite d'un coup de couteau qui avait divisé ce nerf; guérison. — M. Panas lit, sous ce titre, la relation d'une opération pratiquée par lui chez un malade qui avait reçu, quatre ans avant, dans une rixe, un coup de poignard dans la cuisse gauche, immédiatement derrière le fémur. Tous les muscles de la jambe et du pied avaient été immédiatement paralysés et la sensibilité des mêmes régions s'était trouvée abolie. Plusieurs mois après l'accident, le membre paralysé était devenu le siège de douleurs lancinantes très-vives qui irradiaient de bas en haut jusqu'à la fesse et s'exaspéraient au moindre attouchement des points de la peau restés sensibles. En même temps le malade était pris de secousses convulsives de tout le membre, comme s'il s'agissait là d'une sphère épileptogène, retentissant sur une région limitée de la moelle.

Traité pendant longtemps par l'électrisation et les révulsifs, ce malade n'avait éprouvé aucun soulagement. L'application de tout appareil orthopédique devenait également impossible par suite de la sensibilité douloureuse et de l'excitabilité convulsive du membre. Le malade, épuisé par la souffrance, vint supplier M. Panas de lui amputer, s'il le fallait, la cuisse.

Après avoir étudié sur le cadavre les indications opératoires qui découlaient de la disposition anatomique de la région, et noté en même temps sur le malade les moindres détails concernant le siège de la blessure et les troubles survenus dans le fonctionnement du membre, M. Panas se décida à pratiquer l'élongation du nerf blessé.

Le 2 juillet 1881, après chloroformisation, il procéda à l'opéra- de la façon suivante : Incision verticale de 15 centimètres suivant la ligne du sciatique, intéressant la peau et l'aponévrose d'enveloppe du membre. On arriva de la sorte sur le bord externe du demi-membraneux qui fut repoussé au moyen du crochet, et le

sciatique apparut alors au fond de la plaie sans qu'on eût rencontré d'artère, ni de veine d'un certain volume.

Après isolement par la sonde, on attira le nerf au dehors et on constata qu'en un point anciennement lésé de celui-ci et actuellement cicatrisé, il existe un renflement névromateux de 5 centimètres de long, fusiforme à ses deux extrémités et ayant le double du volume du nerf sciatique en ses parties saines.

Le crochet à traction étant engagé entre le névrome et la partie centrale du nerf, on tira à deux reprises différentes jusqu'à 20 kilogrammes chaque fois. Après quoi on reposa le nerf au fond de la plaie qu'on sutura superficiellement après y avoir placé un drain, et l'on appliqua un pansement de Lister.

Dès le lendemain, 3 juillet, les douleurs avaient disparu entièrement; on renouvela le pansement, qui avait été traversé par un peu de sang sur les bords.

Le 15 juillet, la plaie était cicatrisée.

Le 22 juillet, voulant vaincre l'équinisme, M. Panas pratiqua la section sous-cutanée du tendon d'Achille et appliqua une attelle en plâtre pour fixer le pied à angle droit sur la jambe et permettre immédiatement le port d'un appareil pour la marche.

A partir de cette époque, le malade ne souffre plus, n'a plus de secousses convulsives et marche toute la journée avec ou sans appareil tuteur.

Examiné de nouveau, ces jours derniers, quatre mois après l'opération, ce malade a déclaré que les douleurs n'avaient pas reparu une seule fois, pas plus que les mouvements convulsifs ; l'hyperesthésie a disparu également. La sensibilité cutanée s'est conservée partout où elle existait avant l'opération, sauf le long du bord externe du pied, où elle semble s'être émoussée depuis l'opération.

Le cou-de-pied n'offre plus de raideur, et, grâce à la section du tendon d'Achille, le malade en marchant fléchit le pied au-delà de l'angle droit.

Avec son appareil tuteur, qui est armé d'une bande de caoutchouc pour relever la pointe du pied, le malade marche en boitant à peine. En un mot la guérison est définitive.

M. Panas, comparant les résultats de l'élongation à la résection du nerf en cas pareil, donne la préférence à la première. Il termine en disant que l'observation ci-dessus démontre que les névromes consécutifs aux plaies des nerfs bénéficieront de la nouvelle méthode de traitement.

Derniers temps de l'excrétion de l'urine et du sperme. — M. ALPHONSE GUÉRIN rappelle qu'il a déjà lu un premier travail sur ce sujet, il y a deux ans, et il résume les résultats de ces recherches par les propositions suivantes :

1° Les muscles bulbo-caverneux sont impuissants à remplir les fonctions que les physiologistes leur ont assignées ;

2° Ils n'agissent que par l'intermédiaire du sang contenu dans le bulbe ;

3° Ce sang, sous l'impulsion résultant de la constriction des muscles bulbo-caverneux, presse la membrane muqueuse de l'urèthre d'arrière en avant, de manière à accélérer le jet de l'urine quand la contraction est modérée, et à en rejeter les dernières gouttes quand la contraction arrive au degré qui lui a valu le nom de coup de piston ;

4° L'excrétion du sperme est insuffisante toutes les fois que la circulation du sang du bulbe vers le gland est interceptée ;

5° La théorie de l'excrétion ci-dessus exposée donne l'explication du rétrécissement spasmodique et fait prévoir que les hommes ne pourront pas être sondés facilement au moment de la turgescence du tissu spongieux de l'urèthre.

Les deux vaccins et la valeur préservatrice du vaccin animal. — M. PIETRA SANTA. Il nous paraît superflu de chercher à établir un parallèle entre le vaccin jennérien et le vaccin animal, au double point de vue de leurs effets immédiats (éruption vaccinale) et de leurs propriétés prophylactiques et préventives.

Pour le moment, il suffit de constater, comme nous l'avons fait, par la statistique, par l'expérimentation, par l'observation clinique, que le vaccin de génisse permet d'obtenir des vaccinations et des revacciuations *utiles, efficaces, préservatrices.*

Les résultats obtenus depuis trois ans dans le service de vaccinations gratuites de la Société française d'hygiène confirment pleinement les conclusions présentées par M. le professeur Depaul en 1866, adoptées par l'Académie de médecine et consignées dans un rapport officiel au ministre de l'agriculture et du commerce.

Toutes nos observations cliniques nous paraissent de nature à contredire celles qui ont été recueillies à une époque où la vaccination animale n'avait pas encore atteint dans ses applications pratiques, tous les perfectionnements qu'ont su lui imposer depuis, en Europe comme en Amérique, les directeurs actuels des instituts vaccinaux, des parcs vaccinogènes, des comités de vaccination.

La valeur préventive et préservatrice du vaccin de génisse est aujourd'hui démontrée :

a. Par les statistiques des grandes villes de Naples, Milan, Paris, Londres, Vienne, portant sur leur mortalité générale, sur la morbidité par variole et sur la mortalité qui en résulte (docteur Serafino) ;

b. Par les faits de préservation en temps d'épidémie qu'ont relatés le professeur Pagliani (de Turin), le docteur Ruysch (de Maestricht) et le docteur Launay (du Havre) ;

c. Par les observations cliniques du docteur Carlo (d'Arpe), recueillies à Lecce, dans un foyer épidémique de variole.

A un moment où l'opinion publique est encore vivement impressionnée par les cinquante-huit cas parfaitement avérés de syphilis vaccinale d'un régiment de zouaves d'Alger, il serait dangereux de battre en brèche une méthode qui a déjà fait ses preuves, et qui peut rendre des services réels à l'hygiène publique.

Si la pratique journalière établit, sans conteste, que la vaccination et la revaccination sont les armes thérapeutiques les plus tutélaires pour combattre la variole épidémique avant son explosion et même pendant ses périodes d'évolution et d'expansion, il importe avant tout de vulgariser et d'encourager la culture du vaccin de génisse par cela même qu'elle met, à toute heure, entre les mains des médecins une source abondante de lymphe vaccinale de bonne provenance et d'efficacité indiscutable.

A ce titre, nous espérons vous voir, par un accueil favorable, applaudir aux efforts de la Société d'hygiène et raffermir nos convictions.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la retraite de M. le docteur Cusco, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris au 1er janvier prochain : M. Le Fort passe de Beaujon à l'Hôtel-Dieu; M. Labbé passe de Lariboisière à Beaujon; M. Benjamin Anger passe de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. Terrier passe de la Salpêtrière à Saint-Antoine ; M. Terrillon passe de Lourcine à la Salpêtrière ; M. Berger passe du Bureau central à Lourcine.

— M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (commissions de scolarité, de médecine et de pharmacie).

— Les épreuves de la licence ès sciences naturelles sont réglées par le décret du 15 juillet 1877. Le ministre de l'instruction publique vient d'inviter, par sa circulaire du 12 décembre 1881, les Facultés des sciences à examiner les questions suivantes :

1° Y a-t-il lieu de diviser la licence ès sciences naturelles en plusieurs licences ? — 2° Les licences spéciales devraient-elles avoir une partie commune ? — Quelle que soit la solution de la seconde question, combien de licences spéciales devraient-elles être instituées et de quelle façon les matières de l'enseignement des sciences naturelles y seraient-elles distribuées ? — 4° Dans quelle mesure et dans quel sens devraient être modifiés les programmes du 15 juillet 1877?

— On vient de placer à l'Institut les bustes de Dupuytren par Halon, et du baron Larrey par Meunier.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Schürrer (Marie-Joseph), né le 11 octobre 1859, à Gudolsheim (Haut-Hhin), est nommé aide de clinique, en remplacement de M. Bubendorf, démissionnaire.

Sont proclamés lauréats de la Faculté pour l'année scolaire 1880-1881 :

Première année. — Prix : M. Bauquel ; mention honorable *ex æquo* : MM. Haushalter et Thorion.

Deuxième année. — Prix : M. Loison ; mention honorable : M. Lebon.

Troisième année. — Prix : M. Schürrer.

Quatrième année. — Prix : M. Bernardy ; — prix Bénit : M. Jacquinot ; — prix de thèse : M. Bubendorf ; mentions honorables : MM. Jacquin, Gley, Contal, Dupont et Rosé.

— *Choléra.* — Une dépêche du Caire du 12 de ce mois nous annonce que le choléra vient d'éclater à El Wich (on écrit aussi El Ouech), campement de pèlerins égyptiens sur la mer Rouge, situé dans d'excellentes conditions d'isolement, à moitié route de Yambo à la presqu'île du Sinaï.

Nous apprenons aussi, par une correspondance de Constantinople du 6 décembre, que la côte africaine de la mer Rouge est fort suspecte.

Le conseil sanitaire international de Constantinople est en expectation pour prendre les nouvelles mesures que nécessiterait la rentrée des pèlerins qui subiront leur quarantaine à El Wich.

La Grèce vient aussi d'imposer une quarantaine de onze jours à toutes les provenances de la mer Rouge et une observation de cinq jours aux provenances des ports méditerranéens de l'Égypte.

Enfin une dépêche de Constantinople d'hier, 13 décembre, nous apprend que dans les dix jours, sur 3,340 pèlerins arrivés à El Wich, il y a eu 45 décès, dont 21 atteints de choléra et 12 de diarrhée cholériforme.

A la Mecque, en trois jours sur 19 cholériques il y a eu 7 morts ; à Djeddah, le choléra a fait aussi 3 victimes dans la journée du 28 novembre.

— La statistique des diplômes délivrés par la Faculté des sciences de Paris, depuis l'année 1810, donne un chiffre total de 30,013, dont 26,978 pour le baccalauréat, 2,580 pour les diverses licences, et 455 pour le doctorat.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau, qui se trouve composé ainsi qu'il suit pour 1882 :

Président, M. Duroziez ; vice-président, M. Reliquet ; secrétaire général, M. de Beauvais ; secrétaires annuels, MM. Delefosse, Henri Bergeron ; archiviste, M. Rougon ; trésorier, M. Périn ; conseil d'administration, MM. Charrier, Gillebert-Dhercourt père ; comité de publication, MM. Abadie, Christian, Thévenot, Thorens et le secrétaire général.

— Nous apprenons la mort du célèbre chirurgien russe Pirogoff, décédé en Podolie, le cinq de ce mois, à l'âge de soixante-onze ans.

Parmi les victimes de l'incendie du théâtre du Ring de Vienne se trouve notre regretté confrère le docteur Groags.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12087.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Alcoolisme. Rêve et délire.

« Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve. » Telle est la proposition, d'une tournure un peu paradoxale au premier abord, qui fait le sujet d'un opuscule extrait des *Archives générales de médecine*, que M. Lasègue a présenté à ses collègues dans l'une des dernières séances de l'Académie.

Le titre seul de ce travail nous transporte en pleine psychologie. Avant d'établir la similitude ou l'identité du délire de l'alcoolique avec le rêve, il semble qu'il eût été utile de définir préalablement et de délimiter ces deux états, de circonscrire le rêve dans ses éléments physiologiques et psychiques constitutifs et de l'étudier dans ses rapports avec la pensée normale d'une part, et d'autre part avec le délire entre lesquels il se place comme une sorte d'état intermédiaire, comme une transition.

Entre une de ces mille impressions fugitives qui traversent et viennent quelquefois interrompre momentanément l'attention d'un esprit sain, bien équilibré et dans le plein exercice de son activité, et une hallucination véritable qui s'en rend instantanément maîtresse, entre celle-ci et l'idée délirante proprement dite, qui pourrait dire exactement où est la limite, où l'une finit, où l'autre commence? Pour se débrouiller et se reconnaître au milieu de ces analogies, séparées à peine par des nuances, qu'ont constatées la plupart des psychologues et des médecins entre le rêve et la folie et qu'ils ont consacrées par cette formule si connue : « La folie n'est qu'un rêve à l'état de veille, » il faut une sagacité et une puissance d'analyse bien pénétrantes. Ce n'est pas assurément ce qui eût manqué à M. Lasègue. Mais peut-être eût-ce été beaucoup exiger de lui que de lui demander, dans un travail de quelques pages, de nous donner une définition caractéristique et distinctive de ces divers états. Il les a sans doute supposés suffisamment connus de ses lecteurs. Quoi qu'il en soit, son intention, formellement exprimée d'ailleurs, a été de n'aborder le problème que par un point seulement. Il a voulu nous montrer que, chez l'alcoolique, contrairement à ce qui se passe en général chez les aliénés, le délire n'était que la continuation du rêve. Ce serait donc à ce propos surtout que serait absolument vraie la définition du délire que nous venons de rappeler.

Le sujet, quoique ainsi limité, est déjà par lui-même assez intéressant pour nous captiver un moment.

Dans l'analyse que M. Lasègue fait, au début de son travail, de cet état, mi-physiologique, mi-pathologique, qu'on appelle le rêve, il en a très-habilement fait ressortir l'un des caractères les plus saillants, qui va lui servir de caractère différentiel par rapport au délire et qui lui permettra d'en rapprocher d'autant l'état qualifié jusqu'à présent délire alcoolique.

Le rêve est une hallucination visuelle, à tableaux mobiles, variables, se succédant rapidement, sans transition, et dans laquelle le dormeur, qui a perdu la conscience de sa personnalité, participant aux scènes qui se déploient devant lui avec la rapidité changeante d'un kaléidoscope, va, vient, s'agite et franchit en un instant des espaces sans limite, pour se retrouver, au réveil, à son point de départ. L'ouïe ne prend généralement aucune part à cette hallucination, ou, si elle en prend une, elle est toujours très-secondaire. Tout autre est le délire hallucinatoire de l'aliéné, dans lequel c'est l'ouïe, au contraire, qui joue en général le principal rôle.

Voyons, avec M. Lasègue, ce qu'est le délire de l'alcoolique.

Rappelons d'abord, comme un fait général, qui servira de ligne de démarcation, que chez l'aliéné le sommeil est suspensif du délire, comme il est suspensif des mouvements involontaires chez le choréique; lorsqu'il rêve, c'est en dehors des sujets ordinaires, des divagations du jour que son imagination se meut. Il n'en est plus de même chez l'alcoolique. La première caractéristique, au contraire, de son délire, c'est qu'il est identique à son état de rêve. Aucun délire alcoolique n'éclate brusquement. Chez tous les sujets qui se trouvent dans cet état, le délire semble toujours avoir été préparé par des rêveries de durée variable. Toute crise de *delirium tremens* se décompose, en effet, en trois temps : 1° période de délire exclusivement nocturne avec retour à al santé mentale pendant le jour; 2° période de délire diurne, avec prédominance la nuit; 3° convalescence.

Si on me présentait, dit M. Lasègue, un malade soupçonné d'alcoolisme le jour et n'ayant pas passé par le premier stade, il ne m'en faudrait pas davantage pour infirmer le diagnostic.

Le délire nocturne peut constituer, à lui seul, toute la crise,

et se continuer ainsi pendant une série de nuits sans aller au delà. L'intoxication, dans ce cas, a été limitée à son minimum.

Lorsque le délire de jour survient, il se manifeste au réveil et continue non-seulement au point de vue psychique, mais au point de vue matériel, les rêves dont il n'est qu'une sorte d'épanouissement. Le passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition.

Voici, très-sommairement, quelques-uns des faits que M. Lasègue cite à l'appui de ces propositions.

Ceci est la partie vraiment clinique de son travail.

C'est un homme de trente et un ans, qui est pris, en 1879, d'une première crise légère n'excédant pas les troubles du sommeil, parlant tout haut la nuit et ayant une respiration suspirieuse, bruyante, avec menace d'étouffement. La police à sa recherche était entrée dans sa chambre, il la voyait faire des perquisitions. Après ce récit, varié chaque nuit quant aux incidents, uniforme pour le fond, il se rendormait. En 1880, accès plus intense, délire de jour et de nuit, insomnie absolue, après cinq ou six jours de rêvasseries.

Le second sujet est un homme de quarante-huit ans, marchand de vins, buveur invétéré, ayant déjà, à la suite de surcroît d'excès, subi des crises fréquentes, assez durables, se réduisant aux rêves et à l'agitation qui suivait le réveil en sursaut. Éveillé, il répétait ses rêves comme des réalités, mais n'éprouvait pas d'hallucinations diurnes.

Après ces atteintes répétées, il est pris en novembre 1880 d'une attaque plus aiguë. Il se lève au milieu de la nuit, au plein d'un de ses rêves familiers, saute par la fenêtre située au rez-de-chaussée et court demi-nu dans le jardin. Là il ouvre la porte et est arrêté à quelques centaines de mètres de son domicile, essayant d'escalader un mur à l'aide d'une échelle qu'il avait prise sur la voie, etc. Le lendemain, il raconte que deux individus étaient dans la chambre, d'où ils ne voulaient pas sortir, qu'ils avaient pris une échelle, qu'il l'avait reprise pour aller les chercher, etc. Là, comme on le voit aussi, le rêve de la nuit s'est continué à l'état de veille.

Un troisième sujet, âgé de trente ans, distillateur, a, depuis une semaine, des nuits inquiètes et agitées; ses rêves traduisent ses préoccupations professionnelles. Il assiste au travail des employés de la distillerie et les gourmande sur la manière dont ils s'y prennent. Étant éveillé, ses hallucinations visuelles du sommeil continuent. Un jour il se lève, part pour son travail, et on le trouve si troublé qu'on l'envoie à la consultation pour demander son placement, et là, répondant aux interrogations, il délire en tournant toujours dans le même cercle d'idées. On va souvent autour de lui, on place des hommes à chaque porte pour l'empêcher d'entrer, il veut passer par la fenêtre, il n'y est pas parvenu, il a voulu casser les carreaux, il n'a pas pu, il a vu sa femme de l'autre côté de la distillerie, se cachant de lui, etc.

Un quatrième répond à un autre type. Depuis plusieurs nuits il s'éveillait en criant qu'il voyait le feu du ciel qui tombait, des fantômes ressemblant à des espèces de démons; tout était en feu autour de lui. Un jour, en mai 1880, après une nuit plus anxieuse que les précédentes, au réveil, il s'enfuit demi-vêtu, accoste des agents qui passaient et leur déclare qu'il vient d'assister à un combat où il a vu tuer deux hommes. Conduit à l'infirmerie, il s'excite, devient furieux, sa face se colore; il se plaint qu'on lui jette de la farine dans les yeux, qu'on lui frotte la figure avec une brosse qui produit des étincelles. Rêve et délire presque exclusivement limités aux hallucinations visuelles sans interprétations.

Chez un autre sujet de quarante et un ans, M. Lasègue a pu constater les perversions du sommeil après avoir assisté à la crise de délire diurne. Cet homme, arrêté faisant scandale dans la rue, ameutant les passants, est conduit à l'infirmerie, où il déclare qu'il s'est enfui de chez lui parce que des hommes avaient passé toute la nuit autour de lui à souffler de l'arsenic.

Après une nuit relativement bonne, dans laquelle son sommeil a été interrompu seulement par quelques interjections inintelligibles, il passe la journée suivante assez calme, sans propos délirants, mais un peu étonné. La nuit qui suit est troublée. Il appelle au secours, et ne sait pas d'abord de quoi il est question quand on répond à son appel; puis il se plaint de n'avoir plus de souffle parce qu'on le prend à la gorge.

Dans la matinée suivante, continuation ou reprise du délire, comme si le temps d'arrêt n'avait pas eu lieu. Il voit beaucoup de monde caché, de la poussière et de la fumée. On a jeté toute la nuit de l'arsenic sur sa nuque et sur ses cheveux. Ce sont de petits hommes qu'on a mis autour des cellules, etc.

Dans deux autres observations qu'il serait trop long de rapporter, M. Lasègue a assisté à la phase active dé crises dans lesquelles le vagabondage intellectuel a présenté toute la mobilité et le tumulte des rêves maladifs.

Dans d'autres conditions qui répondent à autant de variétés, le rêve délirant perd sa précision, et le malade est dominé par une somnolence dont il a conscience. Il est troublé le jour et la nuit par l'*ennui mental*, un je ne sais quoi, dit-il, où se mêlent des peurs et des affaires de travail; on le poursuit sans le poursuivre. Admis à l'infirmerie, il n'avait à son service que de vagues souvenirs, disait arriver pour enterrer un enfant, demandait à voir sa femme qui devait être là, à côté, mais sans insistance. Sa physionomie était hébétée, ses yeux s'ouvraient incomplètement, et il regardait sans regarder, disait-il.

En résumé, ce que M. Lasègue s'est proposé surtout dans ce travail a été d'ajouter un chapitre à l'histoire des sommeils pathologiques, de leurs modes, de leur pathogénie et de leur évolution.

Entre le sommeil magnétique provoqué physiquement par une action directe sur le système nerveux et le sommeil chimique engendré par le chloroforme, il existe de nombreux intermédiaires trop peu connus peut-être pour consituer des espèces, mais assez caractérisés pour laisser entrevoir des variétés.

Chacun de ces sommeils, parmi ceux dont on a entrepris l'étude, obéit à des règles. L'hypnotisme se résout en un sommeil qui exclut le rêve, annule la sensibilité générale et locale, et les moyens employés habituellement pour couper court au sommeil naturel sont impuissants pour le faire cesser.

Le sommeil chloroformique, les divers sommeils toxiques, sont connus par leurs principaux caractères distinctifs. Il fallait faire une place à part parmi ces sommeils pathologiques au sommeil alcoolique.

Depuis la publication de ce travail, M. Lasègue a fait à sa clinique quelques leçons sur le sommeil aux points de vue pathologique et séméiologique. Nous reproduirons prochainement une de ces leçons.

Hypnotisme. Action de l'influx digital et de l'influx oculaire sur les contractures et les phénomènes éclamptiques provoqués.

Dans le numéro de mardi dernier 13 décembre, nous avons rapporté ce que nous avons entendu de l'exposé fait par M. Dumontpallier, à la Société de biologie, d'expériences très-curieuses sur la métalloscopie et sur la force neurique. Nous allons rapporter aujourd'hui sur ce même sujet ce que nous avons vu.

Dans la matinée même du jour où M. Dumontpallier a fait cette communication, nous assistions, dans son service de la Pitié, avec quelques-uns de ses élèves, aux explorations et aux expériences dont les résultats généraux sont déjà en partie connus de nos lecteurs. Nous n'avons rien à dire de tout ce qui a trait aux faits de métalloscopie proprement dite. Nous ne relaterons de ces expériences que ce qui a trait à l'action de l'influx neurique des expérimentateurs sur l'état des muscles contracturés ou catalepsiés.

Voici le procès-verbal de ces expériences, rédigé par M. Magnin, le collaborateur de M. Dumontpallier pour cet ordre de recherches.

Il s'agit de la même jeune femme hystérique qui a été le sujet des expériences précédentes rapportées par M. Dumontpallier dans sa communication.

Au commencement de la visite, à huit heures et demie, la malade avait les deux plaques argent-laiton sur le front, une de chaque côté de la ligne médiane ; elle était sensible dans toutes les parties de son corps. Les plaques ont été enlevées immédiatement.

A neuf heures dix minutes, on applique les deux mêmes plaques sur la région sous-mammaire, l'une sous le sein droit, l'autre sous le sein gauche. La sensibilité générale reste intacte.

A neuf heures quarante-cinq minutes, on abaisse les paupières supérieures et on exerce une légère pression sur les globes oculaires. Au bout d'une demi-minute, la malade est endormie et elle est anesthésiée de tout le corps.

On enlève alors les plaques placées sur la région sous-mammaire et on les applique sur le front, une sur chacune des bosses frontales, droite et gauche. La malade se réveille. On enlève les plaques.

A dix heures, on applique les plaques dans la région sous-mammaire; dix minutes après, on explore l'état de la sensibilité. On constate que la moitié supérieure du corps est sensible, de la tête jusqu'à une ligne s'étendant en ceinture à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La moitié inférieure du corps est insensible depuis cette même ligne jusqu'aux pieds.

On abaisse alors les paupières et on exerce la pression sur les globes oculaires. En moins d'une demi-minute la malade est endormie. On pique avec une épingle la main gauche ; la malade fait un mouvement de retrait de la main, suivi immédiatement de la contracture de tout le membre supérieur gauche.

M. Dumontpallier approche sa main étendue et les doigts étalés en éventail, à 1 centimètre ou 2 de distance du membre contracturé, et perpendiculairement à son axe, en la promenant lentement suivant sa longueur. Au bout de quelques instants, une minute ou deux au plus, les muscles contracturés entrent dans le relâchement.

La même expérience est faite de la même manière sur l'autre membre, et avec les mêmes résultats.

On pique de nouveau le membre gauche, qui entre immédiatement en contracture. Sur l'invitation de M. Dumontpallier, nous pratiquons à notre tour l'imposition des doigts. — En devenant dès ce moment partie active dans l'expérimentation, nous devons faire l'aveu du peu de foi que nous avions eu jusqu'alors dans l'effet de cette pratique et du peu de confiance que nous avions dans notre pouvoir d'émission du fluide neurique, que nous n'avions jamais cherché à mettre à l'épreuve. Nous n'en avons pas moins suivi strictement les indications données par M. Dumontpallier, en particulier celle d'émettre mentalement la volonté de produire l'effet voulu. — Notre bonne volonté a eu sa récompense; nous avons vu au bout d'une minute environ les muscles se détendre en quelque sorte sous nos doigts.

On soulève la paupière supérieure de l'œil droit, de manière à mettre le globe oculaire à découvert. L'œil étant ouvert, on élève le membre supérieur droit, mais il retombe aussitôt qu'on a cessé de le soutenir. On élève le membre inférieur droit, puis, au moment où on l'abandonne à lui-même, il reste élevé, il est en catalepsie. M. Dumontpallier met alors en action l'influx oculaire : il regarde fixement le membre en promenant son regard suivant toute la longueur; le membre retombe sur le lit dans son état normal.

On pique l'avant-bras droit ; le membre entre en contracture ; mais en même temps il se produit une contracture des muscles du thorax jusqu'à la ligne transversale ci-dessus indiquée, ainsi qu'une contracture de la paroi abdominale avec ballonnement du ventre, et enfin une contracture du membre supérieur gauche.

M. Dumontpallier applique son influx oculaire sur le membre supérieur droit d'abord, puis il l'exerce sur le deltoïde contracturé, par réflexion sur un miroir, pour montrer que l'influx neurique se réfléchit suivant la même loi que les rayons lumineux. La contracture se résout successivement dans les muscles du bras et dans le deltoïde.

Il restait à décontracturer la main en flexion sur l'avant-bras, les muscles de la paroi thoracique et ceux de l'abdomen. M. Dumontpallier a eu recours, pour faire cesser la contracture des muscles fléchisseurs du poignet, à l'influx pneumique, c'est-à-dire en soufflant, non sur les muscles contracturés, mais sur leurs antagonistes, les muscles extenseurs du poignet. La décontracture des muscles thoraciques a eu lieu par l'influx des doigts.

Quant à la décontracture des muscles de l'abdomen, elle nous a été confiée, et elle a été obtenue d'abord par l'influx des yeux, le regard, qui a commencé à détendre les muscles, et puis par l'influx des doigts ou l'imposition de la main.

On ouvre de nouveau l'œil droit, et, à l'aide d'une légère excitation, on met le membre inférieur droit en état de contracture et de catalepsie. L'influx oculaire exercé par M. Dumontpallier fait cesser du même coup la contracture et la catalepsie.

On ouvre l'œil gauche, on soulève le membre supérieur gauche qui retombe aussitôt lâché. On élève le membre inférieur qui reste cataleptiquement élevé. L'influx digital fait cesser la catalepsie.

On touche la main droite ; les fléchisseurs du pouce et de l'index entrent immédiatement en contracture. M. Dumontpallier a recours à l'influx digital en promenant à distance l'extrémité de son index sur le trajet des tendons fléchisseurs de l'index et du pouce; ces tendons se relâchent.

L'œil droit étant ouvert, on souffle deux ou trois fois des-

sus ; puis on élève le bras droit qui reste en catalepsie. On pique la main gauche, il se fait un mouvement de retrait, et tout le membre entre en contracture. M. Dumontpallier met en œuvre l'imposition digitale, et la contracture cesse.

Enfin, on enlève les plaques de la région sous-mammaire, et on place quatre plaques de la même composition argent-laiton sur une ligne transversale passant par l'ombilic, deux de chaque côté de la ligne médiane. La malade se réveille aussitôt, et elle récupère sa sensibilité normale sur toutes les parties du corps.

Pour compléter le procès-verbal de ces expériences, il nous faudrait ajouter les phénomènes d'achromatopsie intercurremment constatés dans le cours de ces diverses explorations et le phénomène si curieux, que nous avions déjà vu se produire une fois sous nos yeux, d'une hallucination visuelle provoquée. Mais nous craindrions de donner à nos lecteurs un accès de migraine semblable à celui que nous avons eu nous-même à la fin de cette séance. La dose nous paraît suffisante pour le moment.

Tels sont les faits que nous avons vus. Ils surprendront peut-être un peu moins après les faits semblables qui ont été produits dans ces derniers temps à la Salpêtrière, et ceux qu'a fait connaître M. Barety dans une publication récente très-justement remarquée. Ils rappellent aussi des faits anciens, alternativement admis et repoussés, plus souvent repoussés, il est vrai. Somme toute, ce sont des faits à voir et à étudier. Nous n'en dirons pas davantage pour aujourd'hui.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas tératologique. — Les médecins viennois ont pu examiner dernièrement deux frères jumeaux qui laissent en arrière, comme curiosité, les célèbres frères Siamois. Connus sous le nom des frères Tocci, ils sont nés en 1877 à Locona, dans la province de Turin.

Ils ont deux têtes bien conformées, deux paires de bras et deux thorax pourvus de tous leurs organes internes. Mais, à partir de la sixième côte, tout leur est commun. C'est ainsi qu'ils n'ont qu'un abdomen, un ombilic et un anus, une jambe droite et une jambe gauche. Leurs organes génitaux se composent d'un pénis avec le scrotum correspondant ; mais par derrière l'on aperçoit les rudiments d'un autre organe génital mâle, par lequel on voit s'échapper quelquefois un peu d'urine.

Vus par derrière, ces enfants présentent deux colonnes vertébrales, deux sacrums et trois fesses. Celle du milieu est évidemment le résultat de la fusion de deux fesses, et l'on y aperçoit un anus rudimentaire. L'anus vrai sert pour les deux enfants. La jambe droite obéit à la volonté du jumeau du côté droit, qui s'appelle Baptiste, tandis que la jambe gauche, terminée par un pied-équin, appartient au jumeau du côté gauche, qui s'appelle Jacob. Il en résulte que les deux enfants, sains et forts cependant, se trouvent dans l'impossibilité de marcher.

Chaque enfant jouit d'une personnalité morale distincte. Parfois l'un pleure quand l'autre rit; l'un peut dormir, l'autre restant éveillé. D'ordinaire, ils ont la tête et la face fortement inclinées de côté, l'un à droite, l'autre à gauche, mais chacun d'eux peut prendre une position à peu près perpendiculaire, l'autre prend une attitude presque horizontale. (*Presse médic. belge.*)

Hernie diaphragmatique considérable dans le côté gauche de la poitrine. — Il s'agit de l'observation, — due à M. le docteur Foucras, — d'un malade qui avait éprouvé une violente compression de la poitrine, il y a dix ans, par la chute d'un arbre. Il s'était parfaitement rétabli, quand, l'année dernière, il fut atteint de troubles gastriques. A l'examen du thorax, on observa une matité de la base de la poitrine du côté gauche, à laquelle correspondait l'abolition du murmure respiratoire ainsi qu'un bruit de glouglou rendu manifeste surtout par la succussion. Les troubles digestifs, les vomissements, augmentèrent, et le malade succombait subitement quelque temps plus tard.

A l'autopsie, on constata l'état normal du diaphragme à droite et son absence à gauche, de sorte que les cavités abdominale et thoracique formaient de ce côté une loge unique. Dans la portion thoracique de cette loge se trouvaient le côlon transverse, la rate, l'épiploon et l'estomac, à l'exception du pylore. L'estomac était en rapport : 1° avec le péricarde rejeté à droite ; 2° avec le poumon gauche diminué de volume et refoulé dans le sommet du thorax.

Quant à la mort, elle était le résultat d'une ulcération de la première portion du duodénum, s'étendant aux vaisseaux pyloriques et ayant été la cause de l'hémorrhagie gastro-intestinale à laquelle le malade avait succombé. Le centre phrénique était conservé et le pilier gauche limitait le muscle à gauche. La portion de la voûte diaphragmatique située entre ces deux dernières régions seule faisait défaut. (*Union méd.*)

Fausses dents dans le pharynx. — Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans qui fit appeler son médecin pour un léger malaise qu'elle éprouvait depuis le matin, — il était alors sept heures du soir. — En l'examinant, le docteur Carlyle ne découvrit tout d'abord rien d'anomal, à part une légère altération de la voix qui offrait un timbre un peu insolite. Interrogée à ce point de vue, la maladie dit que cette altération tenait probablement à ce qu'elle avait perdu son râtelier le matin même. Elle ignorait même absolument ce qu'il était devenu. Il n'y avait d'ailleurs ni toux ni gêne respiratoire d'aucune sorte.

Pour compléter son examen, jusqu'alors négatif, M. Carlyle inspecta le pharynx en se servant d'une cuiller comme abaisse-langue et ne fut pas peu surpris de découvrir, non sans peine d'ailleurs, le râtelier logé très-profondément dans l'arrière-gorge. L'extraction, faite avec une simple pince à pansements, ne présenta aucune difficulté. Pareille tolérance de la muqueuse pharyngienne pendant dix heures consécutives peut être considérée comme un fait des plus rares. (*Paris méd.*)

LES LIVRES D'ÉTRENNES

I. **Histoire des Romains** (1), par Victor Duruy. — II. **Nouvelle Géographie universelle** (2), par Élisée Reclus. — III. **La Bulgarie danubienne et le Balkan** (3), par Kanitz. — IV. **Comment j'ai traversé l'Afrique**, par le major Serpa Pinto (4). — V. **Le Monde physique** (5), par Amédée Guillemin. — VI. **L'Écorce terrestre** (6), par Mme Stanislas Meunier. — VII. **Le Sel** (7), par E. Lefebvre. — VIII. **Les Moteurs anciens et modernes** (8), par H. de Graffigny. — IX. **Les Sièges célèbres** (9), par Maxime Petit. — X. **Cent récits d'histoire de France contemporaine** (10), par M. Ducoudray.

Quelques jours nous séparent à peine de la fin de l'année. Il faut penser aux étrennes, et nous nous empressons, suivant notre coutume, de vous présenter de beaux et bons livres. Vous en connaissez quelques-uns de nom. Ce sont des œuvres considérables, qui, pendant bien des années, occuperont leurs auteurs. Ils représenteraient des sommes considérables, s'il fallait les acheter en une

(1) Un volume in-8° jésus. Broché : 25 francs.
(2) Un volume in-8° jésus. Broché : 30 francs.
(3) Un volume in-8° jésus. Broché : 25 francs.
(4) Deux volumes in-8° raisin. Prix : 20 francs.
(5) Un volume in-8° jésus. Broché : 20 francs.
(6, 7, 8 et 9) Un volume in-16. Chaque volume broché : 2 fr. 25.
(10) Un volume in-8°. Cartonné en percaline, tranche dorée : 6 francs.

seule fois. Fractionnés ainsi et paraissant un volume par année, ils sont légers à la bourse et se rangent tranquillement sur nos rayons. Un jour, nous serons surpris et enchantés de les avoir ainsi collectionnés.

Commençons cette revue.

I. Le tome IV de l'*Histoire des Romains* conduit le lecteur d'Auguste à l'avènement d'Hadrien.

M. Victor Duruy nous présente d'abord l'exposé de l'administration d'Auguste dans les provinces. Celles-ci sont partagées entre l'empereur et le sénat; le gouvernement provincial, les réformes financières, la réforme religieuse, l'assemblée provinciale, l'organisation des provinces, forment les points les plus importants de cette étude administrative.

Les frontières sont organisées, et nous étudions successivement celles de l'Est, du Sud, du Rhin et du Danube.

Revenant à Auguste, M. Duruy nous donne le tableau généalogique de l'empereur; il nous introduit dans la famille impériale. Tibère associé à l'empire, Auguste meurt, et nous allons connaître son testament.

Le siècle d'Auguste méritait d'arrêter l'historien. Il retrace l'état des lettres, des sciences, des arts, du droit et de l'architecture. Puis, jetant un coup d'œil sur le caractère du nouvel empire, il démontre qu'Auguste accomplit une révolution inévitable, mais qu'il ne l'organisa pas. Ses efforts pour restaurer l'ancienne société restèrent impuissants. Le principat d'Auguste fut une monarchie absolue avec des apparences républicaines.

La neuvième période de l'*Histoire des Romains* fait revivre les Césars et les Flaviens. Conspirations, guerres civiles, sept empereurs assassinés sur dix, tel est le bilan de cette époque.

Sage à ses débuts, Tibère tombe bientôt dans l'isolement; ses cruautés vont jeter la terreur: loi de majesté, délateurs, destruction de la famille de Germanicus, voilà l'œuvre de ce fou couronné.

Caligula lui succède; puis Claude. Messaline nous prépare à Néron. Près de quinze années dure ce règne où les meurtres et l'orgie le disputent aux incendies, aux conspirations et aux exécutions. Ses successeurs passeront plus vite: en dix-huit mois, trois empereurs, Galba, Othon, Vitellius. Voici venir Vespasien et les guerres des Bataves et de Judée, puis Titus et Domitien; ce dernier débute bien, son administration est d'abord sage, mais, à l'exemple des Tibère et des Néron, il ne tarde pas à verser dans les cruautés.

Ce volume se termine par les débuts de la dixième période (les Antonins), Nerva, Trajan, et la guerre Parthique.

Dire que ce volume contient 499 gravures, 6 cartes et 9 chromolithographies, suffit à indiquer le soin donné au côté artistique de l'œuvre. Monnaies, camées, pierres gravées, bustes, statues, monuments, tout est prodigué, mais avec le goût le plus parfait, et l'histoire en reçoit un singulier relief.

II. L'*Asie orientale* forme le sujet du septième volume de la « Nouvelle Géographie universelle ».

Suivant une méthode excellente, M. Élisée Reclus, avant de retracer la description des pays qu'il veut nous faire connaître, nous présente des considérations générales sur l'Empire chinois. Il nous le montre d'abord isolé, puis ouvrant des relations avec les pays étrangers; il nous fait sentir les contrastes de l'Orient et de l'Occident; il insiste sur le rôle que semble être appelé à jouer dans le développement de la civilisation future ce peuple « jaune » qui, après être resté si longtemps isolé, menace aujourd'hui de tout envahir.

Le lecteur, ainsi préparé, peut suivre son docte guide. Avec M. Élisée Reclus, l'empire chinois, la Corée et le Japon vont nous livrer les trésors de leurs contrées.

Le Tibet, le Turkestan chinois, la Mongolie, la Chine, ne sont plus des pays obscurs et presque inconnus. Les voyageurs pénètrent avec courage dans les points les plus reculés. L'art s'unit à la science, et la photographie sert de base à la plupart des dessins du livre. Mais M. Élisée Reclus ne se borne pas à consulter ces albums et les feuilles récentes; il demande aux ouvrages anciens les illustrations qui peuvent intéresser le lecteur, et c'est ainsi que nous trouvons dans son livre une planche reproduite d'après la *China illustrata*, de Kircher.

Il faudrait des articles bien nombreux pour donner même une légère idée de ce que contient ce volume, consacré à l'Asie orientale. Mais nous voulons seulement attirer l'attention sur l'apparition de ce nouveau volume. Ceux de nos lecteurs qui, suivant notre conseil, ont souscrit à cette publication si remarquable, se réjouissent, chaque année, du retour de cette fin d'année où leur arrive un nouveau volume de la « Géographie universelle ». Ils ont ainsi successivement parcouru, avec M. Élisée Reclus, l'Europe méridionale, la France, l'Europe centrale, l'Europe du Nord-Ouest, l'Europe scandinave et russe. Ils sont entrés en Asie par l'Asie russe; aujourd'hui, ils parcourent l'Asie orientale. Mais leur étonnement serait grand si on les invitait à faire un peu de statistique. A la veille du grand dénombrement de la population française, on peut faire de la statistique. — Chacun des volumes de la « Nouvelle Géographie universelle » comprend un certain nombre de cartes en couleur, de cartes insérées dans le texte et enfin de vues et de types gravés sur bois. Or, dans les sept volumes actuellement publiés, on compte 55 cartes en couleur, 1372 cartes insérées dans le texte et 554 vues ou types gravés sur bois.

Il nous semble inutile, après ce petit relevé, d'insister sur les soins donnés à cette partie si importante de l'illustration dans un livre de descriptions géographiques.

III. Il nous est difficile d'inscrire maintenant le titre de « la Bulgarie danubienne et le Balkan » sans saluer avec respect le nom de la femme qui a prêté son concours à ce livre. Il y a des noms qui portent bonheur, et M. Kanitz a raison de remercier ses introducteurs: « C'est aux soins réunis de Mme Marie Grotz, née Reclus; de MM. Émile Picot, consul honoraire, professeur à l'École des langues orientales vivantes, à Paris, et E.-L. Grieszelich, à Vienne, que je dois de voir présenter au public français les principaux résultats de mes nombreux voyages en Bulgarie, de mes dix-huit passages du Balkan et des études diverses auxquelles je me suis livré depuis vingt ans. »

La Bulgarie est peu connue: elle mérite de l'être davantage, et, quand on aura lu ce livre, on partagera entièrement l'opinion de M. Kanitz. Le peuple bulgare est un peuple doué d'excellentes qualités morales et intellectuelles.

Pour nous le faire apprécier, M. Kanitz n'a rien épargné: histoire, géographie, mœurs, coutumes, il a mis tout à contribution pour nous faire connaître et aimer le peuple bulgare, et il y a réussi.

IV. Voulez-vous maintenant traverser l'Afrique depuis l'Atlantique jusqu'à l'océan Indien à travers des régions inconnues, suivez le major Serpa Pinto. Grâce à une élégante traduction de M. J. Belin de Launay, nous allons connaître un pays des plus curieux. Ce journal de voyage forme deux volumes remplis de faits intéressants. L'ethnologie, l'histoire naturelle peuvent y glaner à pleines mains. Que d'aventures curieuses, et comme nous devons savoir gré aux voyageurs qui exposent leur vie dans ces courageuses expéditions! 150 gravures et 15 cartes illustrent ce récit de voyages.

V. Mais il nous faut quitter ces études géographiques si curieuses pour revenir à des sujets d'un autre ordre et d'un intérêt non moins grand.

M. Amédée Guillemin nous présente, cette année, le second tome de son *Monde physique*, consacré à la « Lumière ».

Il divise son travail en deux parties. La première traite des phénomènes de la lumière et de leurs lois. La seconde, dans l'optique, montre les applications des phénomènes et des lois de la lumière.

L'auteur étudie d'abord la lumière dans sa nature, sa propagation rectiligne, sa vitesse de propagation, sa réflexion, sa réfraction dans l'atmosphère, dans les prismes et les lentilles. Il aborde ensuite l'étude de la dispersion de la lumière; il nous fait connaître l'analyse spectrale des corps célestes, les radiations solaires

lumineuses, calorifiques et chimiques. Puis, remontant aux sources de la lumière, il étudie la production et la transformation des radiations; il expose les théories de la lumière; il traite des phénomènes de diffraction, de la double réfraction, de la polarisation, des couleurs des corps et de la photométrie. Il termine enfin cette première partie par l'œil et la vision, la lumière et la vie, et les météores optiques.

La seconde partie s'ouvre par l'étude des miroirs et des instruments de réflexion; et successivement, phares, microscope, télescope, stéréoscope, photographie, héliogravure, passent sous nos yeux avec toutes leurs applications.

Écrit avec sa netteté habituelle, ce nouveau volume de M. Amédée Guillemin aura le succès des diverses publications de ce très-sympathique vulgarisateur. Mais qu'on ne se méprenne pas sur ce dernier mot; l'œuvre de M. Guillemin est très-savante: elle n'est ni banale ni sans valeur; c'est un livre scientifique, au courant des derniers progrès, et qui se laisse lire avec plaisir.

VI. Près de ces œuvres importantes, il en est de plus modestes, mais qu'il est bon de signaler. Elles appartiennent à la *Bibliothèque des merveilles*, une des plus heureuses inspirations de la librairie Hachette.

Donnons le pas à « l'Écorce terrestre », non-seulement parce que ce livre est un charmant petit livre de géologie, mais encore parce qu'il est signé d'un nom cher aux amis des sciences. Victor Meunier, le vieux lutteur scientifique, se voyait avec joie continuer par son fils, le très-savant aide-naturaliste, Stanislas Meunier, et voici qu'à son foyer même M. Stanislas Meunier trouve un écho de ses préoccupations scientifiques.

Il y a décidément des noms heureux.

VII. De son côté, M. Eugène Lefebvre, professeur de physique au lycée de Versailles, enrichit la *Bibliothèque des merveilles* d'un volume sur le Sel.

Il étudie successivement les propriétés et les usages du sel. Il nous le montre en France: il décrit les anciens procédés d'extraction; puis il nous promène dans les salins du Midi, les marais salants de l'ouest, les salines de l'est et du sud-ouest, et, après nous avoir fait connaître les diverses qualités de sel, il consacre quelques pages à l'impôt du sel. Il termine enfin son livre par l'étude du sel marin et du sel gemme.

VIII. Après la géologie et la chimie, un peu de mécanique: voici « les Moteurs anciens et modernes ». M. H. de Graffigny n'a pas écrit ce livre pour les ingénieurs, ni pour les gens du métier. Il a écrit pour les personnes qui, n'ayant pas fait d'études spéciales, éprouvent le louable désir de se rendre compte des progrès accomplis par la mécanique. Cette situation est un peu la nôtre, forcés que nous sommes de savoir un peu de tant de choses.

Avec M. de Graffigny, nous aurons rapidement une teinte suffisante des divers moteurs: moteurs animés, à vent, hydrauliques, baromoteurs, à air, à vapeur, électriques, à gaz et à grande puissance. Après avoir lu ce petit livre, nous pourrons le refermer en disant, — avec l'auteur, — que nous venons de lire une histoire des conquêtes de l'esprit humain dans l'une des branches les plus importantes de la science.

IX. Terminons cette causerie en signalant encore « les Sièges célèbres de l'antiquité, du moyen âge et des temps modernes ». Ce livre nous conduit du siège de Troie au siège de Paris (1871), en passant par les Romains, Alaric, les Normands, les Croisades, Charles-Quint, Henri IV, Louis XIV, la République, la guerre de l'Indépendance grecque, Sébastopol, Strasbourg et Metz. — Gloire et revers.

M. Maxime Petit, en écrivant ce livre, ne s'est pas borné au rôle d'historien. Il a voulu nous permettre de comprendre: de là quelques notions de fortification et un vocabulaire des principaux termes techniques employés dans l'ouvrage. Au demeurant, livre intéressant, et qui ne laisse pas regretter les quelques heures qu'exige sa lecture.

X. Un dernier livre, cent récits d'histoire contemporaine, nous prend en 1825, alors qu'un officier prussien chasse des Tuileries la commission du gouvernement provisoire et nous conduit au douloureux traité de Francfort. Chaque page de texte est accompagnée d'un véritable tableau. Parler à l'esprit et parler aux yeux, tel est le but de M. Ducoudray. Son livre sera lu avec fruit par les enfants, et bien des grandes personnes y rafraîchiront leurs souvenirs.

Et maintenant, chers lecteurs, choisissez et faites des heureux, si vous ne commencez pas, selon le vieux proverbe, par vous-mêmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 décembre 1881, M. Michel (Alexis-Émile), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (deuxième tour, choix.)

— *Prix de l'internat.* — Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les résultats suivants:

A. *Première division.* — Médaille d'or: M. Chauffart (Marie-Émile-Anatole), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière; médaille d'argent: M. Netter (Juste-Arnold), interne de troisième année à l'hôpital Trousseau; première mention honorable: M. Juhel-Hénoy, interne de troisième année à l'hôpital Lariboisière; deuxième mention honorable: M. Gaucher, interne de troisième année à l'hôpital Cochin.

B. *Deuxième division.* — Médaille d'argent: M. Thibierge (Georges), interne de deuxième année à l'hôpital Laennec; accessit: M. Chantemesse, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine; première mention honorable: M. Geffreyer, interne de deuxième année à l'hôpital Necker; deuxième mention honorable: M. Berne, interne de deuxième année à l'hôpital Necker.

Les questions qui ont été données pour ce concours ont été:

Pour la première (épreuve écrite): *Première division*: Les vaisseaux capillaires; embolies capillaires: *Deuxième division*: Artères de l'encéphale, diagnostic différentiel de la paralysie générale progressive.

Pour la deuxième épreuve (épreuve orale): *Première division*: 1° Hématocèle de la tunique vaginale; 2° signes et diagnostic de l'hémiplégie faciale. *Deuxième division*: 1° Plaies pénétrantes des articulations; 2° Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé avant-hier soir par le classement des candidats dans l'ordre suivant:

Internes titulaires. — 1. MM. Duflocq, Poupon, Beurnier, Marfan, Perrin, Courtade, Dayot, Thoinot, Feulard, Gomot.

11. MM. Didion, Ribail, Peltier, Dalché, Frémont, Ladroitte, Hartmann, Châtellier, Broca, Brossard.

21. MM. Queyrat, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Ayrolles, Legendre (Paul-Louis), Bottey, Malibran, Gilles de la Tourette, Hamouie, Durand-Fardel.

31. MM. Proust, Barral, Beltermieux, Doyen (Eugène), Marcigny, Bourdel, Jardet, Poupinel, Carron (Guy), Revilliod.

41. MM. Brodeur, Dauge, Boursier, Delotte, Rivet, Courbatien, Deschamps, Jacquelot, Bidault, Mounier (Louis-François).

51. MM. Jocqs, Condoléon, Phocas.

Internes provisoires. — 1. MM. Lubet-Barbon, Roger, Barbier, Brunon, Chochon-Latouche, Renault, Hallé, Wims, Sulat, Lormand.

11. MM. Ressein, Braine, Dumont, Bottez, Ambresin, Costilhes, Buret, Notta, Gilly, Mérigot de Treigny.

21. MM. Lancry, Dubief, Cayla, Rambaud, Ménétrier, Belin (Edmond-Victor), Boultier, Clado, Toupet, Secheyron.

31. MM. Baudoin, Crespin, Barbillion, Gouttierre, Cachera, Duchon-Doris, Largeau, Bucquet, Aron, Schachmann, Jeanselme.

41. M. Vigneron.

Les questions qui ont été données cette année pour la seconde épreuve (épreuve orale) de ce concours ont été :

1° Vésicule biliaire ; symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — 2° Muqueuse linguale ; muguet. — 3° Sinus de la dure-mère, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — 4° Articulation radio-carpienne : fracture du radius (anatomie pathologique et symptômes). — 5° Nerf de la main ; symptômes de l'atrophie musculaire progressive. — 6° Artères intercostales ; indications et contre-indications de la thoracentèse. — 7° Muscle psoas-iliaque ; symptômes et diagnostic des abcès par congestion. — 8° Orifice aortique, symptômes de l'insuffisance aortique. — 9° Glandes et papilles de la peau ; complications de la rougeole. — 10° Rapports du rectum chez l'homme ; fissures à l'anus. — 11° Nerf phrénique ; symptômes et diagnostic de l'asthme. — 12° Dure-mère rachidienne ; symptômes de l'ataxie locomotrice progressive. — 13° Rapports de l'estomac ; symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac.

— *Concours de l'externat.* — Les questions qui ont été données sont :

A. Épreuve d'anatomie. — 1° Tibia. — 2° Veines du membre supérieur. — 3° Articulation du coude. — 4° Muscle trapèze du dos. — 5° Articulation de l'épaule. — 6° Crosse de l'aorte. — 7° Squelette de l'orbite. — 8° Muscle grand oblique de l'abdomen. — 9° Articulation tibio-tarsienne. — 10° Muscle adducteur de la cuisse. — 11° Configuration extérieure et rapports de l'estomac. — 12° Veines du membre inférieur. — 13° Rapports du cœur. — 14° Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

B. Épreuve de pathologie. — 1° De l'hémoptysie. — 2° Vaccination. — 3° Érysipèle de la face. — 4° De l'ascite, symptômes et diagnostic. — 5° Fractures de la clavicule. — 6° De la chloroformisation. — 7° Symptômes et marche de la pneumonie franche aiguë. — 8° Confection et application des appareils plâtrés. — 9° Des brûlures. — 10° Fractures de la rotule. — 11° Diagnostic de la phthisie pulmonaire par la percussion et l'auscultation.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Sont nommés internes : MM. Schürrer et Dommartin ;

Sont nommés externes : MM. Lebon, Kalt, Loison, Brullard, Kant, Sadoul, Hagan, Schmitt et Vincent.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, aux examens, pour l'année scolaire 1881-1882, par M. Tillaux, agrégé libre.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Crouzel (Pierre), né le 5 juillet 1859, à Belvès (Dordogne), est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Augereau, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Moniez, docteur en médecine, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1881-1882, dans les fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Berlioz, docteur en médecine, est nommé professeur d'hygiène et thérapeutique.

— Un congrès médical s'ouvrira à Séville (Espagne) le 9 avril 1882. — Pour plus amples détails s'adresser au docteur Rafaël Tuñon de Lara, secrétaire général de la Commission d'organisation, plaza de la Constitucion, 15, Sevilla.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance a élu de la façon suivante son bureau pour l'année 1882 :

Président, M. Echerac ; vice-présidents, MM. Le Coin et Paul Richard ; secrétaire général, M. Passant ; secrétaires annuels, MM. Nadaud et Depasse ; trésorier, M. Le Noir ; archiviste, M. Barbette.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda-formulaire des médecins praticiens et carnet de poche réunis pour 1882, publié par le docteur A. Bossu, avec la collaboration d'éminents spécialistes (32me année). — Prix de l'agenda-formulaire pour 1882 : n° 1, reliure mouton chagrin, fermant au crayon, 3 francs ; n° 2, reliure mouton chagrin, en portefeuille avec patte, 3 fr. 50 ; n° 3, reliure mouton chagrin, en portefeuille, trimestres séparés, 5 francs ; n° 4, reliure mouton chagrin, poche soie, petite trousse, cahier plein, 6 francs ; n° 5, reliure mouton chagrin, portefeuille, poche soie, petite trousse, cahier recouvert en soie, trimestres séparés, 7 francs ; n° 6, reliure portefeuille avec trois poches en peau dont une ferme à patte, trousse, 8 francs ; n° 7 le même, fermant à tourniquet en maillechort, 9 francs ; agenda complet broché, couverture imprimée, 1 fr. 75 ; agenda doré sur tranche, 2 fr. 50 ; agenda doré, cahier recouvert en soie, trimestres séparés, 3 francs. — Paris A. Delahaye et E. Lecrosnier, et chez le docteur Bossu, 5, rue Saint-Benoît.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12099.

N° 146. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 20 DÉCEMBRE 1881. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Petite épidémie d'érysipèle. — II. Nécrose du maxillaire inférieur. — III. Ostéite invétérée.

I. On a reconnu et on a dit souvent que, si la méthode antiseptique donnait les résultats les plus merveilleux en chirurgie, par contre, malheureusement, elle était impuissante contre le développement des érysipèles dont nous voyons parfois, et à certaines époques, nos salles envahies.

Ces réflexions sont en ce moment à l'ordre du jour, car il semble que nous soyons actuellement sous le coup d'une de ces épidémies d'érysipèle, non-seulement à l'hôpital, mais encore dans la clientèle de la ville.

En effet, nous nous trouvons depuis quelques jours sous une influence érysipélateuse néfaste. C'est ainsi que le malade que nous avons opéré il y a quinze jours en lui extirpant la glande sublinguale pour une dégénérescence épithéliomateuse, et qui allait bien depuis lors, qui n'avait présenté aucun accident, aucun phénomène particulier fâcheux; c'est ainsi que ce malade, dis-je, a été pris tout à coup, il y a quatre jours, des premiers symptômes d'un érysipèle. Les allures de cette maladie n'ont pas été très-franches, et, bien que les phénomènes généraux qui l'accompagnaient n'aient pas revêtu un caractère de gravité véritable, bien que la tuméfaction ne fût pas considérable, les accidents érysipélateux ont marché avec une telle rapidité que cet homme a succombé hier, c'est-à-dire en moins de soixante-douze heures.

D'autre part, nous avons perdu aussi la malade du n° 4 de la salle des femmes, qui était entrée quelques jours auparavant avec une plaque gangreneuse sur le pied gauche. Tout d'abord nous avions obtenu une certaine amélioration de sa lésion, lorsque l'érysipèle a envahi la jambe et la cuisse, s'accompagnant d'une fièvre intense. Cette femme, maigre et cachectique, était arrivée à l'hôpital dans un état de subdélirium assez prononcé. Elle est morte dans une adynamie profonde.

Actuellement encore nous avons, au n° 56 de notre salle des hommes, un homme de grande taille, entré avec une lymphangite du membre inférieur droit qui a gagné la cuisse, puis la fesse et le ventre. J'ai pratiqué une incision assez profonde ; il s'est écoulé un liquide séro-purulent abondant, et nous avons vu, bientôt après cette petite opération, la fièvre tomber.

Une troisième malade est également venue du dehors avec une lymphangite érysipélateuse développée à la suite d'ulcérations de la jambe.

Voilà donc quatre érysipèles dont trois sont venus du dehors et le quatrième s'est déclaré dans nos salles, chez un homme opéré quinze jours auparavant, qui se trouvait, au moment où il fut atteint, en bonne voie de guérison. Sur ces quatre cas, nous avons eu deux morts, dont l'un était un malade venu de l'extérieur.

De plus, le malade que nous avons opéré vendredi dernier, — vous vous souvenez probablement de l'opération laborieuse que nous avons pratiquée chez lui pour parvenir à l'extirpation de ganglions sous-sterno-mastoïdiens atteints de dégénérescence épithéliomateuse, — ce malade me donne lieu de craindre depuis hier qu'il ne soit, lui aussi, sous le coup des mêmes accidents érysipélateux. Il allait très-bien le premier et le deuxième jour, lorsqu'il a été pris hier dimanche d'un léger frisson en même temps que la température s'élevait bientôt à 39°,8. Aujourd'hui cette température reste très-élevée, la fièvre persiste; l'on n'aperçoit pas encore de rougeur érysipélateuse, et l'érythème que nous remarquons en avant, autour de la plaie, est dû à l'action de l'acide phénique. Mais en arrière il existe déjà une tuméfaction douloureuse qui n'aurait pas de raison d'être, s'il n'y avait pas là quelque menace de ces accidents que nous redoutons. Aussi notre pronostic est-il sensiblement modifié.

Enfin un malade que j'ai opéré en ville, il y a quelques jours, a été pris la semaine dernière d'un érysipèle grave.

Ces faits ne se bornent pas à ma pratique hospitalière et civile, et M. Richet m'a dit hier qu'il avait aussi dans sa clientèle un malade opéré par lui d'une fistule à l'anus et pris d'érysipèle deux jours après l'opération.

Nous sommes donc en ce moment, vous le voyez, sous l'influence d'une épidémie érysipélateuse, et, je le répète encore une fois, je ne vois, je ne connais aucun moyen, dans l'état actuel de la science, qui puisse assurer nos opérés contre cette complication. Il est vrai que la plupart des gens qui viennent d'être atteints sont dans de mauvaises conditions de santé; les lymphangites semblent appartenir à des sujets alcooliques, et l'homme à la glande sublinguale, extirpée il y a quinze jours, et qui vient de succomber, était un vieillard.

Devant cette tendance épidémique, peut-être devrions-nous suspendre toute opération. Cependant il est des cas urgents où notre intervention est nécessaire, où nous ne pourrions, en tous cas, différer bien longtemps. C'est ainsi qu'aujourd'hui nous allons procéder à deux opérations dont je vais auparavant vous dire quelques mots.

II. La première aura lieu sur une femme présentant une nécrose de la mâchoire inférieure survenue à la suite d'une carie dentaire qui a déterminé une périostite datant aujourd'hui de quatre mois environ. La nécrose paraît actuellement séquestrée. La bouche s'ouvre mal; mais il est probable que, la malade étant chloroformisée, elle s'ouvrira plus facilement. A la région cervicale, nous trouvons trois petits trajets fistuleux se rendant vers l'angle de la mâchoire. Nous commencerons par les agrandir, soit avec le thermocautère, soit avec une pince dilatatrice. Je pratiquerai aussitôt après une irrigation avec l'eau chloralée qui, dans la bouche, remplace l'eau phéniquée, pour bien laver tout le foyer. Puis après avoir procédé à l'extraction du séquestre, je placerai un gros drain de la commissure de la bouche à l'angle de la mâchoire.

III. Le second malade que je vais opérer est un jeune homme, déjà traité par M. Panas, qui a pratiqué la rugination de plusieurs côtes pour une de ces ostéites invétérées avec trajets fistuleux, si sujettes à récidiver. Peut-être serai-je conduit à une résection des côtes malades.

Les résections de côtes ne sont pas une opération commune, néanmoins il en existe au moins une centaine d'observations. Ce n'est pas une opération aussi grave qu'on pourrait le croire, car les côtes malades ne sont plus dans les mêmes conditions comme rapports immédiats que les côtes à l'état sain. En effet, dans ce cas, la périostite a amené d'une part une exsudation plus ou moins considérable du côté de la séreuse, qui augmente son épaisseur, tandis que le périoste de son côté est devenu également plus épais. Aussi peut-on assez facilement, dans la majorité des cas, aller décoller l'os et le couper avec la pince de Liston ou tout autre instrument approprié, sans crainte de pénétrer dans la cavité pleurale.

Néanmoins je place certainement au-dessus de ces résections de côtes le grattage et l'évidement. Ici donc je vais commencer par débrider le trajet fistuleux; puis, arrivé sur l'os malade, je procéderai au grattage. Si je rencontre un fragment de côte isolé, je l'enlèverai, sans crainte, je le répète, d'atteindre la plèvre dont je me trouverai séparé par l'épaisseur des parois du foyer purulent.

La nécrose véritable des côtes consécutive à quelque abcès périostique est rare. La carie est beaucoup plus commune et se rencontre surtout chez les sujets scrofuleux atteints d'une ostéite qui guérit mal, et l'on voit la maladie que l'on croyait vaincre récidiver un peu plus loin. En tous cas, la guérison est lente et difficile surtout dans une partie de la population, à moins que les malades ne puissent être envoyés pendant un certain temps à la campagne ou au bord de la mer.

Vous en avez la preuve dans le jeune garçon opéré déjà par M. Panas et chez lequel je vais intervenir à mon tour; peut-être en sera-t-il après moi comme après les soins donnés par mon collègue de l'Hôtel-Dieu, et verra-t-on quelque récidive nouvelle survenir encore.

Cependant ce garçon est en apparence très-solide, et, d'après ce qu'il nous a dit, il compte quitter Paris dès qu'il se trouvera en état de partir. Ceci nous inspire plus de confiance dans les suites d'une opération qui, du reste, est indispensable. En effet, si nous n'intervenions pas pour modifier le foyer de suppuration, celle-ci, continuant, entraînerait à peu près fatalement, à un moment donné, une dégénérescence viscérale et consécutivement la mort à courte échéance.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Les trois pneumopathies cardiaques (1).

II

Si différentes par leur origine, les trois espèces de pneumopathies cardiaques conservent dans toute leur évolution les caractères propres à leur génie.

Quand on les examine dans leurs rapports avec les diverses affections du cœur et de l'aorte, on trouve que la première, la congestion mécanique et ses dérivés, appartient plus particulièrement aux insuffisances mitrales avec intégrité du muscle cardiaque et de l'arbre artériel; — la seconde, la congestion dynamique par trouble vaso-motcur, appartient presque fatalement aux insuffisances aortiques avec altération de l'aorte ascendante, accompagnées parfois de dégénérescence du muscle cardiaque; — la troisième enfin se montre surtout dans les cas où l'affection cardiaque, qui est le plus souvent une insuffisance aortique, est accompagnée d'une artérite plus ou moins généralisée; elle peut cependant apparaître dans le cours d'une vieille congestion pulmonaire produite et entretenue par une insuffisance mitrale.

Quand on étudie ces pneumopathies dans leurs rapports avec les autres conséquences et les autres symptômes des affections cardiaques, on trouve que la première se manifeste avant les signes rationnels de la maladie du cœur ou avec les premiers de ces signes : elle précède l'œdème des membres inférieurs et apparaît en même temps que la dyspnée. Elle précède l'œdème des membres inférieurs parce que la lésion cardiaque trouble la circulation pulmonaire, ce qui se traduit par la congestion du poumon, avant d'enrayer la circulation veineuse générale, ce qui se traduit par l'œdème. Elle apparaît en même temps que la dyspnée parce que cette dyspnée modérée non douloureuse, qui n'est qu'une haleine courte observée pendant la marche ou pendant un exercice pénible, n'est que la conséquence de la congestion. Phénomène initial et phénomène en quelque sorte nécessaire quand, la compensation étant vaincue, la lésion mitrale devient maladie du cœur, cette congestion pulmonaire est un symptôme important dans l'insuffisance mitrale, et c'est en partie parce que je ne l'ai pas observée chez notre malade aux troubles cardiaques du n° 6 de la salle Sainte-Élisabeth que j'ai été porté à innocenter de ces troubles cardiaques une lésion mitrale.

La deuxième espèce de pneumopathie cardiaque n'apparaît, au contraire, qu'à une période avancée de la maladie, ce qui tient à ce que pour la produire il faut une dilatation considérable ou une altération complète de l'origine de l'aorte gagnant les filets nerveux qui l'enveloppent, ou bien une dégénérescence du myocarde gagnant les nerfs intra-cardiaques; elle ne se montre donc d'ordinaire que tard, et même il est beaucoup d'insuffisances aortiques où on ne l'observe pas du tout.

La troisième espèce est également tardive, puisqu'il faut pour la produire ou que l'altération vasculaire soit profonde, ou que la congestion pulmonaire soit intense, ou que l'altération vasculaire et la congestion se trouvent réunies.

Quand on compare ces pneumopathies dans les rapports de leurs

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 décembre 1881.

signes physiques avec leurs signes rationnels, on trouve encore entre elles des différences capitales.

Dans la première, ces rapports sont constants, en ce sens que les signes physiques dominent les signes rationnels et que les signes rationnels sont exactement proportionnels aux signes physiques.

Les signes physiques dominent les signes rationnels: les phénomènes d'auscultation sont perçus dans une grande étendue, parce que la congestion est intense, et cependant il n'y a presque pas de toux et d'expectoration parce qu'il faut, pour produire la toux et l'expectoration, que la congestion ait gagné les tuyaux bronchiques; quant à la dyspnée, elle n'est pas douloureuse, et il faut une forte congestion pour la rendre sensible au malade, qui, pour respirer, n'a pas besoin de mettre en jeu son poumon tout entier. Mais, plus les signes physiques seront intenses, plus les signes rationnels deviendront manifestes, parce que les signes rationnels sont ici l'expression pure et simple des troubles qui se produisent dans la circulation pulmonaire.

Dans la pneumopathie d'origine vaso-motrice, par contre, il y a défaut de rapport entre les signes rationnels: la dyspnée, les douleurs thoraciques et les signes physiques d'auscultation, ce qui tient à ce que ces douleurs et cette dyspnée appartiennent bien moins à la congestion pulmonaire qu'aux troubles nerveux sensitifs des plexus cardiaque et pulmonaire qui se produisent simultanément avec les troubles vaso-moteurs sous l'influence des mêmes lésions.

Enfin la troisième pneumopathie, celle qui est due à l'altération vasculaire, ne se traduit que par un signe rationnel et non par des signes physiques qui lui sont propres; ce signe rationnel, ce sont les crachats spéciaux de l'apoplexie, où l'on trouve du sang altéré mêlé à des débris de vaisseaux et de poumon. Le plus souvent, cette apoplexie se produit au milieu des signes physiques d'une congestion intense; mais, lorsqu'elle est isolée, comme elle l'était chez notre n° 27, on peut constater l'existence de ces crachats sans que l'auscultation ni la percussion ne révèle le foyer où elle s'est formée.

Si, pour terminer, nous considérons ces trois pneumopathies dans leurs signes physiques, nous trouvons que ces signes diffèrent dans les trois cas, non quant à leur nature, mais quant à leur importance, à leur marche et à leur distribution.

Quant à leur nature, ils sont à peu près identiques: diminution du murmure vésiculaire et de la sonorité thoracique, râles divers, peu de souffle, encore moins d'altérations de la voix, tels sont les signes qu'on peut trouver dans les trois cas.

Quant à leur importance, ceux de la la première pneumopathie sont très-nombreux, tout à fait constants et occupent une large surface; ceux de la seconde, également constants et variés, occupent moins souvent une vaste surface et peuvent être assez limités; ceux de la troisième sont inconstants et peu étendus.

Quant à leur marche, ceux de la première catégorie présentent de grandes oscillations et paraissent assez sensibles à l'action thérapeutique; on les trouve quelquefois plus accentués le matin après un décubitus dorsal prolongé que le soir après une position verticale ou assise longtemps conservée. Ceux de la seconde peuvent parfois disparaître ou plutôt s'amender; mais, en général, une fois produits, ils ne rétrocèdent pas et s'aggravent comme la lésion avancée dont ils sont la conséquence. Enfin ceux de l'apoplexie pulmonaire résultent d'une destruction partielle et se modifient plutôt qu'ils ne disparaissent.

Quant à leur distribution, enfin, les lésions de la première catégorie occupent assez uniformément les deux côtés et principalement les bases; par suite du décubitus habituel sur le côté droit, elles sont ordinairement plus prononcées à droite. Celles de la seconde, bien que souvent bilatérales, ont d'ordinaire une prédilection manifeste pour le côté gauche, comme c'était le cas des deux malades dont nous avons pratiqué l'autopsie. Enfin celles de la troisième, dont le siège est plus difficile à déterminer, m'ont paru ordinairement centrales.

Les indications du pronostic et de la thérapeutique reposent sur les caractères que nous venons de reconnaître à chacune de ces pneumopathies.

La première, quoique plus intense et plus étendue, est d'un pronostic relativement favorable, du moins dans les premiers temps, bien qu'elle doive être à la fin la principale cause des souffrances et de la mort des malades. Nous voyons, en effet, disparaître rapidement ces congestions, même très-étendues, que produisent les insuffisances mitrales, disparaître, bien entendu, pour se montrer de nouveau plus tard, mais quelquefois beaucoup plus tard : exemple, notre n° 14 de la salle Sainte-Élisabeth, qui a été extrémisée deux fois à quinze mois de distance et vient de nous quitter une deuxième fois provisoirement guérie.

La seconde est beaucoup plus grave. Quand elle se montre dans l'insuffisance aortique et l'aortite, elle ne rétrograde guère, et quelquefois elle enlève rapidement le malade, ou du moins le malade succombe aux lésions déjà avancées qui existent simultanément et aux complications névropathiques, telles que l'angine de poitrine et la syncope, qui peuvent survenir; ainsi notre n° 9 a succombé à la pneumopathie et à l'angine de poitrine réunies.

La troisième, elle non plus, ne rétrograde guère, et cependant elle est moins forcément accompagnée de complications graves et rapidement mortelles.

Quant au traitement, il pourra être momentanément efficace dans la première pneumopathie si vous employez l'infusion de feuilles de digitale, la potion avec teinture de digitale et oxymel scillitique, le café, le lait, les oignons, les diurétiques et les purgatifs.

Les révulsifs sur la région sternale, soit des cautères volants, qui ont donné quelques résultats chez notre n° 9, soit de larges vésicatoires, comme je le constatais récemment en ville, soit encore des injections de morphine, diminuent parfois la pneumopathie par trouble vaso-moteur, mais ne l'enrayent guère.

Enfin, contre l'apoplexie pulmonaire nous n'avons pas de remède réellement efficace: relever les forces, faciliter par l'emploi de l'arsenic la circulation pulmonaire et la nutrition; essayer, si l'état général n'est pas mauvais, l'acétate de plomb qui agit sur les vaisseaux et arrête les hémorrhagies; telles sont alors les ressources extrêmement limitées que nous possédons, de sorte que le médecin, qui pendant un temps plus ou moins long combat avec succès la première pneumopathie cardiaque, lutte toujours avec plus ou moins de désavantage contre les deux autres.

DE LA TUBERCULOSE

A PROPOS D'UN CAS DE GUÉRISON DATANT DE SIX ANS.

Par le docteur A. Rivet.

Il y a trois choses à considérer dans la tuberculose : la diathèse, le processus et ses conséquences locales, et enfin la déchéance organique.

Contre la diathèse, nous ne pouvons rien dans l'état actuel de la science.

Contre le processus et ses conséquences, nous avons de nombreuses armes. Les révulsifs, la créosote, le changement de climat peuvent modifier favorablement l'état fluxionnaire et inflammatoire ainsi que les sécrétions, et déterminer un temps d'arrêt précieux.

Mais c'est sur la déchéance organique, qui précède le plus souvent et accompagne toujours la maladie, que nous avons le plus de prise. C'est elle que nous devons combattre avec le plus d'énergie, et, si la diathèse n'est pas trop profondément enracinée, nous arriverons souvent ainsi à des guérisons qui ne se démentiront pas.

Ces réflexions me sont suggérées par l'exemple d'une jeune fille que j'avais laissée en bonne voie il y a six ans, que j'avais perdue de vue, et que je viens de rencontrer en aussi bonne santé que possible.

Cette jeune fille avait alors quatorze ans. Scrofuleuse, elle por-

tait des stigmates de ganglions suppurés et avait une otorrhée rebelle. Chlorotique avec cela, et c'est à la suite de sa chlorose que s'étaient déclarés les premiers symptômes de tuberculisation au sommet du poumon droit, symptômes vulgaires d'ailleurs et dont le diagnostic avait été fait par deux médecins des hôpitaux de Paris qui l'avaient envoyée à la campagne avec un traitement: badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoires au besoin, eau de goudron et phosphate de chaux, avec hygiène appropriée.

Au bout de peu de mois, la transformation était complète, et la malade rentra à Paris, après un an de séjour à la campagne. Depuis longtemps, elle ne prenait plus que du phosphate de chaux joint à une nourriture choisie et à un exercice régulier. Je viens de la revoir, et, depuis six ans, en dehors de quelques bronchites légères, elle n'a plus toussé et se porte admirablement.

Voilà bien cinq ou six cas analogues que j'observe et que je ne cite que pour mémoire; or, que s'est-il passé?

L'affection locale n'était pas au début, car il y avait une petite caverne, et la diathèse en puissance menaçait d'évoluer rapidement, grâce au terrain très-favorable qu'elle avait rencontré.

Ce n'est donc qu'en modifiant profondément le terrain que la diathèse a pu s'arrêter.

Et, en effet, nous avons, dans la tuberculose, un individu qui digère mal, qui assimile mal et qui, en outre, se dénourrit par le fait même de la maladie, et nous ne pouvons rien contre la diathèse. Que faire alors? Réparer ce que celle-ci tend à détruire et lui donner le temps de s'user à vide pour ainsi dire, permettre, en un mot, au tuberculeux de *survivre* [à ses tubercules, selon l'heureuse expression du professeur Peter.

Mais, en dehors de l'hygiène et des moyens que nous possédons contre l'état local, avons-nous un médicament qui puisse combattre directement et avec succès cette déchéance organique?

Je répondrai oui, très-hardiment. C'est le phosphate de chaux, mais à la condition expresse de l'employer d'une certaine façon, et je suis persuadé que ceux qui n'en ont pas retiré tous les avantages qu'il est susceptible de produire l'ont mal employé.

Le phosphate de chaux n'est absorbé, en effet, qu'à l'état de dissolution, et cela ne suffit pas encore; il faut qu'il soit à l'état de dissolution chlorhydrique, et que cette dissolution s'opère à l'état naissant, sous peine d'avoir un produit trop acide et ne contenant que très-peu de sel. On a alors un médicament complexe possédant trois actions distinctes qui aboutissent au même but.

Par l'acide chlorhydrique libre qu'il contient, il agit comme eupeptique puissant, en facilitant la dissolution des principes albuminoïdes, par conséquent la digestion et la nutrition, à ce point qu'aujourd'hui les Allemands l'emploient dans la chlorose de préférence au fer.

Il agit encore par le chlorure de calcium, qui provient de la réaction de l'acide chlorhydrique. Ce sel n'est pas employé en France, et à tort. On l'apprécie énormément en Angleterre comme succédané de l'iode, et il n'a pas son action irritante.

Mais c'est surtout comme phosphate de chaux que ce médicament a une valeur considérable. C'est en effet l'agent indispensable de la nutrition, puisque c'est lui qui sert à fixer dans nos tissus les matières azotées. Or c'est là le but: refaire la matière vivante.

Et ne pourrait-on pas ajouter qu'il aide aussi par le même mécanisme à la cicatrisation des foyers tuberculeux et à la transformation crétacée?

On l'a soutenu, et cela pourrait bien être, quoique ce ne soit pas encore prouvé.

Mais ce que j'espère du moins avoir démontré, c'est l'action toute spéciale que possède cette solution chlorhydrique ou solution de chlorhydro-phosphate de chaux, comme l'a appelée, improprement peut-être, son auteur, M. Coirre. Cette action est facile à expliquer et à comprendre; elle nous fournit une ressource inappréciable, et nous serions presque coupables de l'ignorer ou de la négliger, en présence de résultats comme celui dont j'ai cité l'exemple.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 décembre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

M. Dumontpallier, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques remarques sur différents points de la communication qu'il a faite dans la dernière séance.

Ces remarques portent sur trois points:

1° Les phénomènes directs et croisés déterminés par les plaques métalliques placées sur les régions droite ou gauche du front;

2° Sur la contracture provoquée, d'ordre réflexe, cutano-musculaire;

3° Sur l'action de l'influx oculaire substituée à l'influx digital, pour répondre aux objections fondées sur la simulation des malades.

Quant aux phénomènes simultanément croisés et directs déterminés par l'application d'une plaque sur les régions droite ou gauche du front, il est permis de supposer, ce qu'il faudra démontrer ultérieurement, qu'il existe, dans la région dorso-lombaire de la moelle, une disposition spéciale dans la direction des fibres nerveuses.

Quant à la contracture provoquée par la piqûre de la peau, elle est la conséquence d'un réflexe cutano-musculaire et non la conséquence d'une action *directe* sur le muscle ou sur les nerfs, ainsi que pourrait le faire croire la dénomination surexcitabilité neuro-musculaire que l'on a donnée à l'ensemble des conditions locales qui déterminerait la contracture musculaire passagère ou durable.

Enfin, pour répondre aux objections qui s'appuieraient sur la simulation des malades et sur l'impression déterminée à la surface de la peau par l'action de la main de celui qui expérimente, M. Dumontpallier a substitué l'action du regard à l'action digitale, et il a obtenu les mêmes résultats sur la contracture musculaire.

Ces expériences ont été répétées par plusieurs personnes étrangères au service de M. Dumontpallier, entre autres par un membre de la Société.

M. Krishaber confirme le récit de M. Dumontpallier. J'ai observé, dit-il, des phénomènes identiques dans le service de M. Charcot. Relativement à l'influence de ce que M. Dumontpallier appelle le rayon oculaire, il importe de remarquer que, puisque la la main agit à une certaine distance, la figure de l'expérimentateur, à la même distance, pourrait faire ce que fait la main, et dès lors le regard ne serait pour rien dans les effets obtenus. Je sais bien que M. Baréty dit obtenir les mêmes effets en regardant ces muscles à une grande distance; mais, s'il en est ainsi, les regards de tous les assistants qui se trouvent autour du lit de la malade devraient avoir une action. Il y a là des phénomènes extraordinaires, tellement en dehors de ce qu'on est habitué à constater scientifiquement, qu'il faut se borner à enregistrer ces faits sans rien conclure, car il ne faut pas oublier que ces sortes de phénomènes ont été jusqu'ici plutôt le domaine du charlatan que du savant. C'est donc avec une grande défiance, non des expérimentateurs, mais de moi-même, que j'apporte ici mon témoignage. Il s'agit, je le répète, de choses tellement étranges, tellement incompréhensibles au premier abord, que l'on doit les énumérer avec une grande réserve. Je ferai toutefois une exception pour un phénomène aujourd'hui bien constaté, bien acquis à la science: je veux parler de la possibilité d'abolir momentanément, chez un sujet prédisposé, les fonctions de la volonté et d'y substituer sa propre volonté, au point de le faire agir tout-à-fait automatiquement. C'est là un fait très-important au double point de vue de la physiologie et de la psychologie.

M. Dumontpallier. Je montre des faits, je les constate d'une façon absolument constante; j'offre à toute personne qui vient dans mon service, de les constater par elle-même, mais je me garde bien de toute conclusion et de toute interprétation théorique.

M. Krishaber. Relativement à ce que M. Dumontpallier appelle

le centre ombilical, je ferai simplement observer qu'il faudrait que les faits fussent plus nombreux, qu'il s'agit là d'un phénomène trop vague, trop isolé surtout, pour être généralisé, qu'enfin, sur l'ensemble de tous ces faits, on ne saurait apporter trop de réserve et qu'il faudrait, pour ainsi dire, n'en parler qu'en comité secret.

De la cause de certaines monstruosités. — M. DARESTE présente un agneau monstrueux qui montre ce qu'il n'avait pu jusqu'ici constater que sur les oiseaux, à savoir, que certaines monstruosités ont pour origine la compression exercée par l'amnios sur certaines parties de l'embryon avant la formation des éléments histologiques définitifs des organes. On voit, en effet, sur cette pièce, que l'embryon a été comprimé par sa membrane d'enveloppe; les causes de cette compression sont dues aux adhérences que l'amnios a contractées avec la peau de l'embryon. Ces phénomènes se rencontrent à une époque de la vie fœtale où les éléments histologiques définitifs n'étaient pas encore constitués. C'est donc la réalisation, sur les mammifères, des faits que M. Dareste avait montrés depuis longtemps sur les oiseaux. On pourrait trouver ainsi l'explication du pied-bot congénital et d'autres difformités de même genre.

Maladie cérébro-gastrique. — M. LEVEN lit un travail dans lequel il donne la description d'un état pathologique complexe qu'il désigne sous le nom de maladie cérébro-gastrique.

M. KRISHABER. M. Leven rattache à la dyspepsie divers états désignés sous les noms d'hystéricisme, de nervosisme; ce n'est là qu'un changement de nom. Il s'agit d'un état pathologique dans lequel vous rattachez tous les phénomènes à un seul, l'état gastrique. Dans un ensemble de troubles divers, vous n'en voulez envisager qu'un seul, le trouble gastrique. Il me semble exagéré de dire que tous les troubles sensoriels, cérébraux et psychiques, se rattachent à un trouble de l'estomac. Cette théorie, d'ailleurs, n'est pas nouvelle; elle a déjà été été soutenue par Beau, qui ne voyait partout que des dyspeptiques.

M. LEVEN. Je n'ai jamais dit que tous les troubles nerveux, dans les états pathologiques dont il est question, se rattachaient à la dyspepsie. J'ai seulement voulu démontrer qu'on a créé, à tort, certains états pathologiques, tels que le nervosisme, l'hystéricisme, la névrose cérébro-cardiaque, etc., et que tous ces états se rattachent au même ensemble de symptômes. Un individu nerveux reçoit une impression, l'estomac est le premier organe qui soit troublé, et, en traitant cet organe, on ramène l'équilibre. J'ajouterai, pour me résumer, qu'on peut admettre qu'il y a deux centres principaux, le centre épigastrique et le centre cérébral. Le trouble de l'un peut entraîner le trouble de l'autre. Ce n'est pas là voir partout de la dyspepsie.

De la présence de cils vibratiles à la surface de l'ovaire. — M. DE SINÉTY a pu constater récemment un fait anatomique d'une grande importance, c'est-à-dire la présence de cellules à cils vibratiles à la surface d'un ovaire normal. La présence de ces cellules à cils vibratiles à la surface de l'ovaire normal, si elle pouvait être constatée d'une façon constante, expliquerait comment un ovule placé vers le bord interne de l'ovaire, aussi loin que possible de la trompe, pourrait arriver dans ce canal. Peut-être l'épithélium vibratile constaté sur les ovaires kystiques n'est-il que l'exagération de ce fait anotomique. M. de Sinéty appelle l'attention des histologistes sur ce fait, d'autant plus qu'il se trouve en contradiction avec ce qui a été admis jusqu'ici sur la structure de l'ovaire.

M. MATHIAS DUVAL rappelle avoir énoncé l'idée que les choses devaient être ainsi chez la femme, bien qu'elle n'ait pu être constatée histologiquement jusqu'ici que sur les animaux inférieurs. En effet, le transport intra-abdominal des ovules par les cils vibratiles est aujourd'hui un fait démontré chez les animaux inférieurs.

M. BUDIN est convaincu que les recherches ultérieures confirmeront l'opinion énoncée par M. de Sinéty.

M. MATHIAS DUVAL. Il pourrait se faire qu'il n'y eût pas de cils vibratiles aux époques intermenstruelles. C'est là une question dont il faudra tenir compte dans les recherches ultérieures.

Tumeur vermineuse de l'aorte. — M. MÉGNIN présente une pièce pathologique portant une lésion bien rare, car elle n'a encore été vue que par Morgagni au siècle dernier: c'est l'aorte postérieure d'un chien couverte d'une foule de petites tumeurs et d'une plus grosse, du volume d'une noix, laquelle s'est rupturée et a amené une hémorrhagie mortelle.

Cette tumeur est une véritable poche anévrysmale communiquant avec le vaisseau par un petit pertuis de 3 à 4 millimètres de diamètre, remplie d'un magma fibrineux rouge dans lequel sont enroulés plusieurs vers. Ces vers sont des spiroptères de l'espèce *spiroptera sanguinolenta* qu'on avait encore rencontrée dans les tumeurs de l'œsophage du chien dont elle provoque la formation.

Rayer, qui a très-bien étudié ces tumeurs de l'œsophage et leur ver, a ouvert plus de trois cents chiens sans jamais rencontrer de tumeurs vermineuses de l'aorte. Il les cherchait pour s'assurer si ces tumeurs étaient réellement des anévrysmes, ce dont il doutait, et pour voir si le ver qui les cause est le même que celui des tumeurs de l'œsophage.

La pièce présentée éclaircit complètement ces deux points.

Phénomènes oculo-pupillaires dans l'attaque hystéro-épileptique. — M. FÉRÉ. Chez une hystérique cataleptisable, si on lui dit, pendant son sommeil cataleptique, de regarder au loin, on voit ses pupilles se dilater; on les voit se contracter, au contraire, quand on lui dit de fixer un objet fictif rapproché. Ce fait prouve qu'il n'y a pas de simulation. On sait que chez ces hystériques les hallucinations persistent après l'état cataleptique provoqué; si on met un prisme devant leurs yeux, elles voient double l'objet qu'elles voyaient simple dans leur hallucination. Ces moyens permettent de se mettre à l'abri des supercheries.

Douleur ovarienne dans l'hystéro-épilepsie. — M. FÉRÉ. On s'est souvent demandé si la douleur ovarienne des hystériques avait réellement pour siège l'ovaire ou tout autre point de la région ovarienne. Nous avons pu constater chez deux hystériques devenues enceintes que les points douloureux se sont élevés pendant la grossesse. Après l'accouchement, les points douloureux sont revenus à leur siège habituel. Pendant le sommeil hypnotique provoqué, en touchant le point ovarien, on les réveille. Ces faits semblent démontrer que c'est bien l'ovaire qni est le siège de la douleur dite ovarienne.

M. LE PRÉSIDENT informe ses collègues que M. le ministre de l'instruction publique vient d'allouer à la Société une somme de 2,000 francs.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 décembre 1881, ont été promus dans le corps de santé militaire:

Au grade de médecin principal de première classe: M. Vallin;

Au grade de médecin principal de deuxième classe: MM. Kelsch et Jacob;

Au grade de médecin-major de première classe: MM. Sorel, Deville, Delmas, Labrevoit, Accolas, Perret et Richard;

Au grade de pharmacien-major de première classe: MM. Kuss, Moullade et Catenac.

— Jeudi dernier, 15 décembre 1881, la commission prévue par l'article 12 du décret du 16 mars 1880, portant règlement d'administration publique pour les élections au Conseil supérieur de l'instruction publique, s'est réunie au ministère de l'instruction publique sous la présidence de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris.

Elle a procédé au dépouillement ainsi qu'au recensement des

votes des scrutins qui ont eu lieu pour l'élection d'un représentant des Facultés de médecine et pour l'élection d'un représentant des Facultés des sciences. Ce double scrutin a donné les résultats suivants :

Facultés de médecine. — Électeurs inscrits, 230; votants, 181.— Majorité absolue, 91.

Ont obtenu : M. Béclard (élu) 98 voix ; M. Chauveau, 13 voix ; M. Lacassagne, 11 voix ; divers, bulletins nuls, 59 voix.

Facultés des sciences. — Électeurs inscrits, 153 ; votants, 137. — Majorité absolue, 69.

Ont obtenu : M. Lacaze-Duthiers (élu), 71 voix ; M. Wurtz, 54 voix ; divers, 12 voix.

— *Concours de l'externat.* — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé vendredi matin par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. MM. Moussous, Combarieu, Guilliet, Rousseau, Gaume, Dubreuilh, Bernard, Gay, Léon, Largeau.

11. MM. Denucé, Juranville, Nolat, Rieffel, Archambault, Moulonguet, Gioux, Cazals, Secrétan, Vignalon.

21. MM. Hillemand, Louis, Wilbian, Blanche, Boiffin, Lacaille, Clado, Mauxion, Fournier, Mouls.

31. MM. Levasseur, Blanchard, Lévy, Pozzi, Couzette, Guinion, Brunon, Wins, Léonardon-Lapervanche, Récamier.

41. MM. Chopard, Heulz, Couclet, Jonesco, Lepléchey, Tardif, Bonnet (Stéphane), Bezançon, Dubief, Pommé.

51. MM. Castri, Martin, Rebité, Quéhéry, Turquet, Barbet, Boucher, Dhautel, Potherat, Sadoc.

61. MM. Jouliard, Schachmann, Souplet, Louques, Bouquet (Charles), Lefebvre, Rolland, Leroy, Vilpelle, Ballue.

71. MM. Petrescon, Leclercq, Roulland, Renard, Basset, Rivet, Dubourg, Lyot, Mavel, Legendre (Paul-Ernest).

81. MM. Broussolle. Peugniez, Villemin, Cahen, Hollenfeltz, Crouslé, Fourrier, Mortringhem, Dezille, Delainne.

91. MM. Cohen, Ármirail, Matienzo, Schrœder, Weill, Barrère, Régnier, Laroussinie, Gagnon, François.

101. MM. Pouillaude, Fauvel, Barthe, Chevalier, Pigelet, Bonnet (Jean-Baptiste), Hervé de Lavaur, Sciaky, Rouillard, Vilcoq.

111. MM. Lapasset, de Malherbe, Gommier, Baron, Guerrier, Lecorney, Dupaquier, Massingue, Pardo de Tavera, Beluze.

121. MM. Sombret, Châtelet, Wertheimer, Colin, Sabatier, Riondé, Hautecœur, Bonfils, Loudet, Boudet.

131. MM. Jondeau, Coursier, Conscience, Valette, Galtier-Boissière, Aubert, Bourgougnon, Gonzalvi, Luquet, Da Costa Leida.

141. MM. Maréchal, Boyer, Dubarry, Vrain, Caussade, Brochand, Filhioud-Lavergne, Fernandez de Amontera, Despaigne, Müller.

151. MM. Doit, Helme, Franck, Marty, Rovillier, Chavanne, Baudouin, Wateau, Baradot, Magnier.

161. MM. Andrieu, Schoofs, Caravias, Jollet, Sainte-Marie, Durup, Péraire, Debaris, Saint-Martin, Lavaur.

171. MM. Pissot, Bouquet (Henri), Espaignet, Barzélay, Geoffroy, Conil, Arragon, Branthomme, Deschamps.

181. MM. Vrodot, Thévenot, Maritoux, Larroque, Baratier, Artzouny, Macry, Julien, Durand, Gallois.

191. MM. Gaudry, Colantry, Perchaux, Vignerot, Saric, Khokloff, Mouzon, Joffrion et Boullant.

— *Internat en médecine des asiles d'aliénés.* — A la suite d'un brillant concours, les élèves dont les noms suivent ont été nommés dans les asiles d'aliénés du département de la Seine :

Internes titulaires. — 1. M. Heulz ; 2. M. Vitault ; 3. M. Béraud ; 4. M. Boucher.

Internes provisoires. — 1. M. Gaudry ; 2. M. Poumeau ; 3. M. Manière.

Les candidats étaient, cette année, au nombre de vingt et un.

Les questions qui ont été données sont : A, épreuve écrite : nerf spinal, anatomie et physiologie ; B, épreuve orale : 1° signes et diagnostic de la pleurésie ; signes et diagnostic de la fracture de l'extrémité inférieure du radius ; 2° la rougeole ; fracture de la rotule.

Le jury se composait de MM. Bigot, Bourneville, Dagonnet, Danlos, Polaillon, Auguste Voisin et Espiaud de la Maëstre.

Internat en pharmacie des asiles d'aliénés. — Le concours de l'internat en pharmacie des asiles d'aliénés du département de la Seine vient aussi de se terminer par la nomination de MM. Thabuis, Gras, Delaye et Trabuc, classés ainsi par ordre de mérite. Le nombre des candidats était de huit seulement.

— MM. les médecins du 19e arrondissement de Paris sont informés que, le lundi 26 décembre 1881, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domile. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— On parle de la suppression des trois écoles de médecine navale instituées à Brest, Rochefort et Toulon. Les médecins de la marine se recruteraient alors parmi les docteurs en médecine, comme les médecins de l'armée de terre, et iraient faire un stage dans une des écoles d'application et de perfectionnement dont on projette la création.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur Polasson est nommé chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu.

— *Épidémies.* — Sur l'avis du Conseil supérieur de santé, le gouvernement espagnol a résolu de maintenir jusqu'à nouvel ordre une sévère quarantaine pour toutes les provenances de la mer Rouge, de l'Égypte et du Maroc.

Le ministre du commerce et des colonies a reçu par Lisbonne la dépêche suivante à la date du 17 décembre 1881 :

« L'état sanitaire (du Sénégal) continue à s'améliorer. Dakar et Saint-Louis sont en libre pratique. — La situation à Ruffisque est la même, mais Gorée a encore eu deux décès le 2 décembre, ce qui reporte au 25 décembre la levée de la quarantaine. — Le *Tarn* fera route ce soir pour France. Il emporte trois cents convalescents, dont quinze Marocains.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Huet, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'un cours complémentaire de zoologie et de physiologie.

— *École de pharmacie.* — M. André-Pontier, pharmacien de première classe, est nommé préparateur de toxicologie et de micrographie en remplacement de M. Schmidt, démissionnaire.

— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 29 juin 1882 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— M. le docteur Cuffer, médecin des hôpitaux, commencera, le mercredi 21 décembre 1881, à cinq heures, un cours de pathologie médicale dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Hanot, médecin des hôpitaux, a commencé, le lundi 19 décembre 1881, à cinq heures du soir, un cours de pathologie médicale dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique et le continuera les lundis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelle Géographie universelle, par Élisée Reclus. 1 vol. in-8° jésus. — Prix, broché : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Histoire des Romains, par Victor Duruy. 1 vol. in-8° jésus. — Prix, broché : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

La Bulgarie danubienne et le Balkan, par Kanitz. 1 vol in-8° jésus. — Prix, broché : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Comment j'ai traversé l'Afrique, par le major Serpa PINTO. 2 vol. in-8° raisin. — Prix : 20 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Le Monde physique, par Amédée GUILLEMIN. 1 vol. in-8° jésus. — Prix : 20 francs. — Paris, Hachette et Cie.

L'Écorce terrestre, par Mme Stanislas MEUNIER. 1 vol. in-16. — Prix, broché : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

Le Sel, par E. LEFEBVRE. 1 vol. in-16. — Prix broché : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

Les Moteurs anciens et modernes, par H. DE GRAFFIGNY. 1 vol. In-16. — Prix, broché : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

Les Sièges célèbres, par Maxime PETIT. 1 vol In-16. — Prix, broché : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

Cent Récits d'histoire de France contemporaine, par M. DUCOUDRAY. 1 vol. In-16. — Paris, Hachette et Cie.

Agenda médical pour 1882, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur TROUSSEAU, le docteur Constantin PAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de VALCOURT. — *Plus, un calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; *les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France, les écoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc. ; format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 318 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise : 2 francs ; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; n° 3 et petite trousse en soie, 5 fr. ; n° 4, en maroquin, 7 francs ; n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12109.

N° 147. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 22 DÉCEMBRE 1881. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil n'a pas voulu laisser le dernier mot à ses contradicteurs; il a tenu à faire une nouvelle réplique, après laquelle la discussion ne devra reprendre que dans un an.

L'Académie avait à nommer son vice-président pour l'année prochaine; cette fois le bureau n'avait pas annoncé de candidature officielle, M. Hardy et M. Fauvel s'étant mis tous deux sur les rangs et le choix étant difficile entre deux personnalités si méritantes et si sympathiques.

Pourtant M. Hardy était le plus ancien; et c'est lui qui l'a emporté, de six voix, sur M. Fauvel.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les Hypochondriaques.

LEURS PRÉOCCUPATIONS, LEURS CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET LEURS ACTES INSOLITES OU CRIMINELS (1).

III

La conception délirante la plus cruelle qui puisse s'emparer d'un hypochondriaque, c'est la crainte d'être empoisonné. A partir du moment où le malade a des doutes sur la qualité de ses aliments et sur la manière dont ils sont préparés, il n'y a plus pour lui ni repos ni trêve. Préoccupé sans cesse de la question de savoir s'il peut manger des plats qu'on lui sert; épiant dans la cuisine les moindres actes de la préparation des mets; examinant avec une sollicitude inquiète le beurre, la graisse, le lait, la farine, le sel ou le vinaigre; allant puiser l'eau lui-même à la fontaine; se méfiant du vin qui se trouve dans sa cave et allant en acheter en détail; ne prenant d'un aliment qu'après qu'une autre personne en a déjà mangé; refusant tout ce qu'on lui sert et ne goûtant qu'à ce qu'on ne lui a pas présenté; se rendant au marché et allant faire ses emplettes; n'achetant pas les mêmes denrées, autant que possible, et changeant sans cesse de fournisseurs; ayant des soupçons sur « les ingrédients que le boulanger a mis dans son pain »; il en arrive à s'enfermer dans sa cuisine, à faire cuire ses aliments et à les consommer sur place.

D'autres fois, il renoncera à manger chez lui et ira de restaurant en restaurant, dans les quartiers où il supposera n'être point connu. Qu'il souffre un jour de l'estomac, qu'il ait des coliques, un vomissement ou de la diarrhée, et il ne doutera plus : on l'a empoisonné. Il se rendra chez le traiteur qui lui aura servi à dîner la veille; il l'invectivera, le menacera, le frappera, au besoin; ou il le dénoncera chez le commissaire de police du quartier, s'il ne dépose pas contre lui une plainte au parquet.

Si le toxicophobe est un homme lettré, il achète des ouvrages de chimie et des traités sur la recherche des poisons. L'étude des agents vénéneux le captive, et il donne toute son attention aux moyens rapides de centraliser une substance nuisible. S'il est tout-à-fait étranger aux choses de la science, il porte ses aliments ou ses déjections chez le pharmacien, et le somme de lui dire quel est le poison qui s'y trouve contenu. Bourrelé de soucis, à bout d'émotions, il finit par céder la place aux empoisonneurs, et par abandonner, tout anxieux, son pays, son foyer, sa famille. Il fuit, prend pension n'importe où, et commence cette vie cosmopolite et agitée qui finira un jour ou l'autre par un crime sur autrui ou sur lui-même.

Selon qu'on l'empoisonne dans ses aliments ou ses boissons, ce qui est le cas le plus fréquent, ou selon qu'on l'empoisonne par des odeurs malsaines, des « gaz asphyxiants, des miasmes putréfiés, des effluves toxiques, des poudres invisibles, des vapeurs pestilentielles ou des atmosphères chimiques impondérables », il ne reste jamais à court d'explications et se montre souvent très-ingénieux pour parer aux effets funestes des manœuvres attentatoires qu'il subit. Il démontre invariablement, par exemple, que les corps gazeux pénètrent par le plafond, par le parquet, par-dessous la porte ou par le trou de la serrure, et c'est ce qui explique pourquoi il bouche si hermétiquement toutes les issues, alors que cependant il couche la fenêtre ouverte.

En arrivant chaque soir dans un hôtel, un voyageur de commerce demandait toujours une chambre sans cheminée, et, lorsqu'il ne s'en trouvait pas de libres, il couchait dans un cabinet. « C'est dans la cheminée que l'on venait comméрer, et c'est par la cheminée que passaient à son intention certaines vapeurs de carbone. »

Rien ne peut exactement dépeindre la vie misérable que traîne le toxicophobe. Il prend tous les travestissements et

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 décembre 1881.

use de tous les expédients pour se procurer des aliments salubres. En somme, il se nourrit très-incomplètement et dépérit d'une manière notable. La soif surtout s'impose à lui, et l'eau de la fontaine publique ou d'une source en pleine campagne lui inspire seule quelque confiance. Dans les services d'aliénés, on est souvent obligé de recourir vis-à-vis de ces malades à l'alimentation forcée, c'est-à-dire à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Il y a onze ou douze ans, j'ai eu à examiner un sieur P..., ex-commis, âgé de trente-six ans, fils d'un régicide qui porta sa tête sur l'échafaud et frère d'une aliénée de la Salpêtrière. Au moment de son arrestation, on avait trouvé sur lui une somme de 3,000 francs, un revolver chargé et à six coups, quelques papiers et des pommes. Il avait des craintes d'empoisonnement. Voici comment il m'expliqua la possession de ses pommes : « Dès le matin, lorsqu'il n'y avait encore personne en chair et en os dans la rue, j'avais acheté douze pommes à une marchande des quatre saisons. Je les avais moi-même choisies, tout en regardant ce qui se passait autour de la petite voiture ; je les avais mises dans ma poche et j'étais allé en manger quelques-unes dans une allée obscure, car je mourais de faim, n'ayant pas dîné la veille, puis je continuai mon chemin. »

Ce malade, qui avait intenté plusieurs procès à des crémiers et à des restaurateurs, prétendait que l'on avait souvent mis dans ses aliments et dans sa boisson des substances chimiques l'ayant empêché de penser. A l'en croire, on avait introduit du nitrate d'argent dans son pain, ce qui lui avait donné une sensation de vide dans la tête et une grande difficulté pour rassembler ses idées. On l'avait aussi empoisonné avec du nénuphar. « Cette plante, disait-il, porte son action sur la masse cérébrale et sur les organes génitaux. La dose que l'on m'a fait prendre m'a fait ressentir comme des piqûres dans la tête. »

Un jour, en vertu d'une ordonnance de référé, j'ai été envoyé d'urgence dans une maison de santé, à l'effet de me livrer à l'examen le plus minutieux des facultés mentales de M. le docteur ***, retenu comme aliéné déjà depuis longtemps et frappé d'interdiction, et qui, par le fait du décès récent de sa mère, âgée de quatre-vingt-douze ans, venait d'être appelé à hériter d'un peu plus d'un million. Le docteur *** avait à cette époque soixante et un ans. Il vivait séparé de sa femme, et, avant de tomber malade, il avait dû lui-même faire interdire son fils. Le fils désirait être relevé de son interdiction, afin d'intenter un procès au tuteur de son père ! En entrant dans la cour de la maison, le docteur *** vint à moi et me confia ses chagrins. « Faites-moi sortir d'ici, me dit-il, je suis dans une maison d'empoisonneurs. Il y a ici un chef de cuisine que je surveille ; figurez-vous que je l'ai vu préparer pour moi deux œufs sur le plat, et savez-vous de quel beurre il s'est servi ? de savon noir. » Le docteur *** était très-maigre, n'avait pas mangé depuis quarante-huit heures, et il me prévint qu'on l'avait menacé pour le soir de l'emploi de la sonde œsophagienne. Or, ce malade, affecté d'hypochondrie, de toxicophobie, d'hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat, était resté intelligent et causait très-savamment des choses de la médecine. Toutefois la vie du chef de cuisine de la maison de santé était bien exposée !

Je tiens à vous démontrer que mes dernières paroles ne sont empreintes d'aucune exagération, et, sans plus tarder, je vais vous résumer aussi brièvement que possible une observation clinique et médico-légale, qui, à elle seule, constitue tout un enseignement. Elle m'a assez frappé pour qu'elle vous frappe aussi.

Le 12 avril 1867, L..., ancien cuisinier, âgé de soixante-huit ans, entre dans mon service à Bicêtre, par suite d'un arrêt de non-lieu de la chambre des mises en accusation de la Cour de Paris. Cet homme déclare qu'il est enfant naturel, qu'il est sans famille, qu'il a eu, dans son jeune âge, une fièvre cérébrale, et qu'il a aujourd'hui un « affaiblissement dans la tête ». Il est calme et cherche à se soustraire à des souvenirs poignants et terribles.

Depuis longtemps L... passait, dans le département de Seine-et-Marne, pour un homme inquiet, bizarre, fantasque, versatile, irascible et méchant. Il avait toujours peur d'être empoisonné, changeait de logement à chaque instant, ne touchait jamais aux aliments sans que d'autres en eussent mangé avant lui, se barricadait dans sa chambre, couchait la fenêtre ouverte, même au mois de décembre, et ne s'endormait d'ordinaire qu'après avoir placé sous son oreiller un grand couteau de cuisine.

L... était très-lié avec le sieur M..., maître d'hôtel du *Grand Monarque*, à Melun. Il demeurait chez lui, avait vécu à sa table, puis avait préféré ensuite manger avec les domestiques de la maison. Tous les jours, les deux amis causaient ensemble, et le 9 septembre 1866, à sept heures du matin, alors qu'ils se trouvaient dans la cuisine de l'hôtel, on entendit M... dire en plaisantant à L... : « Pourquoi regardez-vous donc le lait ? Vous serez donc toujours le même, vous ne changerez donc pas ? » A peine avait-il achevé ces mots que les cris : « A moi ! au secours ! » se firent entendre, et M... tomba assassiné. Les gens de service accoururent et virent sortir L... qui, armé d'un grand couteau, essayait de se couper la gorge et ne parvenait qu'à se faire des blessures peu sérieuses.

L... fut aussitôt arrêté, pansé, interrogé et confronté avec sa victime. Il avoua qu'il était l'auteur du crime, que M... était un misérable, que l'hôtel du *Grand Monarque* était devenu le rendez-vous de « toute la clique », que son ancien ami avait voulu plusieurs fois l'empoisonner, qu'il s'en était vengé, mais que son action méritait une punition, attendu que l'on n'avait pas le droit de se rendre justice soi-même.

Pendant son séjour à Bicêtre, L... fut l'objet d'une active surveillance. Je le trouvai constamment triste, abattu, indifférent, apathique, regrettant à peine l'atrocité de son crime et ne s'apitoyant aucunement sur le sort de la veuve et des enfants de M... Toujours seul, ne parlant à personne, il se plaint, se lamente, se désespère, et, à la visite, il accuse des douleurs dans la tête, dans la poitrine, au cœur, à l'estomac et dans les jambes. « Il a les entrailles paralysées. » On ne lui donne pas de bons aliments, le pain est mal cuit, il veut de la viande rôtie deux fois par jour et un peu plus de vin, il a le plus mauvais lit de l'hospice, il tient à changer de cellule et de quartier. Le service est mal fait et confié à des « grigoux ».

Pendant le mois de mai 1867, L... geint, mâchonne et fait grincer ses dents à la manière des paralysés généraux, puis de temps en temps il demande où en est son affaire, ce qu'il va devenir, et pourquoi il se trouve au milieu de « gens qui n'ont pas leur raison ». Il mange beaucoup, mais il maigrit et se ride ; sa face s'altère, et son regard exprime à la fois l'anxiété, le désespoir, la méchanceté et la terreur.

Le 7 juin, à cinq heures du matin, le malade est trouvé pendu dans sa cellule. Ses genoux sont pliés, les pieds tou-

chent la terre, le cadavre est froid, la mort remonte à plusieurs heures.

Le suicide de L... n'a été que la confirmation ultime de son délire : ce n'est pas le criminel qui s'est fait justice lui-même, c'est l'aliéné persécuté, hypochondriaque et toxicophobe, qui a voulu mettre un terme à ses tortures morales. La mort volontaire n'a point eu la soudaineté d'un acte impulsif, mais elle a été l'expression dernière d'un état pathologique parvenu à son paroxysme.

L'hypochondrie, vous le savez, n'exclut pas le suicide. Sans doute, l'hypochondriaque, qui a peur de la mort, ne va point au-devant d'elle ; mais l'hypochondriaque, qui a peur de la douleur, attente à sa vie pour ne plus souffrir. Il y a donc une nuance à établir entre l'hypochondriaque de la douleur et l'hypochondriaque de la mort.

Le crime est si bien une conséquence assez commune de l'état mental des hypochondriaques, que je me souviens très-nettement d'un sieur L..., qui avait frappé sa maîtresse d'un coup de couteau, parce qu'elle s'entendait « avec le charcutier d'en face » pour l'empoisonner. Voici la note bien caractéristique que j'avais prise sur lui à Bicêtre : « L... s'étonne de la malveillance qu'il rencontre ; de mauvaises odeurs le poursuivent, il en est *empesté*. Pendant la nuit, on lui chatouille la barbe, on lui arrache des cheveux, on agit sur ses dents, on affaiblit sa vue. Ses bras n'ont plus de force, ses jambes ne peuvent plus le soutenir ; on le prive de sommeil ; on le narcotise ; on lui neutralise ses facultés génératrices ; on empoisonne ses aliments ; on lui brûle l'estomac ; on le torture sous toutes les formes ; on lui a donné un lavement avec du vitriol ; on mêle des excréments à ses aliments ; on lui modifie la physionomie ; on le provoque à des actes obscènes, etc. » Dans mon ouvrage sur le *Délire des persécutions*, j'ai rapporté des observations analogues et très-concluantes. Je n'insiste donc pas sur ce point.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE (1)

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

III

Obs. IX. — Ernest R..., deux ans, m'est adressé le 9 mars 1879 par le docteur Ed. Bœckel, pour une arthrite suppurée du genou. Je fais une première ponction avec l'appareil de Potain et retire 100 grammes de pus épais, grumeleux.

Le 13. Le liquide s'est reproduit : le genou est volumineux, chaud au toucher, la peau qui le recouvre est rougeâtre. Il existe une fusée jusque vers le milieu de la cuisse. Nouvelle ponction avec un trocart ordinaire donnant issue à 250 grammes de pus épais comme la première fois. Lavage phéniqué avec la solution faible. Pansement de Lister : le soir, le petit opéré est pris de subdélirium, sa température est de 39°,8 ; elle reste élevée les jours suivants. L'état général est grave, aussi je conseille aux parents du petit R... de le faire admettre à la maison de santé des diaconesses pour lui pratiquer l'arthrotomie.

L'opération est exécutée le 19 mars. Chloroformisation. Précautions antiseptiques : incision de 4 centimètres à la jonction du tiers inférieur avec le tiers moyen de la cuisse. Deux incisions de 3 centimètres de chaque côté de l'article. Le pus écoulé, je constate en passant le doigt sous la rotule que les os sont intacts. Désinfection avec chlorure de zinc (solution 1/10e) comme je l'ai indiqué plus haut ; puis grand lavage avec la solution faible. Trois bouts de tubes sont insérés dans les plaies. Pas de sutures. Pansement antiseptique. Attelle postérieure en bois.

L'indocilité du malade fut telle qu'on ne put prendre sa température. Mais, dès le deuxième jour, l'état général s'était amélioré ; on fit un pansement tous les deux jours, le petit opéré ne le laissant pas en place. Malgré cela, il ne survint pas de suppuration. Dès le dixième jour, on retira les trois drains et on supprima le Lister pour le remplacer par un pansement avec du coton salicylé. Le 30 (onzième jour), on renvoya le petit malade, qui ne fut plus pansé que deux fois, le 2 et le 6 avril.

Le 8. La cicatrisation était définitive, les mouvements parfaitement conservés.

Le 10. Le petit R... courait dans la chambre, rien ne pouvant faire soupçonner qu'il avait subi une opération de cette nature.

Les *abcès périarticulaires*, qui ne sont le plus souvent qu'une des manifestations de l'arthrite fongueuse proprement dite, sont également susceptibles d'être traités avec avantage par l'incision antiseptique. On sait la crainte qu'inspirait jadis aux chirurgiens l'ouverture de semblables foyers, qui étaient considérés comme de véritables *noli me tangere*. C'est à juste titre qu'on redoutait d'y plonger le bistouri, quand bien même leur communication directe avec l'article n'était pas démontrée. Aujourd'hui, grâce au Lister, il faut les ouvrir de bonne heure, pour mettre l'articulation à l'abri des dégâts que la suppuration ne manquerait pas d'y provoquer. Dans certains cas, la guérison se fait d'une manière surprenante : la conservation des mouvements est la règle.

J'ai traité deux jeunes filles atteintes de semblables lésions ; bien que le pansement de Lister n'eût pas été employé dans toute sa rigueur, — l'une d'elles avait été opérée à la campagne, l'autre en ville, — le résultat a été des plus satisfaisants.

Obs. X. — *Synovite fongueuse suppurée du cul-de-sac sous-tricipital du genou. Incision et drainage. Pansement antiseptique modifié. Guérison en quatre semaines avec conservation des mouvements.* — Mlle Marie N..., quinze ans, vient me consulter le 3 janvier 1880 pour une affection du genou, datant de plusieurs mois et survenue sans traumatisme antérieur. C'est une jeune fille pâle, cachectique, portant un chapelet ganglionnaire au cou. Le genou est doublé de volume ; au niveau du cul-de-sac supérieur, la peau est rouge, tendue. La fluctuation est manifeste ; la rotule est légèrement soulevée par un épanchement intra-articulaire. Le liquide qui occupe le prolongement synovial ne semble pas remplir l'article proprement dit ; la fluctuation ne se propage pas directement de l'un à l'autre.

Le 6 janvier, je pratique deux incisions de 4 centimètres sur les bords de l'abcès ; l'extrémité inférieure des plaies se trouve située au niveau du bord supérieur de la rotule, à deux travers de doigt en dehors de cet os. Écoulement d'un pus sanieux, mince, mêlé à des fongosités. Évidement de la poche avec la cuiller tranchante. Désinfection avec chlorure de zinc (solution 1/10e). Lavage phéniqué. Drainage de part en part. Pas de réunion. Pansement avec mousseline phéniquée préparée extemporanément. Ouate ordinaire. Le tout maintenu par une bande de toile. Le spray n'a pas fonctionné.

Le 7, premier pansement. — Absence de pus ; sérosité sanguinolente abondante nécessitant un pansement quotidien pendant près de huit jours. Apyrexie complète.

Le 12. On remplace le drain par deux bouts de tubes courts. Pas de pus.

Le 18. Suppression des drains ; les plaies granulent bien.

Le 1er février. La cicatrisation est définitive. Les mouvements de flexion et d'extension sont aussi étendus que possible.

La jeune opérée quitte le domicile de sa tante où avait eu lieu l'intervention, le 4 février.

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 décembre 1881.

Dans le courant du mois d'août, elle se présente à ma consultation pour une adénite suppurée du cou, que je traite encore actuellement par des pansements à l'iodoforme. Du côté du genou, il n'est pas survenu le moindre accident; les mouvements sont aussi libres qu'il y a six mois.

OBS. XI. — *Synovite fongueuse suppurée du cul-de-sac du triceps fémoral, consécutive à une hydarthrose rebelle. Incision et drainage. Pansement phéniqué. Guérison lente. Conservation intégrale des mouvements.* — Mlle M... (de Brumath), vingt et un ans, vient me consulter dans le courant d'avril de l'année 1878 pour une hydarthrose du genou consécutive à une chute, et datant de quelques semaines. C'est une grande et belle jeune fille, n'accusant aucun antécédent héréditaire ni morbide. J'institue le traitement suivant: douze ventouses scarifiées au pourtour de l'article en trois séances. Repos au lit. Compression. Au bout d'une dizaine de jours, je revois ma cliente: l'épanchement n'a guère diminué. On prescrit une série de vésicatoires. Tous ces moyens échouent.

Dans le courant de juillet, je conseille à Mlle M... de se faire appliquer par son médecin un appareil silicaté. Au bout de deux mois, une amélioration sensible s'en étant suivie, je perdis ma cliente de vue jusqu'en mars 1879. A cette époque, elle vit se former à la partie supérieure du genou une tumeur molle, fluctuante, excessivement douloureuse, empêchant la marche. Trois semaines après la peau de la région était devenue rouge; la malade, considérablement affaiblie par la fièvre et les souffrances, était presque méconnaissable. Il s'agissait d'intervenir sans délai. L'articulation paraissait saine; un épanchement de pus occupait le cul-de-sac sous-tricipital; la communication n'existait pas entre ce foyer et la jointure, le cul-de-sac s'étant sans doute oblitéré à la suite de l'hydarthrose dont la malade avait été atteinte. Une première incision avait été faite par mon excellent confrère et ami le docteur Vosselmann. Les accidents ne s'étant pas amendés, de nouvelles incisions devenaient nécessaires.

Vers le 16 avril, nous pratiquons l'opération, au domicile de la malade. Deux incisions de 6 à 8 centimètres sont faites sur les côtés du genou, au niveau du bord supérieur de la rotule. Écoulement d'un pus sanieux, ichoreux, contenant des masses fongueuses. Évidement du cul-de-sac avec la cuiller tranchante. Désinfection avec la solution forte. Pas de réunion. Drainage de part en part. Pansement phéniqué simple. Pas d'appareil inamovible.

Je revis l'opérée au bout de quinze jours; la suppuration avait été modérée pendant cette première période, mais néanmoins on avait dû faire un pansement quotidien. Enlèvement du tube, qu'on remplace par un tube plus fin. État général excellent. Les suites de l'opération furent des plus simples; j'abandonnai le traitement à mon confrère et ne vis plus la malade que deux ou trois fois. Le tube resta en place pendant plusieurs mois, la suppuration étant toujours passablement abondante. Nul doute qu'avec un pansement de Lister régulier la guérison eût été très-rapide. Bref, dans le courant de l'hiver 1879, Mlle M... se servait de son membre comme par le passé. Tous les mouvements étaient libres et amples. La guérison s'est parfaitement maintenue depuis lors (novembre 1881).

Les *suppurations intra-articulaires*, accompagnant les tumeurs blanches, sont également favorablement influencées par l'arthrotomie précoce. Alors même qu'il existe des altérations osseuses, on obtient des succès inespérés; mais il faut que les dégâts du côté des os soient limités et n'intéressent qu'un condyle ou une extrémité articulaire. Chez les enfants et les jeunes sujets, la guérison est pour ainsi dire la règle, à la condition bien entendu d'enlever toutes les parties malades avec la gouge, d'exciser les fongosités ou de pratiquer l'abrasion des cartilages comme l'a préconisé Létiévant. Chez les adultes, il est rare que ce mode de traitement aboutisse. Le plus souvent on est obligé d'en venir à la résection; mais l'arthrotomie n'en a pas moins son utilité. Elle sert d'exploration et permet, dans certains cas désespérés, de reculer le moment d'une intervention plus active et attendre que les forces du patient se soient relevées et que son état général se soit amélioré. L'écoulement du pus, après le débridement antiseptique, fait en effet tomber la fièvre très-rapidement et place l'opéré dans des conditions telles que la résection plus ou moins tardive est encore possible avec de grandes chances de succès.

Je ne suis pas en mesure de relater ici l'histoire de tous les petits scrofuleux auxquels j'ai pratiqué l'*arthrotomie préventive* ou *exploratrice*; leur nombre est considérable; quand bien même plusieurs d'entre eux ont dû subir ultérieurement la résection, je puis dire que chez aucun d'eux je n'ai vu surgir de complication tenant à l'incision précoce. Par contre, je ne saurais passer sous silence l'observation suivante, tant elle me paraît instructive. Elle démontre clairement que, même chez l'adulte, le débridement préventif d'une grande articulation jouit d'une innocuité remarquable.

OBS. XII. — *Abcès froids multiples. Débridement. Abcès périarticulaire de la région scapulo-humérale, communiquant largement avec l'article, atteinte de tumeur blanche. Symptômes fébriles graves. Arthrotomie préventive. La fièvre tombe. Résection tardive de l'épaule. Guérison en trois semaines sous le Lister (maintenue jusqu'à ce jour).* — Le sieur Jacques D..., cinquante-sept ans, plâtrier, entre le 28 mai dernier au n° 17 de la salle 103, où je faisais une suppléance. Il est affecté d'un énorme abcès froid de la partie postérieure de la cuisse droite. C'est un homme passablement maigre, scrofuleux, portant sur le côté gauche du thorax une fistule provenant d'un ancien abcès froid. Il y a quatre mois, un nouvel abcès fut incisé dans le creux poplité gauche. Deux mois après, la cuisse droite se tuméfia à son tour; une collection occupant toute la région postérieure du membre se forma; elle s'étend actuellement du creux poplité à la région fessière.

Le 30 mai. On pratique l'ouverture antiseptique de cet abcès; il s'en écoule plus d'un litre de pus épais. Drainage. Lister.

Le 1er juin. TM. 38°,3; TS. 38°,9; suppuration abondante. L'urine présente une coloration olivâtre, indice d'une intoxication phéniquée. On fait des lavages avec une solution d'hyposulfite sodique.

Le 2. TM, 38°; TS. 38°,9. Urines vertes foncées. Vomissements. On prescrit du sulfate de soude à l'intérieur.

Le 3. TM. 38°,4; TS. 39°,2; les vomissements n'ont pas reparu.

Le 4. TM. 38°,3; TS. 39°. A midi, frisson; douleurs dans l'épaule gauche. État général grave. Suppuration faible.

Le 5. TM. 37°,6; TS. 39°,6. Douleurs persistantes dans l'épaule, qui est tuméfiée, douloureuse à la pression. On soupçonne une arthrite métastatique.

Le 7. TM. 37°,5; TS. 40°. Le moignon de l'épaule en arrière est rouge; fluctuation manifeste sur une étendue de 12 centimètres se propageant en avant jusqu'à l'insertion du deltoïde. Le malade souffre énormément. Sa situation s'aggrave de jour en jour.

Le 8. Incision antiseptique de 6 centimètres au-devant de l'articulation, donnant écoulement à 500 grammes de pus lié, épais, granuleux.

Contre-ouvertures de 15 centimètres de longueur à la partie postérieure du bras, de 8 centimètres dans la région de l'omoplate. Grattage avec la cuiller tranchante. Désinfection avec chlorure de zinc. En imprimant des mouvements de rotation au bras, on perçoit une forte crépitation due à l'usure des cartilages articulaires. Le doigt introduit dans la plaie antérieure tombe sans peine sur la tête de l'humérus, qui est rugueuse et recouverte d'aspérités. Drainage des différents foyers. Pansement de Lister. L'état d'affaiblissement de l'opéré, que je considérais depuis plusieurs jours comme perdu, me fit repousser toute tentative de résection immédiate. Le soir, l'opéré se sent soulagé.

Les jours suivants, grand fut mon étonnement de voir son état s'améliorer visiblement.

Le 9. TM. 37°,5; TS. 37°,9; le bras est entièrement dégonflé.

Le 10. 36°,9; 37°,2; pansement quotidien.

Le 11. 36°,8; 37°,3.

Le 12. 36°,6; 37°,2; le malade reprend à vue d'œil; l'appétit revient, les plaies de la cuisse sont en bonne voie de granulation.

Le 18, les plaies de l'épaule bourgeonnent admirablement; l'apyrexie est complète, si bien que je me décide à lui pratiquer la résection que je n'avais osé entreprendre jusque-là.

Le 21, résection de la tête de l'humérus; décollement s'étendant jusque sous le grand pectoral, qu'il fallut diviser en partie; autre clapier dans l'aisselle, où l'on établit une contre-ouverture et un drainage. Cavité cotyloïde évidée avec la cuiller tranchante. Lister.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes. A partir du 30, on ne fit plus qu'un pansement tous les trois jours.

Le 5 juillet, le dernier tube (celui de l'aisselle) fut définitivement supprimé.

Le 16, la cicatrisation des plaies de l'épaule était complète. La plaie de l'abcès froid était recouverte de bourgeons charnus. On commença à imprimer des mouvements au bras.

Le 20, exeat.

Le blessé a été revu à différentes reprises depuis. Son état est des plus florissants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de M. Charles Richet pour la section de physiologie, et de MM. Gareau (de Lille) et Rollet (de Lyon) pour le titre de correspondant national; 2° une note de M. Bonnafé sur les *Ferments et fermentations* (comm. MM. Pasteur et Gautier); 3° plusieurs lettres relatives au prix Saint-Paul.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. Tarnier présente trois nouveaux embryotomes.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1882.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39,

M. Hardy obtient	39 voix.
M. Fauvel	33 —
M. Hérard	1 —
M. Bergeron	1 —
Bulletins blancs	3

M. Hardy, proclamé en conséquence vice-président, remercie ses collègues.

M. Bergeron est maintenu par acclamations dans ses fonctions de secrétaire général.

MM. Bernutz et Jules Le Fort sont nommés membres du conseil.

DISCUSSION SUR LES RAPPORTS ENTRE L'IMPALUDISME ET LE DIABÈTE

M. Verneuil, avant de répondre à ses honorables contradicteurs, tient à combler deux lacunes de son historique.

M. Liégey, dans une observation communiquée en 1874 à la Société de médecine de Paris, et M. Redon, dans une thèse sur le *diabète sucré* chez les enfants, ont déjà indiqué les relations possibles entre l'impaludisme et la glycosurie ou le diabète.

M. Verneuil rappelle que M. Leroy de Méricourt lui avait reproché d'abord de confondre le vrai diabète avec la glycosurie transitoire. A cela il répond que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de caractères véritablement distinctifs du vrai diabète. D'ailleurs, pour simplifier la question, il accepte d'écarter, du moins pour le moment, le mot diabète, et de se servir exclusivement du terme glycosurie, en ajoutant pourtant que la glycosurie, quand elle est tardive et tenace, mériterait le nom d'*accident paludique tertiaire*.

M. Leroy de Méricourt a discuté quelques-unes des observations de M. Verneuil, et M. Colin lui-même ne les a pas considérées comme concluantes. L'un et l'autre se sont demandé s'il existait bien un rapport quelconque entre le diabète tardif et les accidents paludiques qui avaient précédé. M. Verneuil commence par se défendre contre ces critiques, puis il déclare qu'il serait tenté de prendre à son tour l'offensive. Suivant lui, M. Leroy de Méricourt croit beaucoup trop à la bénignité de la glycosurie, considère à tort le diabète comme aisé à reconnaître à ses symptômes, admet enfin trop facilement comme capables de produire la glycosurie une foule de causes banales qui peuvent tout au plus la déceler.

Parmi les documents invoqués contre lui, M. Verneuil reconnaît surtout comme importants les renseignements fournis par M. Grall, médecin de première classe de la marine, qui, dans une nouvelle lettre adressée à M. Leroy de Méricourt, affirme très-explicitement avoir fait, du mois de janvier au mois de juillet 1879, un très-grand nombre d'analyses d'urines chez les déportés de Cayenne, atteints de cachexie palustre. Il y recherchait spécialement le sucre, et il n'en a jamais trouvé.

M. Verneuil ne peut mettre en doute une affirmation si catégorique. Il admet donc qu'à la Guyane le diabète n'est jamais une conséquence de l'impaludisme. Mais ce ne serait pas une raison pour nier qu'en Sologne, par exemple, l'impaludisme amène le diabète. On a vu de telles différences en ce qui touche l'albuminurie paludique : fréquente dans certains pays, elle ne se produisait pas ailleurs. C'est ainsi que Rosenstein, après l'avoir observée à Dantzig, ne l'a pas retrouvée chez les impaludés de la Hollande orientale.

Des trois questions posées par M. Leroy de Méricourt, une seule est considérée comme actuellement résolue par M. Verneuil. Relativement à la fréquence plus grande de la glycosurie par suite des accès de fièvre intermittente que par suite d'autres accès de fièvre, M. Verneuil croit pouvoir être absolument affirmatif. Il a observé souvent des cas d'herpès fébrile, d'érysipèle, de lymphangite, etc., avec frissons, chaleur et sueur, sans glycosurie.

Répondant ensuite à M. Colin, M. Verneuil énumère des observations qui lui ont été envoyées de divers côtés depuis le commencement de cette discussion, et il prend l'engagement de venir dans un an exposer à l'Académie les résultats de l'enquête qu'il se félicite d'avoir ouverte.

L'Académie se forme en comité secret.

COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE

Le Comité international de la Croix-Rouge met au concours trois études, destinées à se compléter les unes les autres, sur *l'art d'improviser des moyens de secours pour blessés et malades*.

L'une portera sur l'improvisation des moyens de traitement.

La deuxième sur l'improvisation des moyens de transport.

La troisième sur l'improvisation d'une ambulance, ou d'un hôpital de campagne.

Le personnel sanitaire d'une armée n'a pas toujours sous la main, en temps de guerre, un matériel spécial préparé d'avance à son usage, et il risque de se trouver réduit à l'impuissance, s'il ne sait employer les choses qui sont à sa portée, en les transformant pour les approprier aux besoins des blessés.

Ce cas peut se présenter pour le premier secours sur le champ

de bataille et pour les soins dans les ambulances, comme pour les moyens de transport ou pour l'installation d'ambulances ou d'hôpitaux de campagne.

Aussi le Comité international cherche-t-il à provoquer, par un triple concours, la composition d'ouvrages propres à enseigner aux secoureurs, médecins ou infirmiers, militaires ou civils (car tous sont exposés à être pris au dépourvu), l'art de suppléer à ce qui peut leur manquer, au moyen des objets usuels qui se trouvent en quelque sorte partout. Il est vrai que beaucoup d'indications ingénieuses ont été déjà données à cet égard, mais elles sont généralement éparses dans des écrits où l'on ne songe pas à les chercher. Le concours, n'eût-il pour effet que de les grouper méthodiquement dans des ouvrages spéciaux, aurait déjà par cela seul son utilité.

Pour mieux faire comprendre la pensée qui a présidé à la rédaction de ce programme, nous donnerons, à titre de simples indications qui n'obligent en rien les concurrents, l'énumération des principaux points sur lesquels pourront porter leurs investigations.

Première étude. — Ici viendrait se ranger naturellement l'emploi d'hémostatiques, d'appareils à fractures, de réfrigérants, les moyens pratiques d'appliquer la méthode Lister d'une manière efficace sur le champ de bataille, etc.

Il conviendrait de passer en revue les meubles, les ustensiles, le linge, les vêtements, les produits du sol, etc., qui varient avec le climat, la saison et le milieu, mais qui offrent des ressources fréquentes, et de montrer aux secoureurs le parti qu'ils en peuvent tirer, suivant le siège de la blessure ou la nature de la maladie.

Deuxième étude. — Comment transporter des blessés ou des malades, quand on n'a ni brancards, ni voitures, ni engins d'aucune sorte construits d'avance pour cet usage?

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Les secoureurs n'ont parfois d'autre ressource que leurs propres bras, et il n'est pas superflu de leur enseigner à s'en servir.

Mais, le plus souvent, ils pourraient confectionner une civière élémentaire ou quelque siège portatif au moyen d'armes, d'habits, de branches d'arbres, ou de tel autre objet trouvé sur les lieux.

Ailleurs, ce serait une bête de somme (cheval, mulet, chameau, etc.), sur le dos de laquelle on cherchera à installer un blessé, à l'aide de quelque cacolet ou de quelque bât fabriqué sur place.

L'aménagement des véhicules ordinaires, et notamment des chars de paysans, pour des transports à de plus grandes distances, est une chose capitale.

Il en est de même des diverses sortes d'embarcations, si un fleuve, un lac ou une mer, permet le transport par eau.

Il faut songer enfin à l'arrangement intérieur des wagons de chemins de fer, disposés pour recevoir des voyageurs valides ou des marchandises, car on ne peut pas toujours opérer cette transformation dans des ateliers bien outillés.

Troisième étude. — Dans ce travail, les recherches porteraient sur l'improvisation d'une ambulance ou d'un hôpital provisoire, à proximité de l'armée.

Il y aurait à traiter du choix de l'emplacement, de l'appropriation ou de la construction d'un bâtiment, de l'organisation du service, de l'aménagement, du mobilier et même de l'alimentation.

Conditions du concours. — 1. Quoique une grande liberté soit laissée aux concurrents, pour traiter comme ils l'entendront les sujets sus-indiqués, le Comité international estime nécessaire qu'ils veuillent bien se conformer aux trois directions ci-après :

a) Limiter leur travail à l'improvisation proprement dite, et ne pas l'étendre à la préparation anticipée de moyens de secours.

b) Décrire soigneusement les procédés proposés (que les concurrents les aient imaginés eux-mêmes ou empruntés à d'autres), et les accompagner, toutes les fois qu'ils le comporteront, de bons dessins, assez intelligibles pour permettre de construire les appareils qu'ils représenteront. Les ouvrages demandés ne devront pas être de simples manuels, mais des livres de science, où les éléments de manuels, si le besoin s'en fait sentir, pourront être puisés plus tard.

c) Ne proposer que des procédés qui aient fait, autant que possible, l'objet d'essais personnels, et ne soient pas de simples conceptions théoriques, auxquelles la pratique risquerait de donner plus tard un démenti.

Au surplus, il n'est pas nécessaire que ces expériences aient été faites en campagne ; ce qu'on veut, c'est qu'elles soient concluantes et décrites avec précision.

2. Les mémoires des concurrents devront être manuscrits et inédits. Ils pourront être écrits en français, en allemand ou en anglais. Ils devront parvenir au président du Comité international de la Croix-Rouge, rue de l'Athénée, 8, à Genève (Suisse), avant le premier avril 1883. Chaque mémoire portera une devise, qui sera répétée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

3. L'examen de ces travaux sera confié à un jury, choisi par le Comité international, et dont les membres appartiendront à des nationalités différentes.

4. Le jury pourra décerner, pour chacune des trois études demandées, un prix indivisible de 2,000 francs, et des accessits jusqu'à concurrence de 500 francs. Le Comité international réserve expressément pour le jury le droit de ne pas décerner les prix, s'il juge qu'ils ne sont pas mérités. Dans ce cas, le jury pourra proposer au Comité d'augmenter la somme affectée aux accessits. Le jury fera connaître son jugement motivé au Comité international, qui en publiera les conclusions dans son *Bulletin*.

5. Les mémoires qui auront obtenu les prix de 2,000 francs deviendront la propriété du Comité international, qui aura seul le droit de les publier, soit dans leur langue originale, soit en traductions. Toutefois le Comité sera déchu de ce droit si, dans le délai d'une année à partir de la décision du jury, il n'a pas pris, vis-à-vis des auteurs, l'engagement d'en faire usage à bref délai.

6. Si le rapport du jury signalait, dans les mémoires qui n'auraient pas remporté de prix, des fragments jugés dignes d'une mention honorable, le Comité international les publierait, le cas échéant, avec le consentement des auteurs et sous leur nom, à la suite des ouvrages couronnés.

Genève, décembre 1881.

Les membres du Comité international :

MOYNIER, Gustave, président ; MICHELI DE LA RIVE, Louis, vice-président ; ADOR, Gustave, ancien conseiller d'État, secrétaire ; APPIA, Louis, docteur médecin ; FAVRE, Alphonse, professeur ; ODIER, Édouard, officier d'artillerie ; D'ESPINE, Adolphe, docteur médecin, professeur à l'Université.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — M. Tripier, professeur de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Desgranges, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1880-1881 :

Élèves en médecine. — Première année. — Prix unique : M. d'Aurelles de Paladines.

Deuxième année. — 1er prix *ex æquo :* MM. Lamotte et Maurin ; 2e prix : M. Fournial ; mention honorable : M. Quittard.

Troisième année. — 1er prix (donné par M. Nivet) : M. Planchard ; 2e prix *ex æquo :* MM. Tardif et Méchin.

Prix Fleury : M. Planchard ; mentions honorables : MM. Tardif, Méchin et Kœnig.

Prix Hippolyte Renoux, ex æquo: MM. Maurin et Pardoux ; mention honorable : M. d'Aurelles de Paladines.

Prix des hospices : MM. Pourrat, Méchin, Planchard et Tardif.

Élèves en pharmacie. — Prix des travaux pratiques. — Deuxième année : M. Berne ; troisième année : M. Bruhat.

Prix des élèves en pharmacie donné par M. Nivet : M. Courtine.

— *Hospice du Havre.* — Un concours pour une place de médecin-adjoint et deux places de chirurgien-adjoint s'ouvrira le jeudi 12 janvier 1882, à deux heures de l'après-midi, à l'hospice. — Pour les conditions du concours, s'adresser à la direction de l'hospice.

— *Hôpital civil de Mustapha.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Drely, Kocher et Ramakers.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Lory, professeur de géologie, est autorisé à se faire suppléer, durant l'année scolaire 1881-1882, par M. Collot, docteur ès sciences naturelles, chargé des fonctions d'agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Barthélemy, professeur suppléant, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1881-1882, d'une conférence de travaux pratiques de zoologie à ladite Faculté.

— M. le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission à l'effet d'explorer la région qui s'étend entre les bassins de la Plata et de l'Amazone, et de relever le cours de certains affluents de ce dernier fleuve. MM. Billet, astronome, et Ringel, dessinateur, sont adjoints à la mission de M. Crevaux.

— M. le docteur Harmand, consul de France à Bang-Kok, est chargé d'une mission gratuite à l'effet de recueillir des collections intéressant l'histoire naturelle et l'ethnographie de l'Indo-Chine.

— M. Michel (Auguste-Charles-Joseph-Léon), nommé agrégé préparateur de zoologie à l'École normale supérieure, par arrêté du 9 septembre 1878, est maintenu dans ces fonctions pendant l'année scolaire 1881-1882.

— La Société d'anthropologie de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1882 de la manière suivante :

Président, M. Thulié ; premier vice-président, M. Proust ; deuxième vice-président, M. Hamy ; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle ; secrétaires annuels, MM. Chervin et Zaborowski ; conservateur des collections, M. Collineau ; archiviste, M. Dureau ; trésorier, Leguay.

Commission du publication : MM. de Quatrefages, Parrot, Auburtin.

— La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique), réunie en Assemblée générale, le 18 décembre 1881, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1882 :

Président, M. Frédéric Passy, de l'Institut, député ; vice-présidents, MM. Théophile Roussel, Levasseur, Duverger et Bouchardat ; secrétaire général, M. le docteur L. Lunier ; secrétaires généraux adjoints, MM. les docteurs Decaisne et Vidal ; secrétaires des séances, MM. les docteurs Goyard et Guignard ; bibliothécaire-archiviste, M. le docteur A. Motet ; trésorier, M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1882, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

— M. le docteur Rémy, chef du laboratoire de M. le professeur Hardy, fera tous les jeudis, à dix heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre d'autopsie de l'hôpital de la Charité, un cours élémentaire et pratique d'anatomie pathologique.

— M. Chantemesse (André), interne des hôpitaux, est chargé des fonctions de préparateur près le laboratoire d'anatomie pathologique de l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Sabourin, démissionnaire.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales, par le docteur BRUCHET. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La scarlatine; ses tendances à l'aggravation et à l'envahissement.

Dans l'une de ses dernières leçons cliniques, M. Hardy a entretenu son auditoire d'un malade dont l'affection n'aurait peut-être pas offert par elle-même un intérêt suffisant pour en parler à nos lecteurs, s'il ne se rattachait pas à un fait général qui vaut la peine que nous nous y arrêtions. Il s'agit d'un cas de scarlatine, mais d'une scarlatine d'un caractère grave, ce qui déjà n'est pas indigne d'attention.

Un jeune homme âgé de dix-sept ans, bien constitué, fort et vigoureux, s'étant toujours bien porté jusque-là, éprouva un matin, un malaise général, envies de vomir, douleur à la gorge, difficulté de déglutition et gêne dans les mouvements du cou. Dès le soir du même jour, il s'aperçut qu'il avait une éruption sur le corps. Le lendemain matin l'éruption s'était généralisée, il avait une grande anxiété, de la fièvre. Le troisième jour, cet état augmentant, il entra à l'hôpital, où l'on constata, à son arrivée, une abondante éruption d'un rouge framboisé et d'un aspect grenu et ponctué, s'étendant sur toute la poitrine, le ventre, les cuisses, sur les bras, surtout au niveau des plicatures des membres, et enfin sur le front et les joues. Le malade éprouvait une très-grande difficulté à ouvrir la bouche; la langue était d'un rouge très-vif, en partie dépouillée, présentant çà et là de légères saillies des papilles et par places des débris des lamelles de fausses membranes. Le palais était également d'un rouge vif, et on voyait sur l'amygdale droite une pseudo-membrane mollasse; il y avait une angine pultacée. Point d'engorgement dans les ganglions du cou.

Les urines contenaient de l'albumine en petite quantité. Le cœur, les poumons et le tube digestif ne présentent aucun trouble notable. Cet état était accompagné d'une fièvre très-intense, le pouls était de 133, la température de 40,9.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic n'était pas douteux. On avait manifestement affaire à une scarlatine et à une forme maligne de la scarlatine, caractérisée par l'intensité du mouvement fébrile, en même temps que par l'intensité de l'éruption, par les phénomènes nerveux, agitation, insomnie, délire nocturne, qui compliquaient cet état.

Le lendemain, l'état du malade s'était encore aggravé; le pouls était toujours de 132 à 133, la température de 40,8; il y avait eu dans la nuit de l'insomnie, de l'agitation; il était survenu une petite hémorrhagie cutanée à l'avant-bras et autour du poignet.

Malgré le pronostic sérieux porté sur ce malade, un amendement sensible commença à se manifester du troisième au quatrième jour. Le pouls de 120 était descendu à 76, et la température était tombée à 38. La gorge s'était détergée; on n'y voyait plus de fausses membranes. Le pronostic était devenu beaucoup plus favorable; le malade entrait en voie de convalescence, il ne restait plus à craindre que les accidents consécutifs. M. Hardy a employé chez ce malade les moyens qu'il met habituellement en usage dans ces cas, les lavements frais, à la température de la salle, de 12 à 15°, qu'il préfère aux bains froids comme antithermique, le sulfate de quinine à la dose de 80 centigrammes. Il se propose, dès que la convalescence sera établie, d'alimenter le malade, de le mettre à l'usage du vin de quinquina, et de l'empêcher de sortir et de s'exposer au froid pendant au moins trois semaines.

Nous aurions peut-être, en d'autres circonstances, laissé passer ce fait sans nous y arrêter, si nous n'avions trouvé un motif de le signaler à l'attention dans sa coïncidence avec la remarque très-importante que faisait, il y a quelques semaines à peine, M. Besnier dans son rapport sur les maladies régnantes, relativement à la fréquence et à la gravité croissante que présentent depuis quelque temps les scarlatines dans notre pays. « Voilà bien des années déjà, dit-il, que j'ai signalé la différence extraordinaire qui sépare Paris de diverses autres capitales sous le rapport de la fécondité du ferment scarlatin. Alors que la ville de Londres compte chaque année 1,500 à 2,000 décès par scarlatine, Paris n'en enregistre qu'une centaine. En 1879, Londres a 2,706 décès scarlatineux, Berlin 461, et Paris 105 seulement. Voilà donc une affection contagieuse au plus haut degré, qui, pendant une longue série d'années, se propage à l'excès dans la ville de Londres, tandis qu'à Paris, pendant le même temps, elle reste dans un rayon d'action extrêmement étroit. En relevant la mortalité de la scarlatine à Paris depuis 1871 jusqu'à 1880 exclusivement, on trouve pour ces 9 années un total de 951 décès, trois fois moins que Londres n'en fournit en une seule année. Et encore cette moyenne de 105 décès annuels à Paris n'est-elle atteinte que parce que l'année anomale 1871 en a enregistré à elle seule 215. Pour les 8 autres

années, la moyenne n'est que de 80 par année, avec un abaissement à 60 en 1878...

Mais voici que cette longue immunité du sol parisien semble épuisée; un mouvement continu de progression s'est produit inopinément et s'accentue encore à l'heure présente. Non-seulement la maladie est devenue plus fréquente, mais elle est devenue aussi plus grave : les complications, naguère insolites, exceptionnelles, deviennent, sinon communes, au moins relativement fréquentes. »

Afin de montrer cette progression pendant les années 1880 et 1881, M. Besnier a dressé un tableau de la mortalité par scarlatine à Paris, par mois et par année, depuis 1871 jusqu'au moment présent. Il ressort de ce tableau, pour n'en prendre que les totaux annuels, que la mortalité a été : en 1871 (année exceptionnelle sous ce rapport comme sous tant d'autres) de 205, en 1872 de 124, en 1873 de 86, en 1874 de 68, en 1875 de 88, en 1876 de 133, en 1877 de 92, en 1878 de 60, en 1879 de 95, en 1880 de 356, et pendant les neuf premiers mois seulement de 1881 de 406.

En présence de cet accroissement rapide et relativement considérable des cas de scarlatine et de son aggravation, — c'est à ce dernier point de vue que le fait que nous venons de rapporter nous a paru particulièrement intéressant, — nous nous joindrons à M. Besnier pour signaler à l'attention des praticiens cette modification fâcheuse qui semble vouloir s'introduire dans notre constitution endémique et pour appeler leur éveil et leur surveillance sur les cas qui pourront se présenter désormais à leur observation.

Commotion cérébrale et fracture du rocher.

Deux malades sont entrés à peu près en même temps dans le service de M. Gosselin, avec des symptômes de commotion cérébrale, un écoulement séro-sanguinolent par l'oreille et perte de l'audition du côté lésé. Il n'en fallait pas davantage pour faire diagnostiquer chez ces deux blessés une fracture du rocher.

L'un, couché au n° 7, est un homme âgé de soixante-quatre ans ; malgré cette circonstance, défavorable au point de vue du pronostic, rien jusqu'à présent ne porte à craindre chez lui de suites graves ; les symptômes de commotion sont dissipés, l'écoulement séro-sanguin et la surdité persistent, mais il y a, jusqu'à présent du moins, lieu d'espérer qu'il échappera aux conséquences possibles de la fracture comme à celles de la commotion.

Il n'en est pas de même de l'autre malade, couché au n° 26. Celui-ci, quoique jeune, il n'a que de trente-cinq à trente-six ans, mais suspect d'alcoolisme, entré dans les salles le 3 novembre, a été pris dans la nuit du 6 au 7 de frisson ; le 7, la fièvre s'est déclarée; le pouls s'est accéléré, il est monté de 90 à 100; la température axillaire s'est élevée à 38 ; le malade a été agité. La nuit suivante, il a eu du délire, avec une température de 39,9 ; il est manifestement en proie à une méningo-encéphalite, cette méningo-encéphalite qui survient quelquefois sans qu'il y ait eu une grande commotion, mais qui presque toujours est, dans ce cas, la suite de la fracture du rocher.

Les malades qui échappent aux suites de ces fractures avec commotion sont ceux qui ne sont ni âgés ni alcooliques.

Pour fixer les esprits sur cette influence de l'âge et de l'alcoolisme, M. Gosselin a fait un tableau que l'on peut voir dans le tome premier de la Clinique chirurgicale de la Charité. Ce tableau comprend trente et un cas de fractures du rocher sans plaie : sur ces trente et un cas, vingt-trois ont été suivis de guérison, huit ont été suivis de mort, vingt-trois guérisons ont eu lieu chez des sujets tous exempts d'antécédents d'alcoolisme. Sur les huit cas de mort, cinq étaient manifestement alcooliques, deux autres l'étaient, mais à un moindre degré ; un seul n'était point alcoolique.

Bien qu'une statistique de ce genre eût besoin, pour être ramenée à sa véritable valeur, d'être soumise à une analyse embrassant tous les éléments de la lésion, avec ses différences de degré, d'étendue, d'intensité, etc., son résultat brut n'en est pas moins remarquable au point de vue de l'influence de l'alcoolisme sur l'issue. Le résultat n'est pas moins digne d'attention au point de vue de l'âge. Ainsi, sur les vingt-trois sujets guéris, douze avaient moins de trente ans, sept avaient de trente à trente-neuf ans, cinq seulement avaient au-delà de quarante ans.

Malgré l'insuffisance des chiffres de cette statistique et les difficultés d'apprécier séparément la part qui revient à l'âge et celle qui revient à la sobriété, il en ressort une notion qui peut être d'un grand secours pour le pronostic. Toutes les fois que, pour un cas de fracture du rocher, avec un certain degré de commotion et même soupçon de contusion cérébrale, on aura affaire à un sujet jeune et exempt d'alcoolisme, on peut porter un pronostic favorable. Il le sera d'autant moins, au contraire, qu'on aura affaire à des sujets plus avancés en âge et plus imprégnés d'alcooolisme.

Bien que le traitement soit, à peu de chose près, le même dans ces deux circonstances, les probabilités de son succès seront toujours en faveur de la première série de sujets.

Nous nous tiendrons au courant de l'issue des accidents chez ces deux malades.

Hydarthrose simple chronique du genou chez un saturnin.

Quel rôle le saturnisme peut-il avoir dans la production d'une arthrite ? Il serait difficile de le dire dans l'état actuel de la science sur ce point. On sait que le saturnisme donne fréquemment lieu à des douleurs rhumatoïdes, à des arthralgies ; mais il y a peu d'exemples, s'il en existe, de production d'hydarthroses indolentes sous l'influence de cette intoxication. Cette question se présente naturellement à l'esprit en présence d'un malade actuellement placé dans les salles de M. Gosselin à la Charité, malade atteint de saturnisme et coïncidemment (pour ne pas préjuger la question de rapport) d'une hydarthrose du genou datant de trois ans, survenue spontanément sans traumatisme et sans aucune autre cause connue. Cette hydarthrose, qui jusque-là était restée stationnaire, ne donnant lieu à aucune souffrance, a, en quelques jours, également sans cause appréciable, notablement augmenté de volume. Aujourd'hui le genou est énormément distendu par un liquide que traduit manifestement une fluctuation très-évidente. Cette sensation de fluctuation que perçoit la main à travers l'épaisseur de la peau et comme s'il n'y avait aucun corps interposé entre elle et le liquide, montre clairement qu'il n'y a point d'épaississement morbide de la synoviale. Il n'y a non plus ni stalactiques ni saillies osseuses quelconques qui puissent faire présumer l'existence d'une affection osseuse. Il y a seulement un peu de mobilité latérale. Cette mobilité latérale tient-elle, ainsi que M. R. Moutard-Martin a cherché à l'établir dans un tra-

vail récent, à la résorption des cartilages diarthrodiaux ? On ne peut ici que le présumer sans en avoir la démonstration. Quoi qu'il en soit, vu l'état que présente le genou de ce malade, on n'a pas d'autre diagnostic possible que celui d'hydarthrose chronique simple, indolente, sans pouvoir préciser davantage.

Ce diagnostic, comme on le voit, et de l'aveu même de M. Gosselin, est très-insuffisant. Il nous ramènerait au temps des hydropisies essentielles. On ne saurait s'en tenir pour satisfait aujourd'hui. C'est donc dans les conditions physiologiques générales du malade, dans un état diathésique quelconque qu'il faudrait chercher la raison d'être de cette hydarthrose, en l'absence surtout d'aucune cause traumatique ou locale connue. Il n'y a pas à songer ici à une diathèse scrofuleuse, dont il n'existe d'ailleurs aucune trace, et chez un homme de cinquante et un ans. La diathèse rhumatismale pourrait être soupçonnée, mais le malade déclare n'en avoir jamais éprouvé aucune atteinte. Reste le saturnisme, la seule circonstance manifeste chez ce malade que l'on puisse invoquer. C'est un fait à étudier à ce point de vue.

Le pronostic ne paraît pas devoir être grave. Il n'y a pas à craindre ici la suppuration qu'engendrerait presque inévitablement la diathèse scrofuleuse absolument éliminable.

Les seules indications thérapeutiques qui se présentaient, celles du repos, de l'application plus ou moins réitérée des vésicatoires et consécutivement de la compression, c'est ce qu'a prescrit M. Gosselin. Il sera intéressant de suivre ce malade et de constater l'issue de sa maladie.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. MALLEZ.

De la lithotritie rapide et de l'extraction immédiate (1).

On parle beaucoup depuis quelque temps d'un nouveau procédé de lithotritie qu'on qualifie un peu pompeusement de *méthode américaine*.

Des articles ont été publiés dans les journaux sur ce sujet. Une thèse a été faite avec le titre : *De l'évacuation des fragments calculeux après la lithotritie*, par M. Coutinho, et, au Congrès médical de Londres, MM. Thompson, Bigelow et Glover sont venus faire l'éloge de cette « méthode ». Enfin les malades eux-mêmes en parlent, et quelques-uns s'obstinent à n'être plus opérés que par ce procédé.

Il est donc permis, il est nécessaire de se demander ce qu'il y a de neuf, de pratique, de prudent dans l'application de cette prétendue nouveauté.

L'innovation dans la « méthode américaine » porterait sur deux points : 1° la durée des séances ; 2° l'extraction immédiate.

Parlons d'abord de la durée des séances.

I. De tout temps, on a fait des séances un peu longues ; on en a même fait malgré soi. Pour notre part, nous avons vu, il y a vingt-deux ans, Heurteloup les prolonger jusqu'à trente et trente-cinq minutes, de parti pris, et avec l'intention arrêtée de les faire de cette durée. Toutefois il avait, et l'on a toujours, la conviction qu'il vaudrait mieux les abréger.

Mais voici qu'on vient nous apprendre que non-seulement on peut rester deux heures dans la vessie, mais encore que c'est presque un devoir d'y séjourner longtemps !

(1) Leçon recueillie à la Clinique de la rue Christine par M. G. ROHART.

Qu'on cite de tels exemples comme des faits rares de tolérance vésicale, rien de mieux ; mais qu'on les érige en règle, voilà où est l'abus ! Et d'ailleurs, que faire pendant deux heures dans la vessie ? — A supposer qu'on exécute cinquante préhensions en dix minutes, ce qui est loin d'être exagéré, j'en appelle aux praticiens les plus éminents, on aurait donc en deux heures, c'est-à-dire en douze fois dix minutes, fait six cents prises ! Mais avec ce nombre de manœuvres on aurait pu réduire des pierres de plus de 10 centimètres de longueur sur 9 de largeur ; or de tels calculs échappent à la lithotritie : 1° parce qu'ils ne tiendraient pas dans les mors ; 2° parce qu'on ne pourrait pas développer l'instrument.

Ces séances sans fin nous rappellent un mot de Nélaton. Il revenait d'Italie où il était allé se reposer quelque temps aux premières atteintes de la maladie qui l'a emporté. J'avais l'occasion de le voir pour l'amener en consultation auprès d'un de mes malades. On avait fait quelque temps auparavant, à l'hôpital Saint-Antoine, une lithotritie périnéale dans laquelle l'extraction des fragments n'avait pas duré moins de sept quarts d'heure. En parlant de ce fait, Nélaton ajoutait : « Quand je l'ai lu, je me suis dit : Comme les vessies sont devenues tolérantes en France pendant mon absence ! »

M. Coutinho, dont nous considérons la thèse comme l'expression la plus complète de l'enthousiasme excité par la conception de M. Bigelow, paraît croire qu'avant ces cinq ou six dernières années la lithotritie était encore dans l'enfance.

On voit bien que M. Coutinho n'a pas de terme de comparaison. S'il avait vu opérer nos devanciers, et, parmi eux, nous citerons surtout Heurteloup qui avait des qualités opératoires exceptionnelles, il trouverait sans nul doute que ces précurseurs laissaient loin derrière eux beaucoup d'autres opérateurs qui causent l'admiration de notre jeune confrère.

Heurteloup, à qui Nélaton a rendu une tardive justice dans une leçon, restée célèbre, de l'Hôpital des cliniques, est et reste le véritable inventeur de la lithotritie. S'il ne l'a pas, le premier, appliqué sur l'homme, on peut dire cependant qu'elle est sortie tout armée de son cerveau. Mais il était d'un temps où l'on ne savait point un mot des néphrites ; il lui manquait l'hôpital qu'avait su acquérir Civiale par une donation intelligente de 50,000 francs rapportant 100,000 livres de rente. Enfin, il faut l'avouer, il n'avait pas l'oreille du corps médical ; quinteux, difficile à vivre, il eut le tort, le grand tort, d'adresser au public des annonces qui ne sont ni dans nos habitudes ni dans nos goûts. Ceci, il est vrai, ne diminue en rien son talent d'opérateur.

Nous avons précisément assisté, durant l'hiver de 1859, au n° 31 de la rue Louis-le-Grand, à l'entresol qu'il occupait dans cette maison, à une séance de lithotritie faite par Heurteloup avec sa mesure, sa précision, sa prudence habituelles, devant quelques médecins, dont l'un, le docteur Duvivier, pourrait encore l'affirmer. L'opération dura trente-cinq minutes.

Le patient était un Bourguignon qui avait un calcul d'urate d'un volume approximatif de 3 1/2 sur 3 centimètres. L'évacuation, faite immédiatement, permettait au malade de reprendre le lendemain le chemin de la Bourgogne.

Comme l'on voit, Heurteloup faisait la lithotritie *en une seule séance*. Bien mieux, il s'en était fait une règle quand cela était possible, mais dans ces cas-là seulement.

En effet, dans un mémoire lu devant l'Académie en février 1858 et intitulé : *Des lois et conditions primordiales qui prési-*

dent à l'opération de la lithotripsie (1) *scientifique*, nous trouvons les paragraphes suivants :

« 33° Si une pierre peut être *extraite immédiatement* il faut le faire...

« 34° Il vaut mieux prolonger l'opération pour extraire la totalité de la pierre que de laisser des fragments pour une autre séance. »

Deux ans auparavant, en août 1856, à propos d'un article d'Amussat paru dans la *Gazette médicale de Paris* du 8 octobre 1853 et reproduit par la *Gazette des hôpitaux*, Heurteloup adressait an rédacteur en chef de ce dernier journal la réponse suivante :

23 août 1856.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans votre numéro du 9 courant un article signé de votre main et dans lequel vous vous occupez de lithotritie...

Cet article tend à ériger en principe de terminer l'opération de la *lithotripsie* (car il ne s'agit plus maintenant de *lithotritie*, qui n'est qu'un procédé de la *lithotripsie*) en *une séance*. Eh bien, permettez-moi de vous faire remarquer que ce principe est subversif et mènerait, s'il était admis, à des conséquences funestes.

Amussat, comme vous le dites, a voulu ériger en principe la terminaison en une séance. Effectivement, il a, dans la *Gazette médicale* du 8 octobre 1853, fait un long article sur ce sujet et il a tenté d'ériger ce principe en disant *que, le premier, je l'avais posé*. Ce long article d'Amussat, intitulé : *Quelques considérations pratiques sur le broiement de la pierre en une seule séance*, avait cela de singulier que ledit principe n'était étayé que d'un seul fait, fait que je crois être le même que celui que vous rapportez. Comme vous le voyez, c'était le Panthéon soutenu par un manche à balai.

Cet article, d'un intitulé attrayant, qui, sans doute, avait été fait dans un but scientifique et dans lequel j'étais cité à l'appui, donna lieu de ma part à une vive dénégation, et je rejetai bien loin le *principe* de terminer la *lithotripsie* en une seule séance.

Et cependant, mon cher confrère, il m'était arrivé bien souvent, et il m'arrive bien souvent encore, de terminer l'opération, comme on dit, en une seule séance... Mais je n'agis pas ainsi en vertu d'un principe que je me suis posé...

Faites bien attention qu'en posant ainsi le *principe*, vous engagez celui qui ne peut employer que les instruments du commerce et le procédé banal, à persister à exécuter un acte contre lequel se révoltent la nature du corps à détruire et la nature de l'opéré, qui succomberait sous cette persistance...

Baron Heurteloup.

Sans manquer à la prudence, Amussat et Heurteloup ont donc de beaucoup précédé M. Bigelow.

En 1872, résumant l'état de la question dans son *Traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle, de la pierre urinaires et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique*, M. Mercier écrivait :

« On ne peut poser à cet égard de règle générale ; c'est à l'expérience et à la sagacité du chirurgien de juger de ce qu'il peut se permettre. Il est bon de dire cependant que, surtout dans les premiers temps où l'on ne connaît pas encore parfaitement la susceptibilité du malade et de ses organes, il vaut mieux faire des séances trop courtes que trop longues... (pag. 313). »

« Des chirurgiens tels que Amussat, M. Courty (*Bulletin du congrès médico-chirurgical de Rouen*, pag. 161 ; 1863), ont érigé en principe de faire, autant que possible, la lithrotritie en une seule séance..... Bien que mon but évident fût d'abréger autant que possible l'opération, je m'étais bien gardé de parler de la faire en une seule séance. Heurteloup lui-même s'est élevé contre une pareille prétention. Certainement, quand on peut, sans fatigue pour les organes, débarrasser la vessie en une seule fois, il vaut mieux le faire..... Et puis il faut bien se garder de promesses trop merveilleuses..... Chez beaucoup, peut-être chez la plupart des malades qui succombent à la lithotritie, les accidents se manifestent après la première séance (pag. 315-6). »

Ces « promesses » de lithotritie en une seule séance, d'extraction immédiate sans nécessité de retour aux instruments, on s'en est servi de tout temps comme d'un excellent appât. Rien n'épouvante plus les malades que la pensée des séances successives dans la lithotritie. C'était un des grands arguments que faisait valoir Dolbeau pour décider les malades à se laisser pratiquer la lithotritie périnéale. « Ce n'est pas la taille, disait-il, et ce n'est plus la lithotritie, puisque tout est fini en une séance. »

La question qui se posait pour nos devanciers reste exactement la même pour nous, et les raisons qu'ils avaient de procéder prudemment sont aussi valables de nos jours qu'il y a trente ans.

J'ai cherché vainement dans la thèse de M. Coutinho l'indication qui pourrait nous faire distinguer à l'avance les cas dans lesquels les instruments seraient tolérés de ceux dans lesquels ils ne pourraient séjourner dans la vessie qu'un temps extrêmement court, sans déterminer les plus graves accidents.

Il y a dix-huit ans, un homme habitant au n° 8 de la rue Jean-Jacques-Rousseau se présentait dans mon cabinet avec tous les signes rationnels d'un calcul ; je le sondais. Il ne fit plus une goutte d'urine depuis l'heure à laquelle il sortit de chez moi jusqu'au lendemain matin où il était mort.

L'année suivante, je pratiquais une lithotritie à un malade venu des environs de Semur. Une première séance de six minutes à peine, faite avec tous les ménagements imaginables, et malgré le sulfate de quinine administré préventivement, est suivie d'un accès de fièvre formidable. Trois jours après, le malade avait du pus dans les articulations ; il succombait le huitième jour.

M. Coutinho pense-t-il qu'il eût été mieux de rester deux heures dans la vessie de ces malades ?

Il y a quelques jours, un financier atteint d'une simple goutte militaire se présente à moi. Je lui introduis, comme moyen de traitement topique, une bougie fondante médicamenteuse dite porte-remède Raynal. C'est assurément le plus anodin de tous les instruments que l'on puisse faire pénétrer dans l'urèthre. Cependant, deux heures après, ce malade était pris d'un accès de fièvre dont le stade de froid n'a pas duré moins de quarante minutes. Nous pourrions citer nombre d'exemples pareils qui nous sont personnels, et tous les chirurgiens qui se sont occupés d'affections urinaires et qui voudront bien rapporter, avec bonne foi, les exemples tirés de leur pratique, en pourront citer une foule d'analogues ; et l'on ne connaît jusqu'ici d'autre moyen d'éviter sûrement ces accidents que de ne pas introduire d'instrument.

Non-seulement nous ne savons jamais si le malade que nous allons sonder n'aura pas un accès de fièvre à la suite du cathétérisme le plus simple et le plus régulier, mais nous ne savons pas davantage à quels moments, s'il en est,

(1) On sait que Heurteloup voulait qu'on dît lithotripsie (de τρίβειν, broyer) et non lithotritie (de τερεῖν, percer).

il supportera le mieux l'introduction des instruments. Le sulfate de quinine, donné préventivement, dans les deux tiers des cas, est encore administré à l'aveugle.

Ce que demande la clinique et ce que ne disent pas les chirurgiens dont nous parlons, c'est de savoir au préalable quels sont les cas dangereux et quels seront les autres.

Nous ne demandons qu'une chose, le moyen certain de prévoir et de prévenir l'oligurie, toujours si grave, et l'anurie traumatique, mortelle.

II. Le premier qui a broyé une pierre dans la vessie a dû penser à retirer les débris qu'il avait faits. L'étonnant serait qu'il ne s'en fût pas préoccupé. Celui-là a donc été l'inventeur de l'extraction immédiate. Sans vouloir remonter aussi loin à la recherche de son auteur, nous nous contenterons de dire que tout le monde a pensé à l'extraction des fragments lithiques de la vessie. Pour le prouver, il suffit d'énumérer les instruments imaginés à cet effet : sonde évacuatrice à double courant, introduction répétée des brise-pierres à cuillers, sondes de Voillemier, de Mercier, sonde à œil unique au talon, sonde à ouverture quadrangulaire à la face convexe de la courbure de Phillips, sonde à œil unique dans l'angle de la courbure, etc.

Mais n'avait-on jamais songé à l'aspiration ? On y avait au contraire beaucoup pensé.

L'aspiration se présentait du reste tout-à-fait naturellement à l'esprit. Depuis la généralisation de l'emploi du caoutchouc surtout, l'application en était devenue facile. Un jeune médecin russe dont le nom nous échappe, Leroy d'Étiolles, MM. Meyer et Melzer de Londres, avaient imaginé des instruments pour l'extraction par aspiration.

M. Glover est venu en même temps, et nous ne pensons pas que M. Bigelow puisse élever des prétentions sérieuses de priorité.

Voyons si l'emploi des aspirateurs de MM. Bigelow et Thompson offre sur l'emploi des injections et des lavages répétés de la vessie une supériorité si grande.

Pour bien juger du mérite d'une chose, il faut user de comparaisons et se demander si on ne ferait pas mieux en faisant autrement. C'est ce que nous avons fait, et, après nous être servi de l'extracteur de M. Bigelow, nous avons eu recours, comme par le passé, aux injections répétées à la suite des séances de broiement.

Car nous avons pu constater que, en un temps plus court, avec moins de fatigue pour le malade, étant donné la même sonde à gros calibre et à grand œil, on obtient de meilleurs résultats dans des cas similaires avec les injections répétées qu'avec l'extracteur. L'extracteur ajoute à l'inconvénient de la lenteur la pression très-pénible sur le périnée, comme l'endoscope lorsqu'il n'est pas bien soutenu.

La manœuvre de l'instrument, démonstrativement faite devant nous par son auteur lui-même, dans un verre à pied, ne nous a pas convaincu, pas plus que l'expérience du lithoxère, faite nous nos yeux par M. Maisonneuve dans les mêmes conditions, n'avait réussi à nous prouver que cet instrument dût jamais entrer dans la pratique. Les extracteurs offrent toutefois un avantage, mais tout secondaire pour le chirurgien consciencieux : ils ont le mérite de séduire l'opéré et son entourage. Rien n'amuse le malade et n'émeut la famille comme de voir les débris du calcul venir tomber dans le godet en cristal. Nous n'en voulons pour preuve que l'exemple suivant. Je lithotritiais un malade dans une maison de santé où l'un de nos confrères règne en maître. Dans la chambre voisine de celle occupée par mon malade, ce confrère pratiquait la même opération. Les conditions seulement n'étaient pas les mêmes. Le voisin avait une pierre urique dans une vessie vraisemblablement régulière. Mon malade, au contraire, avait des pierres d'oxalate et d'urate dans une vessie très-anfractueuse, toute pleine de lacunes et de dépressions. Mon confrère employait précisément l'extracteur de Thompson : aussi le résultat des séances était tout différent. Après chacune d'elles, le principal personnage de la maison ne manquait jamais de venir montrer à mon malade le produit collecté de l'opération. Cette exhibition était, il faut bien l'avouer, tout-à-fait au désavantage de mon patient et à l'avantage du voisin, ce qui me donnait toutes les peines du monde et exigeait de ma part des efforts de rhétorique.

A ce titre, l'extracteur mérite d'être conservé (et les habiles le savent bien), comme les mots : « lithotritie en une seule séance, extraction immédiate, évacuation rapide », et même « méthode américaine », puisqu'elle est à la mode.

Qu'on nous dise le volume de la pierre, l'état des reins du malade, ses antécédents, la tolérance qu'il a montrée pour les instruments, et surtout la régularité ou l'irrégularité de sa vessie, qu'on nous dise tout cela, et qu'après on nous cite des faits pour que nous n'en soyons pas réduits à considérer les lithotriteurs américains comme quelques dentistes de même nationalité.

Conclusion. — La lithotritie est une opération toute française qui a toujours compté chez nous de brillants opérateurs, et qu'on a toujours tenté de rendre rapide avec prudence. Ce n'est que par le plus singulier des travers de notre esprit que nous allons chercher chez les autres des choses que l'on fait bien et depuis longtemps chez nous.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

COMMUNICATIONS

Hydrocèle à contenu graisseux. — M. LE DENTU a présenté, dans la dernière séance, un liquide graisseux provenant d'une hydrocèle. Il s'agissait d'un homme qui avait passé trois ans à l'île de la Réunion. Il portait une hydrocèle double. Une première ponction donna issue à un liquide semblable à celui qu'a présenté M. Le Dentu. Ce liquide se reproduisit rapidement et le malade entra alors à Saint-Louis avec une hydrocèle double. Il y avait de la transparence des deux côtés. M. Le Dentu traita cette hydrocèle, comme les hydrocèles ordinaires, par la ponction et l'injection iodée.

Il a fait des recherches bibliographiques sur ce sujet ; il rappelle le travail récent de M. Debove sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses, la thèse de Mme Père sur le même sujet. Parmi les auteurs qui ont publié des cas de ce genre, il faut citer Vidal (de Cassis) qui en publia une observation sous le nom de galactocèle du testicule, Demarquay, Velpeau, Fergusson, Astley Cooper. Il s'agit, dans la plupart de ces cas, de pleurésies ou d'ascites à contenu chyliforme. Il y a une distinction à établir entre les épanchements chyliformes des grandes séreuses et ceux de la tunique vaginale. Pour ces derniers, il s'agit habituellement d'individus ayant habité les Indes, d'hydrocèles doubles, comme dans le cas de M. Le Dentu.

M. VERNEUIL. Dans les régions tropicales, dans l'Inde, il y a une

affection très-fréquente, l'éléphantiasis des bourses, constituée par une dilatation lymphatique très-appréciable. Si l'on fait une piqûre dans ces vaisseaux lymphatiques ainsi dilatés, on en tire un liquide semblable à celui qu'a présenté M. Le Dentu.

M. DESPRÈS se rappelle le cas observé par Velpeau. Il a lui-même porté le liquide à M. Robin, qui a déclaré qu'il s'agissait des éléments gras du pus. Ceci ne ressemble pas, en effet, à la lymphe que l'on voit dans les anévrysmes lymphatiques.

MM. GUYON, TRÉLAT et LEFORT rapportent des cas analogues à celui de M. Le Dentu.

Phlébite; infection purulente. — M. TERRIER lit un rapport sur un travail de M. Demons (de Bordeaux) relatif à un cas de phlébite suppurée.

Il s'agit d'un marin qui, ayant voulu mettre fin à ses jours, se fit une plaie sur les deux bras au niveau de la saignée. D'un côté, les veines furent lésées; le malade fut aussitôt transporté à l'hôpital Saint-André, où l'interne de garde fit la ligature des deux bouts d'une veine coupée; puis il appliqua un pansement de Lister; dès le lendemain se déclara une phlébite suppurée et apparurent les symptômes d'infection purulente. M. Demons mit à nu les quatre vaisseaux du pli du coude, fit dans l'intérieur même de la veine enflammée des cautérisations au chlorure de zinc, lia, au-dessous, une veine qui saignait, appliqua un pansement de Lister, et parvint à guérir ce malade qui présentait déjà des phénomènes d'infection purulente.

M. DESPRÈS reproche à M. Demons, et surtout à l'interne de garde, d'avoir fait des ligatures de veines.

M. TERRIER fait observer que la ligature sur une veine n'est pas plus dangereuse que la ligature d'une artère. En médecine vétérinaire, et particulièrement chez le cheval, la ligature de la veine est même un procédé de guérison des phlébites consécutives à la saignée.

M. DESPRÈS maintient que la ligature des veines est dangereuse et qu'on ne doit la pratiquer que quand on ne peut pas faire autrement. Or, dans le cas de M. Demons, la compression et la flexion du bras auraient pu suffire. Tout au moins, la ligature du bout supérieur faite par l'interne de garde était-elle inutile.

M. LEFORT, d'accord avec M. Desprès, dit qu'il ne faut pas ériger en principe qu'on doit faire la ligature des veines, surtout dans les cas où une simple compression suffit. Il faut pour cela des indications précises; ces indications ne semblaient pas exister dans le cas dont il s'agit. En outre, le mot de guérison d'infection purulente, employé par l'auteur de l'observation, est peut-être un peu exagéré. On sait combien est rare et exceptionnelle même la guérison de l'infection purulente. On commet souvent des erreurs de diagnostic; il est un signe important de l'infection purulente qui n'est pas mentionné dans cette observation, c'est l'arrêt de la suppuration de la plaie coïncidant avec le frisson initial.

M. TERRIER. M. Demons avait à traiter des accidents graves d'endophlébite suppurée; il a recours à une intervention chirurgicale à la suite de laquelle la température de 39 tombe à 37. Il y avait donc là des accidents septicémiques qui ont été atténués et même guéris sous l'influence d'une intervention qui a consisté à ouvrir la veine, à la cautériser intérieurement et à en lier une qui donnait du sang. Le résultat obtenu semble justifier la conduite tenue par M. Demons.

Corps étrangers de l'urèthre. — M. THÉOPHILE ANGER lit un rapport sur une observation de M. le docteur Turgis relative à l'extraction d'une sonde rompue dans le canal de l'urèthre. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans le procédé employé par M. Turgis, c'est d'avoir fixé le bout de sonde dans l'urèthre avec un tenaculum, puis de l'avoir extrait par une boutonnière périnéale. L'emploi de ce tenaculum n'a causé aucun accident et a singulièrement facilité l'opération. Il n'y a pas eu la moindre infiltration urineuse.

M. Anger propose d'inscrire M. Turgis sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Anesthésie par le chloroforme. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Depuis quelque temps, le chloroforme ne donne plus les mêmes résultats qu'autrefois; souvent même il est dangereux. La chloroformisation se trouve compromise par la nature du chloroforme qu'on nous livre. Déjà, en 1878, M. Maurice Perrin, dans un travail à l'Académie, appelait l'attention des chirurgiens sur ce fait que les résultats fournis par la chloroformisation n'étaient plus les mêmes. Il ne faut pas conclure d'expériences faites sur les animaux à ce qui se passe chez l'homme; il y a des individus particulièrement difficiles à endormir, et tel chloroforme qui a bien endormi cinquante individus tuera le cinquante-et-unième. Étant à l'hôpital Laennec, j'eus l'occasion d'observer plusieurs malades qui, après avoir été chloroformisés, furent pris d'un frisson violent et d'un refroidissement qu'on avait toutes les peines du monde à faire cesser. En quittant l'hôpital Laennec, j'eus l'occasion de recourir fréquemment à cette demi-anesthésie qu'on cherche à obtenir pour les femmes en couches; j'ai pu me convaincre qu'il y a certains chloroformes avec lesquels cette demi-anesthésie est impossible à obtenir et que, chez les femmes en couches, le chloroforme agit de façons très-différentes. Il y a chez elles des différences individuelles. Il en est, par exemple, qui oublient de respirer. A l'hôpital Tenon, malgré toutes les précautions que j'ai l'habitude de prendre, le 5 juillet, tandis que je pratiquais une opération ayant pour but la cure radicale d'une hernie inguinale droite, la respiration s'arrêta, et je fus obligé de faire l'inversion et de pratiquer la respiration artificielle pendant deux à trois minutes. Le 17 août, voulant opérer un jeune homme de dix-huit ans d'une tumeur blanche du pied droit, je ne pus jamais parvenir à endormir ce jeune homme qui eut des phénomènes de refroidissement des plus bizarres. Le lendemain, j'éprouvai les mêmes difficultés en pratiquant la trépanation du tibia sur un garçon de dix-sept ans. Je demandai des renseignements à M. Yvon sur le meilleur moyen de s'assurer de l'état de pureté du chloroforme. Quelques gouttes de permanganate de potasse suffisent, paraît-il, pour cela.

MM. Berger, Trélat, Lefort, Lannelongue, ont fait les mêmes observations que M. Lucas-Championnière. MM. Le Dentu, Delens, Blum, ont perdu chacun un malade par le chloroforme.

Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Lucas-Championnière que le chloroforme est aujourd'hui fabriqué dans de mauvaises conditions, qu'il faut qu'il soit chimiquement pur, qu'il importe donc qu'il soit soumis à l'essai par le permanganate de potasse, moyen indiqué par M. Yvon. Depuis qu'il emploie du chloroforme ainsi éprouvé, M. Lucas obtient des résultats tout différents; ce chloroforme purifié se reconnaît aux caractères suivants: odeur plus suave, pouvoir stupéfiant plus remarquable, action sur les opérés beaucoup plus efficace et beaucoup plus rapide, si bien qu'on use des quantités bien moindres de chloroforme, réveil parfait, respiration toujours facile. Il est possible que le chloroforme des hôpitaux s'altère et contienne par suite des impuretés. On a un moyen simple de remédier à cet état de choses, c'est la purification par le permanganate de potasse.

Côlotomie lombaire. — M. TRÉLAT propose de pratiquer la côlotomie lombaire chez les malades atteints de cancer du rectum inopérable. Dans deux cas où il a eu recours à cette opération, il a rendu véritablement un grand service aux malades. La côlotomie lombaire lui paraît préférable à toute autre opération de ce genre parce qu'elle est extra-péritonéale, parce qu'elle porte sur un intestin déterminé, sur la dernière partie de l'intestin, parce qu'elle permet de régulariser les fonctions intestinales et parce qu'enfin la pratique enseigne qu'un anus dans le dos est plus facile à porter qu'un anus inguinal. M. Trélat décrit avec le plus grand soin le manuel opératoire.

Anévrysme artérioso-veineux. — M. BERGER présente un malade atteint de fracture de la base du crâne et chez lequel il y a une communication de la carotide interne avec le sinus caverneux. On constate chez ce malade une exophthalmie directe, de l'injection de l'œil, un bruit de souffle continu avec renforcement iso-

chrone au pouls, enfin un thrill des plus manifestes. Que convient-il de faire à ce malade?

M. LANNELONGUE s'en tiendrait quant à présent à l'expectation pure et simple.

La séance est levée à sept heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

426. M. BRONDEL. Le sphygmographe passif. — 427. M. CHEVASSUS. De quelques accidents dus aux pansements des plaies par l'acide phénique. — 428. M. MERCIER-VALENTON. Étude sur les tensions malignes du crâne. — 429. M. ROMANESCU-LÉONIDAS. Essai sur la hernie lombaire. — 430. M. WIET. Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs. — 431. M. MOIZARD. Contribution à l'étude de la mammite chez l'homme. — 432. M. TORIO. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie a frigore. — 433. M. TRUCHY. Appareil de Scultet ouaté. — 434. M. LAFAGE. Traitement de la dilatation stomacale par le lavage. — 435. M. ROMEC. De l'hypertrophie de la glande mammaire chez la femme dans le cours de la grossesse. — 436. M. VALLON. Influence des lésions valvulaires du cœur sur la menstruation. — 437. M. AMIRAULT. De l'auscultation plessimétrique dans quelques maladies et plus spécialement dans la pneumonie et la tuberculose. — 438. M. COURTOIS. De la diphthérie et de son traitement par la pilocarpine. — 439. M. LAVALLÉE. De la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire. — 440. M. RAWLATT. Du cœur dans la tuberculose pulmonaire chronique. — 441. M. BERTHEUX. Kystes muqueux des sinus frontaux. — 442. M. LESUR. De la surdi-mutité. — 443. M. DE SEGUY. Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur par l'extension continue. — 444. M. PEYRAUDEAU. Du traitement de la diphthérie par la pilocarpine. — 445. M. DUPRÉ. Étude clinique sur les urines dans les maladies du cœur, spécialement dans les affections de l'orifice mitral. — 446. M. JACQ. De l'influence de l'immobilisation sur la cicatrisation des plaies, principalement des plaies d'amputation. — 447. M. LE LOIR. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine trophique. — 448. M. TESTUT. De l'avancement du tendon dans le traitement du strabisme et recherches expérimentales sur la cicatrisation du tendon après son action simple et après son avancement. — 449. M. DUBOIS. De la rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement. — 450. M. CLAVELIN. De la tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte. — 451. M. POPU. Essai sur le rhumatisme noueux et son traitement par les eaux thermales de Plombières. — 452. M. BERTREUX. Des éruptions cutanées dans l'ictère. — 453. M. VERNIER. De la blépharite ciliaire. — 454. M. REYNAUD. Des érythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde. — 455. M. AUBRY. Contribution à l'étude des varices abdominales chez l'homme. — 456. M. AUGE. De l'influence de la première dentition sur le développement de la blépharo-conjonctivite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1881, aura lieu le mardi 27 décembre 1881, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance, aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1881.

Les cartes de placement seront délivrées :

A MM. les élèves internes : 1° de deuxième, troisième et quatrième année, le lundi 26 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale; 2° de première année et à MM. les internes provisoires, le même jour, à trois heures.

A MM. les élèves externes : 1° de deuxième et troisième année, le mardi 27 décembre, à deux heures et demie ; 2° de première année, le mercredi 28 décembre, à deux heures précises, dans le même amphithéâtre.

— *Épidémies.* — Les nouvelles officielles du choléra, depuis notre dernier article (1), et datées de Constantinople du 21 de ce mois, sont les suivantes :

Aucun décès causé par le choléra ne s'est produit à Djeddah depuis le 29 novembre. Par contre, plusieurs cas se sont déclarés à Yambo parmi les pèlerins venant de Médine. Enfin l'on a constaté du 8 au 15 de ce mois, sur 6,600 pèlerins, 45 nouveaux décès à El Wich, dont 32 causés par le choléra et 7 par une diarrhée suspecte.

— La Société centrale de médecine vétérinaire, dans sa séance du 22 décembre, vient de renouveler son bureau, qui se trouve ainsi constitué pour 1882 :

Président, M. le docteur O. Larcher ; vice-président, M. Goubaux ; secrétaire général, M. H. Bouley ; secrétaire des séances, M. P. Cagny fils (de Senlis) ; bibliothécaire-archiviste, M. Mathieu ; trésorier, M. Prud'homme.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 15 décembre 1881.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12132.

N° 149. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. MARDI 27 DÉCEMBRE 1881. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les Hypochondriaques.

LEURS PRÉOCCUPATIONS, LEURS CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET LEURS ACTES INSOLITES OU CRIMINELS (1).

IV

Ainsi que je l'ai fait pressentir, à propos des hypochondriaques syphiliophobes, rien ne frappe plus les esprits faibles et ne produit une plus amère et une plus profonde impression que l'affection vénérienne. Aux regrets, à l'humiliation et à la douleur, se joignent souvent des angoisses mélancoliques, une dépression générale des facultés de l'intelligence et des préoccupations hypochondriaques incessantes. Les malades s'analysent sans cesse et examinent avec terreur leurs organes génitaux, leur gorge ou leur peau, et, alors même qu'une complète guérison est obtenue, ils conservent cependant de leurs accidents spécifiques un ineffaçable et poignant souvenir. Que des troubles plus ou moins graves de la raison surviennent plus tard, et ce souvenir se retrouvera bientôt.

Il pourra se faire alors que ce ne soit plus pour lui-même que le malade vienne à trembler, mais pour sa femme et ses enfants. En vain lui démontrera-t-on que la santé de sa femme n'est menacée ou atteinte en quoi que ce soit ; en vain l'assurera-t-on des excellentes conditions physiques que réunissent ses enfants : il secouera tristement la tête, s'accusera hautement d'avoir manqué de délicatesse et d'honneur, pleurera, gémira, et refusera peut-être tout aliment.

Que l'organe de l'ouïe soit intéressé, et l'hallucination révélante et accusatrice lui apportera des mots comme ceux-ci : « On sait tout !... Perdu !... Pourri !... C'est ta faute !... Tu l'as !... »

Le fait d'avoir pris du mercure est l'occasion de plus d'un émoi, et cet émoi peut rapidement devenir le prétexte de craintes d'empoisonnement. Autour de ce seul mot « mercure », tout un délire s'organise et se systématise. Les impressions les plus variées sont toutes rapportées au poison et aux effets ordinaires du poison. Les cheveux tombent-ils et une calvitie précoce se produit-elle ? C'est le mercure. Les dents s'altèrent-elles ? C'est le mercure. Un goût amer est-il perçu ? C'est la salive qui a été empoisonnée par le mercure. Qu'une idée de vengeance vienne à éclore, et elle sera nécessairement dirigée contre l'auteur du prétendu empoisonnement, contre le médecin.

En 1869, j'ai été chargé d'examiner, avec MM. Berthier et J. Falret, un sieur L..., ancien ouvrier tonnelier dans la Côte-d'Or et ancien garçon de café à Paris, qui avait été arrêté au mois de novembre 1868, au palais de Compiègne, dans des circonstances mystérieuses. L... n'était porteur que d'un assez mauvais couteau, et cependant il n'a pas nié qu'il avait le dessein d'avertir l'empereur, de lui faire changer de politique et même de le tuer. Fils et neveu d'aliénés, L..., dont il n'y a pas lieu en ce moment de rapporter l'observation complète, racontait que l'origine première de ses pérégrinations, de ses tourments et de ses malheurs devait être uniquement rapportée à la syphilis et au mercure que lui avait fait prendre le docteur B... (de Dijon); que plus tard il en avait beaucoup voulu au docteur B..., qu'il s'était rendu deux fois de suite chez lui pour lui « donner un mauvais coup », qu'il ne l'avait point rencontré et, qu'alors il avait tout à coup pris le parti de se diriger sur Compiègne.

Il y a seize ou dix-sept ans ans, un médecin de la Meuse fut assassiné sur une route. Le meurtrier était un ancien militaire que celui-ci avait soigné, à l'âge de vingt ans, pour une simple uréthrite. De retour dans son pays, au bout de sept ans, après sa libération, l'assassin va se poster sur la route, et, au moment où le médecin passe, il lui tire un coup de fusil qui le tue raide. Pendant toute la durée de son service militaire, cet homme n'avait présenté aucun symptôme particulier ; il était, en quittant l'armée, sergent dans les chasseurs de Vincennes. Il a été condamné à dix ans de réclusion. J'ai eu sur cet individu des renseignements très-précis, mais je ne l'ai point interrogé. Il croyait, paraît-il, que le médecin lui avait fait prendre du mercure, et il attribuait à ce médicament la chute de ses dents et de ses cheveux.

L'hypochondriaque est un être dangereux pour le médecin. Les faits que je viens de rapporter ici sont loin d'être isolés. Lorsque l'on entend parler d'un attentat commis sur la personne d'un de nos confrères, il faut généralement songer à la probabilité d'une vengeance maladive exercée par un malade, à l'occasion d'une prescription professionnelle, d'une intervention médico-légale ou d'un devoir public. Pourquoi le docteur Guichard (de Troyes) a-t-il été

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 décembre 1881.

assassiné il y a quelques années, dans son propre cabinet de consultations? Parce qu'il avait délivré un certificat d'aliénation mentale à l'un de ses clients, et que ce client avait dû être soumis à un traitement assez prolongé à l'asile de Saint-Dizier. L'exercice de notre art est fertile en satisfactions de conscience; mais il a bien ses soucis, ses douleurs et ses périls!

Il faut à l'hypochondriaque aliéné un éditeur responsable, une victime privilégiée : à la place du médecin, ce sera parfois la garde-malade ou l'épouse qui périra. Voyez plutôt ce qui vient d'arriver à Vineuil, près Blois : G..., charpentier, âgé de quarante ans, atteint de tuberculisation pulmonaire très-avancée, a une femme et trois jeunes enfants. Sa femme est réputée intelligente, laborieuse et dévouée. G..., toujours préoccupé de sa santé, s'imagine que sa femme ne l'a pas bien soigné et qu'elle est la cause unique de l'aggravation de son état. Une fois cette conception éclose, elle est bien vite acceptée et démontrée. La conséquence fatale, vous la prévoyez, sera le meurtre de la femme. Une nuit, en effet, G... quitte la couche conjugale, prend un rasoir, remonte dans le lit et porte à la malheureuse deux coups terribles. L'instrument pénètre jusqu'à la colonne vertébrale. G... ouvre ensuite l'abdomen et les intestins s'échappent. Le meurtrier laisse crier les trois enfants, témoins de ce massacre; il s'enfuit et se rend au bord de la Loire. Là, il se tire un coup de pistolet et ne se blesse même pas. La cour d'assises du département du Loir-et-Cher l'a condamné à quinze ans de travaux forcés.

Je ne peux ni ne dois terminer ce long exposé de l'état mental des hypochondriaques, sans vous rappeler que M. Baillarger a magistralement décrit, il y a vingt ans, un délire hypochondriaque spécial qui s'observe dans le type dépressif de la paralysie générale des aliénés.

Ce délire hypochondriaque spécial se traduit d'ordinaire par un ensemble de conceptions très-nettes et à peu près invariables. Les malades disent, par exemple, que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués; qu'ils n'ont plus de bouche, plus d'estomac, plus de ventre, plus de sang; que leurs aliments ne passent plus, que leurs intestins sont barrés. A les entendre, ils ne peuvent ouvrir ni les yeux ni la bouche; ils ont des ankyloses des mâchoires, ils ne vont plus à la selle, ils n'urinent plus; leur peau se parchemine, leur pénis est pourri, leurs testicules s'atrophient et ne sécrètent plus; ils ont du vent dans la tête, leurs jambes sont raccourcies, leurs mains grossissent, leur physionomie est méconnaissable. Ces malades ont une tendance énorme à la gangrène. On est souvent obligé de les nourrir avec la sonde œsophagienne. Ils se privent parfois d'uriner et arrivent à avoir des rétentions d'urine. Leur état général est exposé à péricliter très-rapidement.

Cette forme hypochondriaque réclame des soins assidus, une surveillance de tous les instants et une thérapeutique appropriée, toutes choses sur lesquelles je n'ai point à insister en ce moment, En décrivant cette variété de délire que l'on ne rencontre que dans des circonstances pathologiques déterminées, M. Baillarger a rendu un service de plus à la science, car les faits qu'il a signalés le premier sont d'une grande exactitude clinique.

Dans le cours de votre pratique, vous ne serez pas longtemps sans rencontrer des hypochondriaques. N'oubliez pas trop vite ce que j'ai eu l'honneur de vous dire aujourd'hui, et je m'estimerai heureux d'avoir pu vous apprendre quelque chose.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Coursserant.

Cataracte diabétique incomplète; iridectomie préventive; succès.

(Observation recueillie par M. Leviste, chef de clinique.)

Dans un récent article (1), et dans un travail antérieur (2), notre maître, M. le docteur Coursserant, a prouvé que l'intervention chirurgicale oculaire chez les diabétiques était exempte d'accidents (suppuration prolongée, phlegmon rétro-orbitaire, etc.). Depuis que nous suivons sa clinique, nous avons vu plusieurs opérations de cataracte diabétique; et toujours le succès a été complet.

Voici, du reste, une nouvelle observation à l'appui de cette thèse, observation qui, nous l'espérons, montrera une fois de plus qu'on ne doit pas s'arrêter au *nolime tangere* lancé par certains auteurs.

Mme B..., âgée de soixante ans, demeurant à Pacy-sur-Eure, vient consulter à la clinique, le 24 septembre 1881. Elle se plaint que, depuis six mois, sa vision du côté gauche diminue; il lui semble avoir devant l'œil un brouillard qui, de jour, en jour augmente d'épaisseur. En outre, cette malade nous dit qu'elle est diabétique depuis quinze ans.

On examine l'œil, et l'éclairage oblique nous montre qu'il y a des opacités au centre du cristallin, tandis que la partie périphérique n'est pas encore envahie. Nous sommes donc en présence d'une cataracte centrale, demi-molle. Vu l'état général de la malade, il était important d'examiner le fond de l'œil à cause des rétinites et des hémorrhagies qui se présentent souvent chez les individus atteints de cette diathèse. L'examen à l'image renversée ne décèle aucune lésion des membranes profondes. Du reste l'acuité centrale, le champ visuel et la projection rétinienne sont normales et viennent par conséquent confirmer le diagnostic fait à l'aide du miroir.

L'analyse des urines donne les résultats suivants :

Urine acide :

Densité.	1033.
Sucre.	49 gr. 63 par litre.
Urée.	15 gr. 13 par litre.

Mme B... rendant environ deux litres d'urine par vingt-quatre heures, élimine donc de 80 à 90 grammes de sucre dans le même temps.

Malgré cet état général assez défectueux, M. Coursserant décide de faire une iridectomie préventive, et cela pour deux raisons : 1° cette première opération permettra peut-être à la malade de voir quelques mois encore par la périphérie de son cristallin; 2° elle montrera comment sera supporté le traumatisme chirurgical, condition importante pour l'avenir quand il s'agira d'enlever la cataracte alors arrivée à son entier développement. Et à ce sujet nous croyons devoir rappeler les principes nettement formulés par notre maître, principes que nous lui avons souvent entendu professer dans ses leçons.

Si les malades, atteints de cataracte diabétique, traversent une période aiguë de leur diathèse, par exemple s'ils ont des manifestations soit cutanées (furoncles, anthrax), soit internes (bronchite, congestion pulmonaire, etc.), il faut attendre pour opérer que ces accidents aient disparu, et traiter d'abord l'état général. D'ailleurs, pour une cataracte, l'intervention chirurgicale n'est jamais urgente au point de ne pas attendre. Il n'y aurait que les cas de glaucome où l'opération serait indiquée de suite, car là elle aurait pour but d'apaiser les douleurs intolérables de cette affection; mais ces cas sont rares chez les diabétiques.

---

(1) Voir *Journal des connaissances médicales*, 6 octobre 1881.

(2) Voir *Journal d'ophthalmologie*, année 1878. — Réflexions sur l'opération de la cataracte chez les diabétiques.

De plus, avant d'opérer une cataracte diabétique, il faut s'assurer si le champ visuel, la projection rétinienne, sont normaux, et par conséquent si les membranes profondes de l'œil sont saines. M. Coursserant pense que c'est pour avoir fait ces examens d'une façon trop superficielle que l'on a eu des insuccès. En effet, le diabète produit dans tout l'organisme un affaiblissement général. Du côté de l'œil particulièrement, la nutrition se fait mal, les vaisseaux deviennent friables et donnent lieu très-souvent à des épanchements sanguins qui surviennent spontanément. Alors, dans ces conditions, faire subir à un organe aussi délicat un traumatisme chirurgical, c'est s'exposer à de nouvelles hémorrhagies et à tous les accidents qui les suivent fatalement.

En un mot, ce n'est pas la présence du sucre en grande quantité dans les urines qui constitue une contre-indication, c'est l'altération du fond de l'œil, c'est une crise aiguë de la diathèse.

Et c'est parce que Mme B... n'offre aucune de ces complications que notre maître fait l'opération.

L'iridectomie est faite, le 26 septembre, à la partie supérieure de la cornée. Aucun épanchement sanguin ne se produit dans la chambre antérieure. On applique un pansement antiseptique sur l'œil (protective, lint imbibés de salicol Dusaule, gâteau de charpie sèche, bande de flanelle).

Le lendemain, le pansement est renouvelé. Aucune trace de pus. La chambre antérieure est reformée et la cicatrisation de la plaie est presque complète.

28 *septembre*. — Aujourd'hui, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'opération, la plaie est entièrement cicatrisée.

30 *septembre*. — Mme B... quitte la clinique, distinguant parfaitement les objets par la périphérie de son cristallin.

L'iridectomie préventive avait donc satisfait au double but que M. Coursserant s'était proposé : rétablissement de la vision pour quelques mois, traumatisme chirurgical très-bien supporté. Aussi, quand la cataracte sera complète et que la malade reviendra pour sa seconde opération, tout nous fait espérer un nouveau succès.

Nous avons publié cette observation pour apporter un nouvel argument contre le *noli me tangere* lancé par quelques auteurs. Nous avons voulu montrer que cette défense d'opérer est trop absolue, qu'elle s'applique seulement aux diabétiques qui traversent une période aiguë de leur diathèse ou qui ont une altération des membranes profondes de l'œil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 décembre. — Présidence de M. H. Gueneau de Mussy.

COMMUNICATIONS

Hémoglobinurie. — M. MESNET communique l'observation d'hémoglobinurie dont il a donné lecture à l'Académie de médecine.

En rapprochant ce fait de celui que M. du Cazal a communiqué dans la dernière séance, il fait remarquer que toutes les observations publiées sont identiques, et que, tracer l'histoire d'un de ces malades, c'est tracer celle de tous les autres.

Alimentation artificielle des phthisiques. — M. DESNOS lit un travail sur ce sujet. Cette méthode, dit-il, offre de réels avantages; mais elle n'est pas exempte d'inconvénients ni d'accidents, et il importe, dans l'intérêt même de la méthode, de faire connaître ces inconvénients et ces accidents, afin d'en rechercher les causes et les moyens de les prévenir. M. Desnos cite un exemple emprunté à son service. Il s'agit d'un homme atteint d'excavations tuberculeuses aux deux poumons. L'alimentation forcée étant indiquée chez lui, on eut recours au tube de Faucher; on lui fit prendre ainsi, d'un coup, un litre de lait. Aussitôt, ce malade fut pris d'un accès de suffocation, d'une dyspnée intense et de menaces d'asphyxie; en même temps, le liquide refluait par la bouche, par le nez. L'auscultation, pratiquée au même instant, révélait du gargouillement, qui indiquait la présence d'un liquide dans les bronches; en effet, le malade eut une expectoration de lait. Enfin, il se déclara une pneumonie qui emporta ce malade dans l'espace de trente-six heures.

A l'autopsie, on trouva les excavations tuberculeuses diagnostiquées pendant la vie, les lésions d'une pneumonie au premier degré ; puis on trouva du liquide remontant jusqu'au larynx et à la trachée. Le passage du lait dans les voies respiratoires était hors de doute, et c'était bien lui qui avait déterminé l'explosion d'une pneumonie. M. Bariot, interne à la Charité, a publié trois cas d'intolérance absolue qui, rapprochés du fait de M. Desnos, montrent qu'il faut faire des réserves et prendre de grandes précautions pour l'emploi de cette méthode. Ainsi, un litre injecté à la fois est une quantité trop considérable ; il faut faire l'injection doucement, lentement, et prendre des temps d'arrêt. Malgré cela, M. Desnos reste partisan de l'alimentation artificielle pour certains phthisiques. Il termine par les conclusions suivantes :

1° L'alimentation artificielle ou le gavage des phthisiques constitue une bonne méthode, mais donnant lieu parfois à des phénomènes d'intolérance et pouvant même, dans certains cas, entraîner de véritables dangers ;

2° Chez certains malades, elle est absolument inapplicable ;

3° Elle exige certaines précautions ; il faut procéder lentement à l'introduction du liquide, prendre des temps d'arrêt ;

4° Il ne faut pas l'appliquer pendant les accès fébriles, et il faut attendre les moments d'apyrexie ;

5° L'alimentation artificielle par le lait détermine quelquefois de la diarrhée.

Tuberculose miliaire aiguë généralisée. — M. MILLARD rappelle avoir présenté, le 11 novembre, dernier un enfant de dix-sept ans atteint de tuberculose miliaire aiguë du pharynx. L'auscultation et la percussion donnaient alors très-peu de chose, mais cet enfant se plaignait de douleurs atroces dans la gorge, il lui était impossible d'avaler, et l'alimentation artificielle avec le tube Faucher étant inapplicable, il fallut recourir à l'introduction d'une sonde uréthrale dans le nez pour lui faire prendre un peu de lait; il avait une diarrhée continuelle, enfin il a succombé le 12 décembre.

M. Millard présente les pièces provenant de l'autopsie de ce malade. La muqueuse du voile du palais, du pharynx, est hérissée de points jaunâtres, la langue n'a rien. Indépendamment des lésions pulmonaires tuberculeuses, on trouve l'intestin rempli de granulations tuberculeuses dont beaucoup sont ulcérées. En résumé, cet enfant a succombé à une tuberculose miliaire aiguë généralisée qui a débuté par une angine tuberculeuse.

Éruption pemphigoïde déterminée par l'emploi d'une médication iodée. — M. HALLOPEAU rapporte l'observation d'une enfant de quatre ans qui prenait une solution de raifort iodé : elle présente une éruption bulleuse des plus singulières; plusieurs de ces bulles avaient jusqu'à 4 centimètres de diamètre ; elles étaient grisâtres, leur contenu était concrété; il n'y eut pas de phénomènes généraux, et cette éruption disparut sans laisser de traces. A ce moment, M. Hallopeau ne savait au juste ce dont il s'agissait, lorsqu'au mois d'août, à Londres, il vit une pièce représentant une éruption absolument semblable. Depuis, il a vu un autre malade présenter une éruption analogue sous l'influence d'un traitement iodé.

M. RATHERY, chaque fois qu'il a pris du salicylate de soude, a eu une éruption pemphigoïde sur les mains et sur d'autres parties du corps.

ÉLECTION

Le bureau, pour l'année 1882, est ainsi constitué : président, M. Dujardin-Beaumetz ; vice-président, M. Millard ; secrétaire-géné-

ral, M. Desnos ; secrétaires particuliers, MM. Duguet et Troisier ; trésorier, M. Édouard Moutard-Martin.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1881. — Présidence de M. DE ST-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Anesthésie par le chloroforme. — M. BERGER a constaté depuis un certain temps, comme M. Lucas-Championnière, que le chloroforme fourni par les hôpitaux n'avait pas toujours toutes les qualités requises pour produire une bonne anesthésie, soit qu'il ait été mal préparé, soit qu'il s'altère dans les flacons où il est conservé. Les caractères physiques auxquels on peut reconnaître qu'un chloroforme est altéré sont les suivants : d'abord il n'a plus cette odeur suave et pénétrante du chloroforme pur, il a plutôt l'odeur piquante de l'acide acétique ; en second lieu, le chloroforme altéré laisse sur la compresse une tache brunâtre, contrairement au chloroforme pur qui ne doit laisser aucune trace. Outre ces caractères physiques, le chloroforme altéré se reconnaît encore par son action physiologique, par certains troubles de la première période de l'anesthésie et de la période d'excitation, tels qu'une sorte de pause respiratoire résultant d'un réflexe laryngé produit par l'action irritante du chloroforme sur la muqueuse du larynx, un état syncopal déterminé par arrêt du cœur ; les inspirations sont rares ; elles sont au nombre de six à sept seulement par minute, et cela peut durer ainsi pendant dix à quinze minutes avant que le malade soit anesthésié. Pendant tout ce temps il respire très-mal. L'asphyxie par fatigue et arrêt du cœur est toujours à craindre en pareil cas. M. Berger est convaincu que la Pharmacie centrale des hôpitaux fait tous ses efforts pour livrer du chloroforme pur, et que c'est par suite des moyens de conservation dans les hôpitaux, de son exposition à l'air et à la lumière, qu'il finit par s'altérer. Il y a une solution pratique à proposer pour éviter ces inconvénients, c'est de ne livrer que de petites quantités de chloroforme à la fois aux hôpitaux et de le conserver dans des flacons colorés et fermés d'une baudruche.

M. MAURICE PERRIN a écouté avec d'autant plus d'intérêt la communication de M. Lucas-Championnière qu'il a été frappé lui-même depuis longtemps déjà des difficultés qu'on rencontrait dans la pratique de l'anesthésie par le chloroforme. Les opérés passent alternativement d'une période de collapsus à une période d'excitation ; ils ont presque constamment des vomissements, de la petitesse du pouls, etc. Le produit de son côté n'a plus les mêmes caractères qu'il présentait autrefois ; il n'a plus cette odeur franche de pomme de reinette qui était caractéristique ; il laisse une tache sur la compresse. Étant frappé de cette situation, M. Perrin en avait fait une communication à l'Académie de médecine, en 1878. M. Perrin ayant, à cette époque, interrogé ses collègues en chirurgie de l'Académie, la plupart lui répondirent qu'ils continuaient à se trouver satisfaits de la chloroformisation. Toutefois MM. Marc Sée et Guyon reconnurent quelques-uns des inconvénients signalés dans cette communication.

Ayant mis directement en cause la pureté du chloroforme, M. Perrin en fit prendre dans toutes les meilleures pharmacies de Paris ; tous présentèrent les mêmes caractères physiques et les mêmes inconvénients dans leur action physiologique ; ces chloroformes furent rectifiés d'après le procédé de M. Regnauld, et dès lors M. Perrin retrouva sa bonne anesthésie d'autrefois. C'était donc bien à l'impureté du chloroforme qu'étaient dus les accidents qu'il avait observés.

Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais, a dit M. Sédillot ; c'est là certainement une assertion exagérée, car, quelle que soit l'habileté avec laquelle le chloroforme est administré, l'état anesthésique expose à des dangers et peut même avoir pour conséquence la mort subite. Dans ces conditions, on ne saurait apporter trop de soins dans sa préparation ni trop d'attention dans son administration. Les Anglais ont presque complètement renoncé au chloroforme pour l'éther, parce que, disent-ils, chaque fois qu'ils donnent le chloroforme, ils sont traînés devant les tribunaux.

On peut éprouver les qualités du chloroforme par l'addition d'une certaine quantité d'acide sulfurique ou de permanganate de potasse. Il faudrait, autant que possible, s'appliquer à n'employer pour l'anesthésie que le chloroforme fraîchement préparé ; le plus sûr moyen pour être certain des qualités de ce produit est donc de n'en pas faire de grandes provisions. En cas de danger d'asphyxie, il faut immédiatement recourir à la respiration artificielle.

M. MARC SÉE n'a pas à se plaindre des résultats que lui donne le chloroforme de l'administration des hôpitaux. Il ne croit pas que les cas de mort qui ont été observés soient dus à l'impureté du chloroforme. Toutefois il croit, avec MM. Lucas-Championnière et Berger, qu'il y a lieu de demander à l'administration qu'elle fasse tous ses efforts pour purifier le plus possible le chloroforme destiné aux hôpitaux.

M. FARABEUF. Les statistiques démontrent que les plaintes portées contre le chloroforme sont pour ainsi dire périodiques. Autrefois la Pharmacie centrale des hôpitaux fabriquait elle-même son chloroforme ; mais, depuis que les progrès de l'industrie ont permis de le fabriquer à meilleur marché, elle se contente de purifier ou même simplement de vérifier celui qui est envoyé par la fabrique de Lille. L'épreuve du papier, qui consiste à voir si le chloroforme tache le papier, devrait être pratiquée plus souvent. Enfin peut-être y aurait-il lieu de voir si les nouvelles recherches de M. Paul Bert sur l'emploi du chloroforme sous tension ne permettrait pas d'éviter les accidents.

M. DESPRÈS. Les expériences de M. Paul Bert ont besoin d'être sanctionnées par l'épreuve du temps. Je défends, quant à moi, le chloroforme des hôpitaux ; voilà dix-sept ans que je suis chirurgien des hôpitaux, et je n'ai jamais eu qu'à me louer du chloroforme de l'administration. Le seul cas de mort que j'aie eu à enregistrer a été observé chez une jeune femme de Lourcine que j'avais laissé le soin d'endormir à un de mes élèves. L'observation a été publiée. Depuis, quelques opérations que j'aie faites, j'ai toujours eu recours au chloroforme des hôpitaux, et jamais je n'ai eu d'accidents. Jamais je ne me suis préoccupé des qualités du chloroforme ; j'ai vu se produire des vomissements, mais le même chloroforme, donné le même jour, faisait vomir un malade et ne faisait pas vomir l'autre. Quelque effort que vous fassiez, du reste, jamais vous n'aurez de chloroforme absolument pur. Le chloroforme agit comme l'alcool, et l'ivresse qu'il donne est, comme celle du vin, très-variable, suivant la dose employée et suivant le mode d'administration. Il faut procéder par petits coups et non à grands traits et aplatir les malades comme le font les Anglais. Le chloroforme, pur ou non pur, est un excellent anesthésique auquel il faut nous tenir.

M. TILLAUX ne voudrait pas qu'on sonnât ainsi la cloche d'alarme au sujet du chloroforme des hôpitaux. Depuis vingt ans, dit-il, que je l'emploie journellement, je n'ai jamais eu ni vu d'accident. Un agent anesthésique qui vous donne de pareils résultats ne peut pas être mauvais. L'anesthésie chloroformique me paraît donner aujourd'hui les mêmes résultats qu'autrefois. Parmi les malades anesthésiés, les uns s'endorment facilement, les autres difficilement, les uns se congestionnent, les autres pas, les uns vomissent, les autres non. Il faut tenir compte, pour expliquer ces différences, des individualités et des idiosyncrasies, et aussi du mode d'administration. Ce n'est pas le chloroforme qui est la cause des accidents, c'est le malade lui-même ou la manière de l'administrer.

M. LE FORT. La question est celle-ci : Le chloroforme des hôpitaux donne-t-il aux chirurgiens des ennuis que ne donne pas le chloroforme de la ville ? Il ne s'agit ni des accidents graves, ni des cas de mort ; il s'agit surtout des nausées, de la tendance aux vomissements, que nous trouvons aujourd'hui bien plus fré-

quentes dans nos hôpitaux qu'autrefois. Je crois que la façon défectueuse dont est conservé le chloroforme dans nos salles est la principale cause de ces accidents. En 1876, j'ai fait mettre du chloroforme dans des tubes fermés à la lampe, nous verrons ce que vaut aujourd'hui ce chloroforme; peut-être y a-t-il là un moyen de conservation précieux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Nous avons examiné le chloroforme des hôpitaux et le chloroforme de dix-sept pharmacies de la ville, et nous avons reconnu qu'ils contenaient des impuretés. Or cette constatation a coïncidé précisément avec un assez grand nombre d'accidents. Il y avait donc lieu d'appeler l'attention sur ce sujet et de se demander si, en dehors des susceptibilités individuelles dont il faut tenir grand compte, il n'y avait pas dans l'impureté du chloroforme une nouvelle cause de ces accidents, et nous demandons simplement qu'on surveille plus attentivement la fabrication du chloroforme et qu'on améliore ses moyens de conservation.

Résection du maxillaire supérieur. — M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. Combalat (de Marseille), relatif à la résection du maxillaire supérieur. M. Combalat est d'avis qu'on doit endormir les malades auxquels on pratique cette opération, qu'il n'est pas nécessaire de faire la trachéotomie préventive, qu'il faut également abandonner la ligature préventive de la carotide primitive, attendu qu'on n'a généralement que des hémorrhagies en nappes, et que, s'il y a un jet artériel, on peut recourir à la ligature ou à la cautérisation. M. Combalat est partisan de l'incision interne, soit seule, soit combinée avec l'incision externe. M. Polaillon repousse l'incision interne comme laissant une difformité plus accusée. Pour la section osseuse M. Combalat préfère les cisailles et n'a recours à la scie à chaîne que dans les cas où il y a une trop grande résistance. Il insiste sur la bénignité du pronostic de ces opérations. Pour éviter la fonte purulente de l'œil, qui a été, dans quelques cas, la conséquence de cette opération, il propose de suturer les paupières jusqu'à ce que du tissu de cicatrice ait remplacé le plancher de l'orbite.

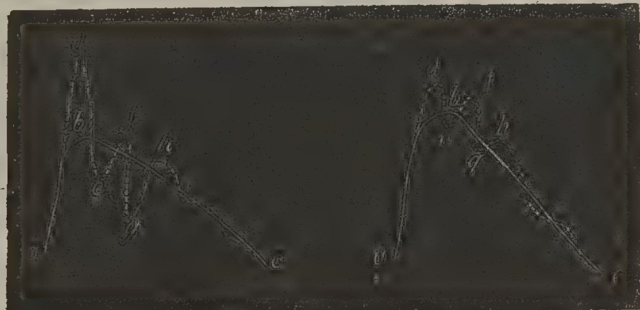
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sphygmographe passif.

M. Brondel, dans sa thèse de doctorat, donne l'analyse de la pulsation normale telle qu'il l'a obtenue au moyen du sphygmographe spécial qu'il a fait construire et qu'il nomme sphygmographe passif pour marquer l'absence d'élasticité qui le caractérise. Il explique de la façon suivante la courbe graphique du pouls normal.

En supposant que les vaisseaux soient rigides, on aurait la ligne pleine a' b' c' ; la tension du sang, montant brusquement et s'éteignant d'une manière graduelle, est formée d'oscillations décroissantes. Le ventricule se contracte jusqu'en b', mais la colonne sanguine, poussée par son inertie, dépasse la limite de la



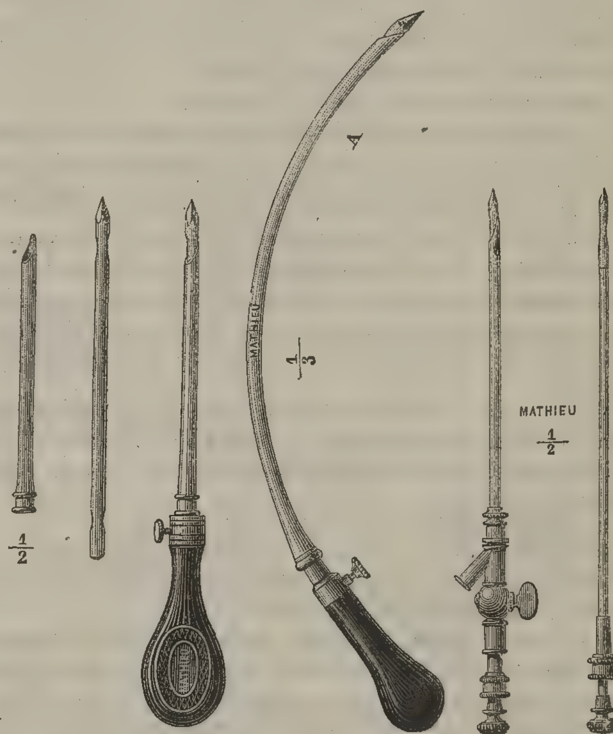
contraction cardiaque, et se précipite en avant jusqu'en d'; elle revient alors en arrière, rencontre en c' le ventricule encore contracté, revient en avant en f', où commence la diastole ventriculaire. De f' en g' le ventricule se dilate, la colonne du sang revient fortement en arrière pour fermer les valvules aortiques en g'. Cette occlusion occasionne un nouveau soubresaut du sang, la pression remonte dans les artères jusqu'en h', et là la colonne sanguine, prise par l'élasticité artérielle, achève sa course avec deux petites oscillations décroissantes. On a ainsi la courbe représentée par la ligne pleine A, où le point d' est placé à mi-hauteur de la ligne ab.

Si la tension artérielle diminue, les vaisseaux deviennent plus dilatables, le mouvement de pendule décrit précédemment aura des oscillations plus amples, les incisures seront plus profondes, et le point g sera abaissé. Dans la forte tension artérielle le contraire arrivera; le cœur, trouvant, lui, plus de résistance, accompagnera plus loin l'ondée sanguine, les oscillations seront plus restreintes et le point g s'élèvera.

Ainsi le point de fermeture des valvules sigmoïdes, g, indique par sa position l'état de tension des artères, c'est-à-dire l'état des vaso-moteurs, et le sphygmographe devient en quelque sorte le thermomètre du système nerveux.

Trocart modifié.

M. le docteur R. Moutard-Martin a présenté à la Société médicale des hôpitaux des trocarts modifiés remédiant aux inconvénients que présente dans les ponctions la saillie de l'extrémité antérieure de la canule sur la tige du trocart. Ils évitent à l'opérateur le nouvel effort toujours nécessaire, parfois assez grand, pour faire pénétrer la canule dans la peau que la pointe du trocart a déjà traversée; ils évitent à l'opéré une nouvelle douleur qui se produit toujours à ce moment.



Le trocart courbe de Chassaignac ainsi modifié ressort facilement à l'orifice de sortie sans qu'une incision au bistouri, presque indispensable actuellement, soit nécessaire pour permettre le passage de la canule. En outre, la canule, taillée en bec de flûte à son extrémité, peut cheminer facilement à travers les tissus qu'elle écarte, et il n'est plus nécessaire de retourner la tige, de fixer la pointe dans le manche pour la remettre en place plus tard, temps qui augmente la durée de l'opération et la complique toujours quelque peu.

La modification consiste en ce que, en arrière de la lame, se trouve une dépression dans laquelle l'extrémité de la canule taillée

en bec de flûte mousse vient se placer; l'extrémité de la canule se trouve donc dans la continuité de la lame et ne fait aucune saillie derrière celle-ci.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la démission de M. Frémy, médecin de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. Vulpian passe de la Charité à l'Hôtel-Dieu ;
M. Féréol passe de Beaujon à la Charité ;
M. Fernet passe de Lariboisière à Beaujon ;
M. Duguet passe de Saint-Antoine à Lariboisière ;
M. Gouraud passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine ;
M. Landrieux passe du Bureau central à Sainte-Périne ;
M. Raymond passe du Bureau central à Ivry.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Le concours pour l'agrégation près les Facultés de médecine a donné lieu à d'assez nombreuses controverses. On a surtout insisté sur le temps, parfois très-long, qu'un certain nombre de candidats sont obligés de passer hors de leur résidence habituelle, sur les changements qui pourraient être apportés à plusieurs épreuves, de manière à en augmenter la valeur. Je suis disposé à étudier avec soin ces diverses questions ; mais, tout d'abord, il me paraît nécessaire d'appeler les Facultés à en délibérer.

« Sans vouloir en rien ni limiter la discussion, ni empêcher tous les systèmes de se produire, je crois devoir indiquer quelques-unes des idées qui m'ont été soumises, et inviter les Facultés à les examiner dans l'ordre qui est marqué ci-dessous, pour qu'il soit plus facile de comparer les opinions opposées.

« 1° Les épreuves préparatoires pourraient-elles être ramenées (l'appréciation des titres antérieurs des candidats restant toujours un des éléments principaux de l'admissibilité) à des compositions écrites, et quelles devraient être ces compositions ?

« Si ces compositions paraissaient être insuffisantes, elles pourraient être faites au chef-lieu de chaque académie ; il serait facile de les imprimer comme cela se pratique pour l'agrégation de droit. Le candidat qui n'habiterait pas la ville où siégerait le jury ne serait obligé de quitter sa résidence que pour les épreuves définitives.

« 2° Quelle est la valeur de la thèse dans le concours d'agrégation ? Doit-elle être maintenue, modifiée ou supprimée ? Doit-elle être remplacée par une autre épreuve ? Dans ce cas, quelle serait cette épreuve ?

« 3° L'argumentation doit-elle être maintenue ?

« 4° Quels moyens pratiques pourraient être employés pour diminuer le temps que chaque candidat doit donner aux épreuves définitives, sans affaiblir ces épreuves ?

« Il ne s'agit d'aucune manière de rétablir les agrégations locales, mais de favoriser le recrutement du corps de l'agrégation, en faisant disparaître, dans la mesure du possible, les obstacles qui empêchent un certain nombre de jeunes gens de se faire inscrire ; il s'agit surtout d'élever le niveau du concours, en améliorant les épreuves qui peuvent être utilement modifiées. »

— A l'occasion des fêtes du jour de l'an, la Faculté de médecine de Paris sera fermée le samedi 31 décembre 1881, le lundi 2 et le mardi 3 janvier 1882.

Le registre d'inscriptions du trimestre de janvier 1882 (deuxième semestre de l'année scolaire 1881-1882) sera ouvert le mercredi 4 janvier ; il sera clos le jeudi 26 du même mois, à quatre heures du soir. Passé cette date, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon le cas.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une heure à quatre heures. Les élèves de première et de deuxième années, qui ne sont point assujettis au stage hospitalier, devront prendre leur inscription du 4 au 14 janvier. Les élèves soumis au stage prendront leur inscription du 16 au 26 janvier. Enfin les inscriptions ne pourront être prises qu'autant que le stage hospitalier et la présence aux travaux pratiques auront été dûment constatés.

Les consignations pour les examens probatoires seront reçues les vendredis et samedis de une heure à quatre heures.

— Nous trouvons dans le *Temps* les détails suivants sur la dernière séance du Conseil supérieur de l'instruction publique, qui intéressent le corps médical :

« On sait que l'on a beaucoup développé dans ces derniers temps l'enseignement des sciences naturelles dans les lycées, mais on s'est trouvé un peu dépourvu de professeurs. On a admis alors, à donner cet enseignement, des docteurs en médecine et des étudiants bien notés. Aujourd'hui on demande que tout docteur en médecine ou pharmacien de première classe puisse subir l'examen d'agrégation des sciences naturelles sans qu'il y ait besoin pour lui, comme c'est la règle, de posséder deux licences (mathématiques, physique ou sciences naturelles). Cette demande a paru exorbitante à beaucoup de membres du Conseil qui y ont vu une atteinte sérieuse aux droits et aux garanties universitaires.

« La commission avait proposé un moyen terme qui consistait à dispenser pendant deux ans les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe de subir les épreuves des licences. Après une longue discussion, le Conseil a adopté un amendement de M. Fustel de Coulanges ainsi conçu : « Pourront être admis au concours de l'agrégation des sciences naturelles : 1° les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licence ès sciences physiques ; 2° les pharmaciens munis des diplômes supérieurs et justifiant de cette même licence. »

— Par décret en date du 24 décembre 1881, les professeurs titulaires des écoles supérieures d'Alger qui, dans l'ordre du droit et de la médecine, sont pourvus du titre d'agrégé, dans l'ordre des sciences et des lettres, du grade de docteur ès sciences et ès lettres, sont inscrits, quand ils ont l'âge de trente ans, à leur rang d'ancienneté, sur la liste de classement des professeurs de facultés, touchent le traitement de la quatrième classe et sont soumis aux mêmes règles d'avancement que les professeurs de la métropole.

Les années passées comme titulaires aux écoles d'Alger par le professeur qui a moins de trente ans, dans les conditions de titre et de grade indiquées ci-dessus, sont comptées intégralement pour l'ancienneté des services. — Le présent décret est exécutoire à partir du 1er janvier 1882.

— Par décret en date du 12 décembre 1881, sont promus dans le corps de santé :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Villiès, Lauza, Farssac, Carivenc, Yvert, Martin et Vaillard.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Forestier, Jehl, Beunat et Troupeau.

— MM. Sarazin, médecin principal de deuxième classe ; Alezais et Halbron, médecins-majors de première classe ; Rives, pharmacien-major de deuxième classe, viennent de prendre leur retraite.

— Le traitement des aides-naturalistes du Muséum d'histoire naturelle de Paris va subir, à partir du 1er janvier prochain, une augmentation importante. Le minimum sera désormais de 3,000 fr. par an et le maximum de 5,000 francs. Les préparateurs du même établissement verront aussi leur traitement amélioré. Il sera porté de 1,500 à 1,900 francs, comme chiffre minimum et pourra s'élever à 2,900 francs. Nous ne pouvons qu'applaudir vivement à une mesure réclamée depuis longtemps en faveur de savants des plus méritants et dont un grand nombre sont docteurs en médecine ou licenciés ès sciences, voir même docteurs ès sciences naturelles.

— Une dépêche d'Alexandrie datée du 24 décembre nous fait savoir que le choléra serait en décroissance marquée à El Wich. Un seul décès cholérique aurait été constaté dans les journées du 17 et du 18 de ce mois.

— Un concours pour une place de chirurgien des hospices civils de Saint-Étienne s'ouvrira le 12 juin 1882, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le chirurgien nommé entrera en exercice le 1er juillet 1882 ; son traitement sera de 1,500 francs par an.

Pour les conditions du concours, s'adresser au secrétariat des hospices, à Saint-Étienne, rue Valbenoîte, 40.

— M. Girod soutiendra à la Faculté des sciences de Paris, le 29 décembre, à une heure, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur la poche du noir des céphalopodes des côtes de France. »

— M. Apostolidès soutiendra à la Faculté des sciences de Paris, le 29 décembre, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Anatomie et développement des ophiures. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12143.

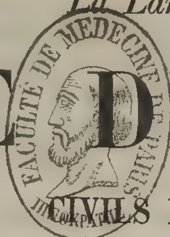
N° 150. — JEUDI 29 DÉCEMBRE 1881. 54e ANNÉE. JEUDI 29 DÉCEMBRE 1881. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La dernière séance de l'année aura été l'une des plus courtes. Pendant que les urnes circulaient pour le renouvellement partiel des commissions permanentes, MM. Lecorché et Magitot ont fait l'un et l'autre des communications relatives au diabète.

Ensuite, la plupart de ceux qui s'étaient fait inscrire pour des lectures ayant fait défaut à l'appel de leurs noms, et l'ordre du jour étant épuisé, on s'est séparé peu après quatre heures.

HOTEL-DIEU. — M. Raymond.

Cancer latent de l'estomac.

Aujourd'hui je veux vous parler d'un malade qui était couché au n° 2 de la salle Saint-Christophe, et qui, malgré un examen approfondi, chaque jour répété avec le plus grand soin, était resté une énigme vivante, jusqu'au moment où l'autopsie nous a révélé la véritable nature du mal dont il était atteint.

Cet homme était entré il y a deux mois; il avait cinquante-six ans, il exerçait la profession de garçon de cuisine, et il n'existait chez lui ni alcoolisme ni misère. A son arrivée, il présentait un aspect très-cachectique, un œdème généralisé très-considérable, membres inférieurs et supérieurs, tronc, face, œdème mou, non douloureux, plus prononcé dans les parties déclives. La peau était pâle, exsangue; les muqueuses décolorées.

Sur la paroi abdominale on remarquait, au niveau de la région ombilicale, un peu indurée, les traces de coups de bistouri.

Le pouls était petit, régulier; soixante-dix pulsations par minute. Le cœur n'offrait rien de particulier, ses battements étaient seulement un peu éclatants et lointains. Les artères, un peu dures, pouvaient s'expliquer par les cinquante-six ans du malade. Les poumons étaient sains. Les urines, peu considérables (un demi-litre seulement par jour), foncées, ne contenaient aucun cylindre, ni albumine, ni sucre.

Quant à ses antécédents, nous ne trouvions rien du côté de l'hérédité. Jusqu'en 1870, il s'était toujours très-bien porté. A cette époque, il eut une bronchite intense qui dura près de trois mois et fut suivie d'ictère; ces deux affections guérirent sans laisser aucune trace, et bientôt après il put reprendre ses occupations. Il allait donc bien, lorsque, au mois de janvier dernier, il survint de l'œdème des extrémités inférieures en même temps qu'une fatigue générale telle que cet homme était forcé d'entrer à l'hôpital. Il y fut soumis au régime lacté, et, au bout de quinze jours, se trouvant grandement amélioré, il partit pour l'asile de convalescence de Vincennes.

Deux mois plus tard, nouvel œdème envahissant complètement les membres inférieurs, et plus tenace que la première fois. Admis de nouveau à l'hôpital, il y reste pendant six semaines, traité encore par l'usage à peu près exclusif du lait, et il va aussi de nouveau à Vincennes. Peu de temps après sa sortie de l'asile, il eut une nouvelle crise d'œdème et fit un nouveau séjour dans un établissement hospitalier.

Au mois de mai, il a eu un énorme phlegmon de la paroi abdominale qui a été incisé dans le voisinage de l'ombilic et a suppuré pendant plus de six semaines.

A ces renseignements j'ajouterai que cet homme avait, au moment de sa dernière entrée à l'hôpital, une diarrhée séreuse, très-abondante, jaune clair, ne renfermant ni sang ni aliments indigérés. Les selles étaient de douze à quinze par jour.

D'après les faits que nous venons de rapporter, quel diagnostic devions-nous émettre? Quelle était la cause d'une anémie aussi intense, d'un œdème aussi généralisé?

L'examen des organes intérieurs et extérieurs ne nous fournissait, comme je l'ai déjà dit, aucun indice, non plus que les liquides sécrétés. Le ventre était souple, le malade n'avait jamais eu de vomissements, à peine avait-il eu quelques régurgitations glaireuses. L'appétit était conservé; il n'y avait pas de polyurie, et les urines ne contenaient pas d'albumine. Nous avions donc là une anémie sans cause connue apparente.

Était-ce une anémie essentielle survenue sous l'influence de quelque perturbation de l'intestin et de la diarrhée, comme il n'est pas très-rare de la rencontrer chez les vieillards? Pendant le siège de Paris on a recueilli un certain nombre d'observations de cachexie et d'anémie généralisée, se terminant par la mort, sans que l'autopsie ait montré aucune lésion. Étions-nous chez notre malade en présence d'une semblable cachexie généralisée, d'une de ces cachexies auxquelles on a donné le nom de cachexie grave, perni-

cieuse, progressive, à marche fatale, et que l'on a considérée et décrite comme une entité morbide ?

Moi-même, l'an dernier, j'ai observé, dans cet hôpital, une jeune femme qui a succombé à une anémie grave développée à la suite de misère et de mauvais traitements ; et à l'autopsie je n'ai rien trouvé que de la dégénérescence graisseuse. Mais de pareils faits ne constituent pas une entité morbide particulière, et je ne vois aucune nécessité de leur donner le nom d'anémie grave. Aussi M. Lépine a-t-il eu parfaitement raison de dire que, dans ces cas, l'anémie n'était grave que par la continuité des causes qui l'avaient amenée.

L'état cachectique de notre malade avait-il donc pour point de départ sa diarrhée séreuse ? Mais il n'avait jamais eu d'hémorrhagie.

Y aurait-il eu chez lui ce que l'on a appelé l'ankylostome duodénal (1) ? Nous n'avions aucune raison de le penser, et les selles ne nous avaient rien présenté qui nous autorisât à y songer.

Était-ce une maladie d'Addison avec une pigmentation très-légère ? Mais il n'était survenu aucun de ces phénomènes nerveux qui sont ordinairement primordiaux, et de plus la pigmentation était absolument nulle.

Pouvions-nous songer au myxœdème ? Pas davantage, ce homme ne présentait rien de la cachexie pachydermique ou œdème crétinoïde comme on l'appelle encore. Rien n'indiquait non plus que l'on eût affaire à une asynergie cardio-vasculaire ; le cœur ne paraissait pas au-dessous de sa tâche ; il n'y avait pas de dyspnée, et l'œdème était bien plutôt cachectique que mécanique. De même il n'y avait pas lieu de penser à une néphrite interstitielle.

Notre malade, ce que nous ne devons pas oublier, avait eu une longue suppuration à la suite de son phlegmon de la région ombilicale ; avions-nous donc par là affaire à quelque dégénérescence amyloïde ? Non, et tout d'abord le mot d'amyloïde est mauvais, car il y a là formation de substance protéique azotée et non amylacée.

Enfin se présente une dernière hypothèse, le cancer latent de l'estomac. Il existe en effet dans la science de nombreuses observations de cancer latent de l'estomac qui ont trompé les meilleurs cliniciens par l'absence de tous symptômes permettant de diagnostiquer cette maladie. C'est ce qui a fait dire à M. Jaccoud que, chez des sujets ayant dépassé cinquante ans, tout état cachectique qui ne pouvait s'expliquer devait appeler l'attention des observateurs du côté de l'estomac.

Dans une thèse récente, M. le docteur Chesnel a groupé toutes les observations connues de cancer latent de l'estomac sous trois catégories : la première, se rapportant au cancer, qui n'a donné lieu à aucun symptôme ; la seconde, comprenant les cas de cancer qui n'avaient déterminé que quelques accidents gastriques ; la troisième enfin, renfermant tous les cancers qui avaient simulé d'autres maladies et revêtu la forme soit d'un anasarque, soit d'une bronchite chronique, soit de la cirrhose, soit la forme cardiaque ou la forme cachectique.

Il y a deux ans, alors que je remplaçais M. Gallard à la Pitié, je fus témoin du fait d'un malade de la salle Saint-Athanase qui n'avait pour tous symptômes qu'une anasarque s'accompagnant d'une éruption eczémateuse généralisée, et qui mourut en cinq jours. A l'autopsie nous constatâmes l'existence d'un cancer latent de l'estomac.

Dans cette affection, cependant, il existe généralement deux grands symptômes, savoir : 1° un état dyspeptique ; 2° un état cachectique. Dans le premier cas ce sont des vomissements glaireux, très-rarement alimentaires, des alternatives plus ou moins fréquentes de diarrhée et de constipation.

Chez le malade qui fait le sujet de cette leçon, nous ne remarquions rien de semblable, si ce n'est de la diarrhée, diarrhée séreuse, abondante et continue depuis un certain temps, et quelquefois des régurgitations glaireuses.

Quant aux phénomènes qui relèvent de l'état cachectique, ce sont ordinairement de la bouffissure, un œdème généralisé, une coloration jaune pâle de la peau. Ici rien encore de complet, et la cachexie de notre malade ne plaidait pas en faveur d'un cancer latent de l'estomac.

J'ajouterai qu'un certain nombre de ceux qui l'ont vu avaient songé à quelque carcinome de l'intestin. Quant à moi, je n'ai rien vu qui pût justifier cette opinion.

En résumé, je restai hésitant, incertain dans mon diagnostic, incertain aussi, par suite, dans mon pronostic, car si nous avions affaire à une simple cachexie ordinaire, nous pouvions espérer une guérison.

Par contre, le traitement était nettement indiqué et par l'état général et par les résultats obtenus lors des accidents antérieurs. Je veux parler du régime lacté, qui avait toujours jusque-là très-bien réussi. Nous le lui prescrivîmes encore cette fois, et, dix-huit jours plus tard, l'œdème avait à peu près complètement disparu. Aussi, après quelques alternatives d'amélioration et de petites rechutes, étions-nous en droit d'espérer encore une fois la guérison de cet homme, lorsque, le 25 du mois dernier, nous le trouvâmes tout-à-coup le matin, à l'heure de la visite, pris d'une dyspnée intense. L'examen de la poitrine fit immédiatement reconnaître, par la percussion et l'auscultation, l'existence d'une congestion œdémateuse du poumon. Trois jours après, notre malade tombait dans le marasme ; il succombait au bout de quarante-huit heures.

L'autopsie a été pratiquée hier. Le crâne n'a rien présenté de particulier ; le cerveau était seulement un peu œdémateux. Dans la cavité thoracique nous avons trouvé les traces d'une pleurésie ancienne, avec feuillet viscéral très-épaissi, et les preuves d'une pneumonie chronique pleurogène des deux côtés ; mais il n'existait ni granulations ni néoplasme. Le cœur était petit, mais sain.

Dans la cavité abdominale nous avons remarqué un foie huileux, mou, un peu gros, jaune, comme dans la dégénérescence graisseuse. Du côté de la rate, un peu de périsplénite. L'appareil génito-urinaire est normal. La muqueuse intestinale est également saine.

Par contre, nous trouvons un estomac ratatiné, plus petit que d'habitude. La surface externe est lisse et souple. Le cardia et le pylore ne présentent rien de particulier. Mais ce qui frappe au premier abord, c'est l'épaississement considérable des parois de l'estomac dans toute leur étendue, atteignant même en certains points trois et quatre centimètres. Quant à la surface interne de l'organe, elle est recouverte d'une série de mamelons lisses, de volume variable, sans aucune ulcération, mais affectant la consistance semi-molle de l'encéphaloïde. Toutes les tuniques de l'estomac semblent n'en faire qu'une seule, constituant un tissu squirrheux généralisé à toutes ces tuniques, et la muqueuse

(1) Voir à ce sujet les faits publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, 1881, pages 308 et 476.

stomacale est transformée en un immense cancer non ulcéré.

C'est à l'absence même de l'ulcération que le cancer doit d'être resté méconnu pendant la vie, et de n'avoir donné lieu à aucun phénomène gastralgique, à aucune hématémèse ni à aucun vomissement.

Le duodénum, soupçonné de cancer par quelques personnes, était parfaitement sain.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

La chirurgie des résultats.

Un jour de l'année scolaire qui vient de s'écouler, pendant le cours de mes leçons, un de mes auditeurs me demanda quels étaient les points de vue que je préférais dans mon enseignement clinique, et lesquels me guidaient. Je lui répondis que je cherchais à enseigner principalement la chirurgie des résultats, c'est-à-dire à montrer, non pas seulement le résultat en lui-même, mais surtout comment nous parvenions à l'obtenir et les indications qui nous dirigeaient.

Notre art chirurgical est tellement vaste, il est tellement pourvu de ressources et si encombré de modes d'action divers, qu'il est réellement nécessaire de savoir les motifs et les indications de toute intervention.

Ainsi, pour mieux vous faire comprendre ma pensée, je vous rapporterai le fait que me racontait récemment M. Potain. Appelé auprès d'une femme du monde atteinte d'une maladie du cœur, il l'examine avec le plus grand soin et reconnaît une affection cardiaque dépendant de troubles gastriques sérieux. Il prescrit aussitôt le régime lacté, lequel fait bientôt merveille, et la malade revient de trépas à vie, au grand étonnement de la famille qui la croyait pour ainsi dire perdue. Un confrère qui se trouvait présent, ne voyant que la thérapeutique instituée par M. Potain, sans tenir compte des indications, considère le régime lacté comme le seul et pour ainsi dire le véritable traitement des affections du cœur, et l'applique à son tour chez le premier cardiaque venu le consulter, sans se préoccuper de la nature de la lésion et des causes dont elle dépendait ; mais, à sa grande surprise, il obtient un résultat absolument contraire à celui qui avait été obtenu dans le premier cas. Pourquoi ? parce que notre confrère n'avait oublié qu'une chose, la plus importante, il est vrai : faire un diagnostic sérieux, non-seulement du mal en soi, mais encore de ses causes, de son origine véritable.

Il faut donc non-seulement savoir comment on fait les choses, mais encore pourquoi l'on agit de telle ou telle façon et quelles en seront les conséquences immédiates, les suites à venir.

Le procédé est long, il est vrai ; il serait certainement plus commode d'avoir dans sa poche le traité de la cuisinière bourgeoise, pardon, un petit traité du chirurgien en chambre à consulter. Mais ce n'est pas là le rôle que nous avons à remplir.

Il faut donc, je le répète, s'attacher à savoir pourquoi l'on fait les choses, à viser les résultats à obtenir, en distinguant avec soin les cas les uns des autres ; autrement on agit d'une façon déplorable.

Je vous rappellerai, comme exemple, l'une des questions que nous avons le plus travaillées l'an dernier, dans cet hôpital, c'est-à-dire la question des abcès froids tuberculeux que j'ai traitée au mois de juillet à l'occasion d'un garçon de seize ans (1), atteint d'un abcès froid périostal de nature tuberculeuse. Si je m'étais borné à vous dire ce que j'avais fait et le résultat final, vous eussiez pu penser que cette guérison était une chance heureuse et qu'il s'était produit là des circonstances favorables, etc.

Mais je ne me suis pas contenté d'un fait unique, et, dans le cours de nos conférences sur ce sujet, je vous ai cité un certain nombre d'exemples de cures d'abcès froids tuberculeux. J'ai pu ainsi vous montrer les manœuvres thérapeutiques, leur institution, la nature des foyers, de leur contenu, etc. Puis, quelques jours plus tard, sur mon invitation, M. Grancher est venu à la rescousse en voulant bien vous faire connaître la genèse du tubercule et sa jeunesse. Nous avons étudié la question générale des foyers uniques ou multiples, les conditions de leur développement. Les échecs eux-mêmes que parfois nous avons éprouvés dans nos tentatives de guérison nous ont encore servi et ont été pour nous une source de lumière.

C'est ainsi que la petite malade, ou plutôt cette grosse fillette de quinze ans, un peu polysarcique, dont nous vous parlions aussi dans notre leçon du mois de juillet (2), a été pour nous encore un enseignement précieux ; son abcès, à la fois iliaque et rachidien, fut l'occasion de remarques instructives. Je vous parlai d'une première guérison presque complète, mais momentanée, d'une rechute, puis d'une seconde guérison par le curage du foyer et les lavages antiseptiques. Cette fois je croyais ma jeune malade rétablie. Mais, depuis ma leçon sur les abcès froids, certains incidents douloureux étaient survenus dans sa famille, et l'enfant, en ressentant le contre-coup, perdait bientôt l'appétit, pâlissait, jaunissait en même temps qu'elle engraissait encore, véritable polysarcie strumeuse. Puis la cicatrice se désunissait, des fistules s'établissaient, et une nouvelle collection purulente se formait. Ces abcès, étant d'origine tuberculeuse, ne peuvent guérir tant que le sujet continue à fabriquer du tubercule. Cela est si vrai qu'en pareils cas ce n'est plus l'intervention chirurgicale qui est nécessaire, tout d'abord du moins, mais bien une bonne thérapeutique médicale capable d'enrayer les progrès de la tuberculose ; après quoi nous pourrons chirurgicalement intervenir, à moins d'urgence spéciale à agir concurremment.

Autre chose : dans un enseignement clinique, il n'est pas possible de violenter les faits. Les cas rares doivent être traités comme une éponge que l'on presse aussi fortement que possible, de façon à lui faire rendre tout ce que l'on peut. Si les cas sont plus communs, c'est un très-grand bonheur, car les uns et les autres réconfortent notre science et aussi notre conscience scientifique. C'est dans cet ordre d'idées que, chaque fois que les circonstances l'ont permis, nous nous sommes efforcés de faire un tri parmi nos malades au point de vue de notre enseignement.

Ainsi, l'an dernier, bien que nous ayons eu affaire, dans un assez court espace de temps, à trois cas de néoplasie du rectum, la question n'a pas pu être épuisée. Aussi je profiterai d'un quatrième fait, que j'observe en ce moment dans la clientèle de la ville, pour vous apporter quelque jour de nouveaux documents sur le même sujet.

Ce que je viens de vous dire des abcès froids tuberculeux

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 2 août 1881.

(2) Voir encore la *Gazette des hôpitaux* du 2 août, page 697.

et des néoplasies rectales, peut également s'appliquer aux affections chroniques des os, question sur laquelle nous aurons aussi à revenir.

J'ai eu l'occasion également, cet été, de vous entretenir de l'hygroma, et d'apporter de nouveaux faits intéressants, notamment au sujet d'une femme jeune encore, chez laquelle nous avons pratiqué l'extirpation de deux hygromas considérables. Nous avons profité de cette opération assez rare pour nous livrer à un examen très-circonstancié du développement de ce genre de tumeurs, pour en étudier soigneusement l'anatomie pathologique, l'épaississement des parois, les colonnes fibro-tendineuses qui les divisent en un certain nombre de foyers, enfin le mode de formation des hémorrhagies qui se produisent dans l'intérieur de l'hygroma.

En résumé, si en présence des malades nous devons nous efforcer de chercher, d'obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques, en présence des élèves nous devons tendre à faire pénétrer nos convictions dans leur esprit. D'un diagnostic juste ils obtiendront un pronostic rigoureux, des indications thérapeutiques indispensables; puis viendront alors l'habileté chirurgicale, enfin les soins post-opératoires.

C'est cette méthode, qui est l'âme de la pratique chirurgicale, que je continuerai à appliquer devant vous.

Avant de terminer cette première conférence, je tiens à résumer en quelques mots ce que nous avons fait l'an dernier. J'ai prié l'un de mes élèves, M. Jamin, de tenir une note exacte de toutes les opérations qui ont été pratiquées dans le service, et des résultats obtenus. Je vais donc dépouiller avec vous un registre, qui, je me plais à le constater, a été très-soigneusement tenu au courant de tout ce qui s'est fait comme opération.

— Nous ne donnons pas ici les chiffres extrêmement intéressants énoncés par M. le professeur Trélat, le rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, M. le docteur Brochin, a publié ces résultats dans la Revue clinique du 19 novembre dernier.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE (1)

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

IV

Les quatre observations suivantes ont trait à des sujets atteints d'arthrite fongueuse suppurée. L'arthrotomie, faite de propos délibéré, a permis d'obtenir chez ces quatre malades la guérison définitive au bout de quelques semaines. Les deux premiers ont guéri avec une articulation mobile, les deux autres avec un membre raide. Mais, chez ces derniers, il existait avant l'opération un certain degré d'ankylose, qui a été transformé en ankylose complète par le fait de l'intervention. Malgré ce résultat, qui ne pouvait être rendu meilleur, l'arthrotomie n'en a pas moins été utile ; elle a permis d'éviter la résection, voire même l'amputation, qui jadis ne constituaient que trop souvent le seul mode de traitement applicable aux cas analogues à ceux que je vais résumer ici.

Obs. XIII. — *Arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied consécutive à une ostéite de la malléole interne. Évidement de la malléole et arthrotomie antiseptique. Guérison avec persistance des mouvements.* — Marguerite F..., quatre ans, est atteinte depuis deux ans d'une ostéopériostite de la malléole interne; il y a deux mois, l'articulation s'est tuméfiée et est devenue douloureuse. Mouvements impossibles. Au bout de trois semaines, un abcès se forme sur la malléole interne, s'ouvre spontanément et devient fistuleux. La petite malade, à son entrée dans la Maison de santé des diaconesses, est pâle, cachectique, minée par la fièvre hectique. Je l'opère le 20 juillet avec les précautions antiseptiques habituelles. Incision de 5 centimètres sur la malléole interne. Évidement de cette dernière, dont la surface articulaire est perforée; j'agrandis l'ouverture et pénètre librement dans la jointure. Écoulement de pus. Évidement et grattage des fongosités. Contre-ouverture au niveau de la malléole externe. Désinfection avec le chlorure de zinc (solution 1/10). Drainage sans réunion; Lister. Pas d'appareil inamovible; les suites furent on ne peut plus simples. Dès le cinquième jour, la température était à 37°,4, chiffre qui ne fut plus dépassé dans la suite. Enlèvement des drains le sixième jour; plaie en bonne voie de granulation.

Exeat le 3 octobre, complètement guérie. Le pied, par suite de l'allongement hypertrophique du tibia, est en valgus. On le redresse et on le fixe dans un appareil plâtré pendant un mois.

Le 12 novembre, la petite opérée m'est amenée par ses parents. Les plaies sont restées cicatrisées; la difformité persiste; il faudra sans doute y remédier par une ostéotomie cunéiforme du tibia, ce que je me propose de faire sous peu. Quant aux mouvements du cou-de-pied, ils sont parfaits; la petite F... étend et fléchit le pied à volonté.

Obs. XIV. — *Arthrite fongueuse du coude. Arthrotomie antiseptique. Guérison absolue en trois semaines avec conservation des mouvements.* — Adolphe L..., quatorze ans, entre à la maison de santé des diaconesses le 6 avril 1870, pour une arthrite fongueuse du coude, consécutive à une fièvre typhoïde datant de trois mois. Toute la région est augmentée de volume; les mouvements sont douloureux depuis trois semaines; le membre est dans la position demi-fléchie. Au niveau de l'épicondyle existe une rougeur diffuse qui s'étend jusqu'à la partie postérieure de l'articulation. Fluctuation manifeste en ces deux points. TS. 39°,4. Les révulsifs appliqués depuis le début de l'affection étant restés sans effet, je pratique le 7 avril l'incision antiseptique de l'articulation. Deux débridements de 3 à 5 centimètres de longueur sont faits l'un au niveau de l'épicondyle qui occupe le centre de l'incision, l'autre en arrière le long du bord externe de l'olécrâne. Un pus sanieux, mêlé à des détritus fongueux, s'en écoule. Évidement de l'article avec la cuiller tranchante; la tête du radius s'aperçoit au fond de la plaie. Désinfection avec chlorure de zinc. Lavage phéniqué (solution forte). Deux tubes à drainage courts sont insérés dans les plaies. Pas de réunion. Pansement de Lister maintenu par une bande ordinaire. Pas d'appareil inamovible.

Le 8. TM. 37°,3; TS. 38°. Premier pansement. Absence de pus.
Le 9. 37°,1; 37°,4.
Le 10. 36°,7; 37°.
Le 11. 36°,5; 37°.
Le 12. 36°,3; 36°,9.
Le 13. 36°,5; 37°. Deuxième pansement. Pas une goutte de pus. Suppression des drains.

Le 19 (douzième jour). Les plaies sont aux trois quarts cicatrisées. L'état général ne laisse rien à désirer. Pansement avec ouate salicylée.

Le 27 (vingtième jour). Cicatrisation définitive. Premières tentatives de mobilisation.

Exeat le 29.

A été revu au bout de quinze jours. Mouvements parfaitement libres.

Guérison maintenue au bout de deux ans et demi.

Obs. XV. — *Arthrite suppurée du genou gauche. Évidement du condyle interne du fémur. Ouverture de l'article. Pansement antiseptique. Guérison sans accidents.* — Alfred P... (de Surbourg), six ans,

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 décembre 1881.

entre le 22 juillet 1880 au n° 2 de la salle 105. Antécédents scrofuleux; écoulement d'oreille il y a trois ans.

A l'âge de cinq ans, il fit une chute sur le genou gauche et plus particulièrement sur le condyle interne du fémur. A partir de cette époque, le genou augmenta de volume et devint douloureux; peu à peu il se mit en demi-flexion. On le redressa et on l'immobilisa dans un appareil plâtré pendant plusieurs semaines.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le genou est en position demi-fléchie, à moitié ankylosé. On peut l'étendre un peu au prix de violentes douleurs. Genou globuleux, fluctuant au niveau du condyle interne. On diagnostique une arthrite fongueuse du genou, consécutive à une ostéite du condyle interne, et l'on se propose d'évider le condyle et d'abraser les fongosités qui remplissent l'article.

Opération le 23 juillet 1880. Une incision de 6 centimètres, pratiquée sur le condyle interne du fémur, met l'os à nu. Celui-ci présente, à 2 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, un pertuis décrétant un pus mal lié. On élargit cette fistule avec la gouge et le maillet, et l'on évide toute l'extrémité articulaire du fémur. Bientôt le ciseau pénètre dans l'article; il s'en écoule une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent et des fongosités. Grattage de l'article avec la cuiller tranchante. Lavage avec la solution de chlorure de zinc. Redressement du membre, qu'on fixe sur une attelle postérieure à pédale. Pas de réunion. Drain. Lister.

Les suites de l'opération ne présentèrent aucun incident digne d'être noté. Je ne fais que relever la courbe thermométrique, qui, sauf le cinquième jour, n'atteignit que 38°.

Le 24.	TM. 37°,4;	TS. 37°,6.
Le 25.	37°;	37°,4.
Le 26.	37°,2;	37°,9.
Le 27.	37°,4;	38°.
Le 28.	37°,3;	37°,8.
Le 29.	37°,2;	37°,8.
Le 30.	37°,3;	37°,4.
Le 31.	37°,4;	37°,6.

Le 1er août. TM. 37°; TS. 37°,7.

Le 2. TM. 37°,4; TS. 37°.6. Suppression du drain.

Le 12 (vingtième jour). La plaie, sauf une fistule au niveau du tube, est entièrement cicatrisée, si bien qu'on remplace l'attelle par un appareil plâtré circulaire et qu'on renvoie le petit opéré dans ses foyers.

Il se présente à la consultation trois mois plus tard. La fistule est fermée; le membre présente une ankylose rectiligne, ce qui, assurément, est un résultat satisfaisant, eu égard à la gravité de la lésion.

La guérison s'est bien maintenue depuis seize mois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Ladrey (de Dijon), récemment nommé membre correspondant de l'Académie ;

2° Une lettre de M. Picot (de Bordeaux), accompagnant l'envoi d'une série de leçons cliniques sur le *traitement de la pneumonie franche* ;

3° Un mémoire intitulé : *Analyse et examen des eaux servant à alimenter les garnisons de Rennes, Saint-Brieuc, Dinan et Dumfort*, par M. Baréli, pharmacien-major de première classe. (Commission des épidémies.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La commission propose :

En première ligne, M. Lambron (de Luchon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Maudon (de Limoges) et Manouvriez (de Valenciennes) ; en troisième ligne, *ex æquo*, M. Baraillé (de Toulon), Berchon (de Pauillac) et Mignot (de Chantelle).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 31 :

M. Lambron obtient	37 suffrages.
M. Maudon	9
M. Baraillé	8
M. Mignot	2
M. Berchon	1

En conséquence, M. Lambron est proclamé correspondant national.

L'Académie procède ensuite au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont élus :

Epidémies. — MM. Jaccoud, Leblanc, Davaine.
Eaux minérales. — MM. Bourdon, Gallier.
Remèdes secrets. — MM. Dujardin-Beaumetz, Mialhe.
Vaccine. — MM. Blot, Tarnier.
Hygiène de l'enfance. — MM. Barthez, Parrot.

COMMUNICATIONS

Démographie. — M. Lagneau, à propos de deux études statistiques, adressées à l'Académie, sur le recrutement dans le département de Tarn-et-Garonne, par MM. les médecins-majors Moullié et Dardignac, montre que la population de ce département, quoique présentant une proportion croissante de jeunes hommes aptes au service militaire, diminue néanmoins, par suite de l'excédent des décès sur les naissances, d'une manière assez notable. En France, dont la population totale, de 1872 à 1876, en temps de paix, s'est accrue annuellement de 37 individus sur 10,000 habitants, dix-sept départements ont vu leur population diminuer. La plupart de ces départements à population décroissante sont répartis en deux groupes situés dans de riches régions : l'un, au nord, comprenant les départements de la Manche, du Calvados, de l'Orne, de l'Eure, de la Somme, etc.; l'autre, au Midi, comprenant ceux du Lot, du Cantal, du Lot-et-Garonne, du Gers, du Tarn-et-Garonne, de la Haute-Garonne et de l'Ariège.

LECTURES

De la congestion veineuse et de la cirrhose hépatique dans le diabète. — M. Lecorché, candidat pour la section de pathologie médicale, lit sur ce sujet un mémoire qu'il résume ainsi :

1° La congestion du foie se rencontre fréquemment, pour ne pas dire toujours, dans le cours du diabète. Elle tient à la suractivité fonctionnelle de cet organe, cause de cette affection ;

2° La cirrhose atrophique du foie s'observe trop souvent chez les diabétiques pour n'exister chez eux qu'à l'état de coïncidence, mais elle ne serait toutefois qu'indirectement liée, pour nous, à la congestion de cet organe ; elle nous paraît due surtout à l'ingestion exagérée des liqueurs fortes par les malades.

Ce travail est renvoyé à la commission de pathologie médicale.

Sur la valeur diagnostique dans le diabète sucré de la périostite alvéolaire des mâchoires. — M. Magitot lit, sous ce titre, un mémoire dont voici les conclusions :

1° L'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant;

2° Ce signe consiste dans un liséré du bord alvéolaire désigné sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire*;

3° Cette manifestation du diabète, qui appartient au début de la maladie et qui persiste pendant toute sa durée, acquiert, dans certains cas, l'importance d'un signe révélateur;

4° La lésion alvéolaire se caractérise comme signe initial du diabète par sa première période ou *période de déviation* des dents. Elle correspond à la phase d'état de la maladie générale par sa seconde période, *ébranlement des dents* et catarrhe alvéolaire. Sa

troisième période ou *chute des dents* répond à la phase la plus avancée de la maladie;

Au delà de ces derniers termes, si le diabète continue son évolution, les alvéoles privées de dents peuvent devenir le siège d'une résorption osseuse, consécutive, ou non, à la gangrène partielle de la gencive. Ce dernier signe est critique et précède de peu la terminaison fatale du diabète.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 décembre 1881. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Hypnotisme; métalloscopie; force neurique. — M. DUMONTPALLIER. Dans les séances précédentes, j'ai exposé devant la Société les résultats que nous avons obtenus par l'union expérimentale de la métalloscopie, de l'hypnotisme et de la force neurique.

Plusieurs objections ont été faites à la théorie de l'influx neurique digital, pneumique et oculaire.

Disposé nous-même à accepter, dans une certaine mesure, la valeur des objections qui nous étaient présentées, nous avons fait de nouvelles expériences pour établir l'action réelle de l'influx oculaire. A ce sujet je rappellerai que, m'entourant de toutes les précautions d'une bonne expérimentation, j'ai interposé entre l'expérimentateur et le sujet une large plaque de verre, qui nous semblait devoir intercepter toute action du souffle et de la température; alors, nous avons constaté l'action positive du regard sur les muscles pour produire la contracture ou la faire disparaître.

Et cependant, rapportant, ainsi que nous l'avons déjà dit, tous les résultats obtenus antérieurement à des actes réflexes, conséquence d'une modification périphérique de la surface du corps du sujet, nous avons pu avec différents agents physiques, la chaleur, le froid, l'électricité, l'aimant, différents métaux, déterminer de violentes contractures dans toutes les régions où ces différents agents étaient mis en action.

De ces nouvelles expériences et, en particulier, des phénomènes de contracture et de décontracture musculaires que nous avons obtenus en dirigeant le vent d'un soufflet ordinaire sur différentes régions du corps, nous avons été conduit à penser que tous ces phénomènes pouvaient être produits par les vibrations des couches d'air qui se trouvaient en rapport avec les parties sur lesquelles on agissait.

Cette nouvelle hypothèse exigera de nombreuses expériences que nous communiquerons ultérieurement à la Société.

Il importe toutefois de faire remarquer ici que l'application de différents métaux: or, argent, cuivre, zinc, étain, platine, sur l'ombilic, produisait une contracture très-accusée des muscles de l'abdomen, et que les mêmes métaux, réappliqués sur la même région quelques instants après, faisaient disparaître cette contracture. Le métal défaisait donc ce qu'il avait fait.

Mêmes résultats furent obtenus avec l'aimant, les courants continus faibles, l'eau chaude ou froide, etc.

L'ensemble de ces expériences démontrait l'excessive excitabilité des centres excito-moteurs chez une malade hystérique en état d'hypnotisme.

On se rappelle ce que nous avons dit antérieurement de l'aptitude métallique des malades sur lesquelles nous avons fait toutes ces expériences, et en particulier de l'action si manifeste des plaquettes métalliques appliquées sur la région frontale ou ombilicale, soit pour empêcher l'hypnotisme, soit pour déterminer le réveil. Aussi ne fûmes-nous pas étonné de constater qu'un seul métal, l'aluminium, appliqué sur l'ombilic, ne déterminait qu'une action de contact très-faible, tandis que tous les autres métaux avaient produit une contracture considérable. L'action de l'aluminium n'avait donc pour conséquence que le réveil de la malade.

En terminant cette communication, je dirai que, dans le cours de ces dernières expériences, nous avons voulu étudier l'action du soufflet sur différentes régions du crâne, et, pour ne parler aujourd'hui que du principal résultat obtenu, nous avons produit à volonté l'aphasie type par action sur la région correspondant à la troisième circonvolution frontale.

M. CHARCOT. Sur combien de malades M. Dumontpallier a-t-il fait ces constatations?

M. DUMONTPALLIER. Sur deux malades.

M. CHARCOT. Dans ces matières difficiles, deux observations ne suffisent pas pour que les faits qui s'y rattachent méritent d'être consignés d'une façon absolue. Il s'agit là, en effet, de phénomènes singuliers, étranges; c'est une région nouvelle que nous explorons, et il ne faut pas oublier que cette question que nous abordons a plusieurs fois émergé déjà et chaque fois a succombé sous des interprétations trop hâtives. Lorsque l'on fait l'étude historique et critique des faits de ce genre qui ont déjà été observés, on voit que la plupart des observations ont mis en relief des faits extraordinaires et singuliers, mais ne se rattachant par aucun point à des faits physiologiques. Or, dans l'étude que nous poursuivons à la Salpêtrière, nous cherchons toujours à rester sur le terrain de la physiologie connue; le reste, nous l'observons, mais nous n'enregistrons que les faits constatés sur un très-grand nombre de malades.

Il est parfaitement vrai qu'en dehors des faits facilement constatables, grossiers, n'ayant rien de singulier, il existe bien des choses, bien des faits étranges. Or, les faits constatés chez une ou deux malades pourraient bien ne pas se répéter chez d'autres; on serait donc obligé de revenir sur ce qu'on aurait avancé, et cela jetterait un certain discrédit sur la méthode qui a déjà eu bien de la peine à triompher des incrédules et des sceptiques. Une seule malade ne suffit donc pas.

Tout ce qu'on observe chez les hypnotiques est complexe; si l'on fait intervenir chez elles des agents extraordinaires, cela devient encore plus complexe, et c'est ainsi qu'une fois déjà la question s'est trouvée retardée de dix ans. Nous ne saurions donc y mettre trop de prudence, y apporter trop de réserve; restons dans les choses faciles à constater et à répéter, et laissons de côté, avant de les publier, les faits que nous pourrions ne pas être à même de répéter deux fois. Je pense qu'il importe d'agir ainsi dans l'intérêt même de la méthode qui mérite toute l'attention du monde savant.

M. DUMONTPALLIER. C'est pour ainsi dire par hasard, en étudiant les aptitudes métalliques de cette malade, que nous avons constaté chez elle ces faits singuliers. Je crois avoir trouvé chez cette hystérique hypnotisable des faits absolument nouveaux. Quelque étranges que soient ces faits, j'ai cru devoir les communiquer à la Société de Biologie. Je dis ce que j'ai constaté, ce que j'ai répété un grand nombre de fois sur la même malade, tout ce que je fais moi-même, je l'ai fait faire à tous ceux qui m'ont fait l'honneur de venir dans mon service; je ne demande qu'une chose, c'est que l'on infirme ou que l'on confirme ces faits par l'observation scientifique. Si chacun de nous faisait ce que j'ai fait, on arriverait promptement au chiffre considérable de faits exigés par M. Charcot.

M. POUCHET. Je voulais, comme M. Charcot, présenter ce que j'appellerai l'objection statistique; un seul fait ne suffit pas, en effet, pour élever une doctrine générale; dix, même, ne suffiraient pas. A côté de cette objection statistique, je ferais une objection dynamique, si l'on veut me permettre cette expression; je ne puis accepter de prime abord qu'une même force produise deux effets opposés, une contraction et un relâchement, par exemple. Ceci est contraire à toutes les lois de l'action mécanique. Je crains aussi qu'on ne se soit pas suffisamment entouré de précautions pour se mettre à l'abri de la supercherie; je voudrais que l'expérimentateur fût très-loin de la malade, dans une autre maison même, et agît à un moment où la malade ignorerait absolument qu'il agit. Je veux bien croire à une physiologie supérieure qui touche aux phénomènes de l'esprit, mais je veux qu'on ne l'aborde qu'avec des garanties suffisantes. J'exigerais donc plus de

précautions expérimentales, tant pour les faits observés à l'aide des métaux et des autres agents que pour les vérifications faites à l'aide des aimants et des électro-aimants.

M. CHARCOT. M. Pouchet semble encore conserver quelques doutes sur l'action des métaux et des aimants. La métallothérapie de M. Burq suppose une action particulière des métaux ; cette action est aujourd'hui constatée, connue, et n'est plus niée par personne ; c'est une question résolue. Il est aujourd'hui absolument incontestable que dans les cas d'hémianesthésie vous produisez, à volonté, à l'aide des métaux, le retour de la sensibilité, et ces phénomènes de transfert sur lesquels nous nous sommes suffisamment expliqués. Ces faits-là ont été constatés méthodiquement, et ils resteront acquis à la science. Quant aux phénomènes bizarres, analogues à ceux dont vient de parler M. Dumontpallier, nous en avons maintes fois observé de semblables, mais nous nous sommes abstenus d'en parler parce que nous n'avons pu encore les soumettre à une méthode rigoureusement scientifique.

M. DUMONTPALLIER. Au reproche que nous adresse M. Pouchet de ne pas nous être mis suffisamment à l'abri de la supercherie, je répondrai que, la malade étant hypnotisée, elle fut couchée sur le ventre, la tête recouverte avec des serviettes, et que j'obtins dans ces conditions exactement les mêmes phénomènes qu'auparavant.

M. REGNARD. Pour ce qui est de l'influence des aimants, les expériences ont été conduites à la Salpêtrière de telle façon qu'il est matériellement impossible d'admettre la simulation, l'expérimentateur étant dans une pièce à côté et faisant manœuvrer son appareil, tandis que le témoin était auprès de la malade, enregistrant les phénomènes qu'il constatait et prenant sur sa montre le moment exact où ils se produisaient pour le comparer à celui qu'avait également marqué sur la sienne l'expérimentateur. De pareilles expériences ne peuvent pas être attaquées. J'ajouterai que les malades hypnotisées entendent ce qui se dit autour d'elles beaucoup mieux que nous ne le supposons, et qu'il importe, dans ces expériences, de garder toujours le plus grand silence.

M. CHARCOT. Parmi les fragments intéressants au premier chef de cette vaste question, il en est un qui repose sur une épreuve anatomo-physiologique ; un sujet étant hypnotisé, si ses muscles et ses nerfs sont excitables, les premiers doivent se contracter selon les lois physiologiques.

Le séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1881.

458. M. DE MADEC. Des abcès du sinus maxillaire. — 459. M. DAMÉE. De l'ongle incarné et d'un procédé spécial d'opération. — 460. M. GRÉGOIRE. Auscultation de la voix aphone chez les tuberculeux. — 461. M. CARAFY. Étude sur le traitement des fractures indirectes récentes du rachis. — 462. M. SAVARD. Des myélites syphilitiques. — 463. M. INGIGLIARDI. Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'essence de térébenthine administrée à petites doses. — 464. M. GUITTER. Des cirrhoses mixtes. — 465. M. LALLEMENT. Étude sur l'anatomie et la pathologie des ligaments larges. — 466. M. VINCENT. Influence de la température de la mère sur la vie du fœtus. — 467. M. FERRAND. Contribution à l'étude des épanchements séreux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. — 468. M. JACOBS. De l'intoxication dans les manufactures de tabac. — 469. M. FORT. Des combinaisons chimiques du phosphore et de l'essence de térébenthine : déductions physiologiques et cliniques. — 470. M. COUETOUX. De la rétroversion utérine ; son traitement mécanique. — 471. M. COMBY. De l'empyème pulsatile.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La distribution des prix aux élèves des hôpitaux de Paris a eu lieu hier mardi ; dans le discours prononcé à cette occasion par le directeur de l'Administration de l'assistance publique, M. Charles Quentin, en rappelant les vides creusés par la mort, a insisté tout particulièrement sur l'abnégation des jeunes médecins morts victimes du devoir professionnel, victimes de leur dévouement à la science et aux malades.

— Parmi les legs de M. Camille Godard, en faveur de la ville de Bordeaux, nous devons citer celui qui a été fait au profit de la Faculté de médecine de cette ville.

M. C. Godard laisse à cet établissement : 1° une somme de cent mille francs qui sera affectée à la création d'un jardin botanique de cette Faculté ; 2° une rente annuelle de 3,000 francs pour prix à décerner aux élèves.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Chotin (Léopold-Louis-Désiré-Joseph), docteur en médecine, est nommé pour trois ans prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Wertheimer, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Dugat (Adolphe), né à Orange, le 29 mai 1861, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Jacquemaire, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Simon (Marie-Victor-Paul), né à Lunéville, le 2 juillet 1857, est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique (emploi nouveau).

— M. le docteur Bocquillon, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale le mercredi 4 janvier 1882, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Robin soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 30 décembre 1881, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches anatomiques chez les mammifères de l'ordre des cheiroptères. »

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12154.

Perles Névrosthéniques
de T. GRAS pharmacien.

Le succès de cette nouvelle préparation tient à ce que ces perles (*à base d'éthérolé de castoréum valérianique*) n'ont aucun des inconvénients du bromure de potassium. C'est l'*antispasmodique complet* pour combattre sûrement : *palpitations nerveuses du cœur, névroses générales, névralgies, migraines, agitations nerveuses, insomnies, hystérie, épilepsie.* — Phie, 9, r. Le Peletier, Paris.

Elixir et Vin de Coca,
de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

Maladies de poitrine, GUÉRISON par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux,** du Dr CHURCHILL.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.
Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

Quinquina Ch. de Pindray
AU BROU DE NOIX DU PÉRIGORD.

Liqueur très-agréable au goût, préparée avec des quinquinas rigoureusement exacts. Contenant sous un petit volume une forte dose de principes actifs du Quinquina et du Noyer, elle est bien supérieure à toutes les préparations à base de Quinquina.

Dépôt : Phie FAYARD, 28, rue Montholon, Paris.

Etablissement orthopédique
28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Pelletiérine de Tanret
Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Capsules et saccharure
A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à tres-petite dose, sans irritation intestinale.

Saint-Raphaël, Vin tannique,
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens
du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.
Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.
Exiger la signature du Dr FOURNIER.

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Préparations iodo-créosotées
et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorure de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 *de sel sec, représentant* 4 *gouttes de la liqueur normale à* 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison HUGOT. Avignon, phie CARBONEL. — Envoi fo par poste.

Delalain, DENTISTE, lauréat de la Faculté de méd. de Paris. 138, bd St-Germain, pr. la Fac.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Capsules Dartois
(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule :	Créosote pure. . .	0.05	par capsule
	Huile de foie de morue blanche. . .	0.20	

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm, G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur,* diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20 ; *id.* à l'essence de térébenthine, le fl. 1f,20 ; *id.* à l'huile de Gabian, le fl. 1f75 ; *id.* à l'huile de morue créosotée, le fl. 2f. — Dans toutes les pharmacies.

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

Aliment physiologique complet (*vieillards, enfants, convalescence, dyspepsie*), au vin vieux de Malaga, d'un goût très-agréable, le VIN DE BAYARD contient, à l'état de *peptone pepsique*, moitié de son poids de viande de bœuf et 0,20 cent. de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

A la phie, 20, fbg Poissonière, toutes les pharm.

Rhumatismes. Guérison par la
Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

Elixir alimentaire Ducro très-agréable au goût.
VIANDE CRUE ET ALCOOL.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.
Env. fo d'échon par poste. Paris, 20, pl. des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine, est de 12 fr. par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER: le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

L'OPHTHALMOLOGIE AU CONGRÈS DE LONDRES.

Les différentes sections des branches médicales ont été brillamment représentées au congrès de Londres; l'ophthalmologie y comptait également ses plus illustres représentants. Le temps forcément très-court attribué à la discussion de sujets spéciaux, soigneusement choisis, a été toutefois réparti de façon qu'ils pussent être élucidés par un échange suffisant d'idées, entre les hommes d'expérience venus de contrées éloignées.

A côté des noms de Bowmann, de Critchett, ceux de Donders, de Horner, de Pflüger, de Snellen, de Leber, de A. Weber, de Knapp, de Warlomont, de Wecker, etc., sont là pour affirmer toute l'importance des matériaux de discussion.

La première question à traiter était celle de la *méthode antiseptique en chirurgie oculaire*.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* n'ont certainement pas oublié les brillantes discussions qu'a soulevées à la Société de chirurgie la question des pansements antiseptiques en général, et du pansement de Lister en particulier.

Tandis que la chirurgie générale se prononçait en faveur des propriétés antiseptiques de l'acide phénique et acceptait, d'une façon unanime la méthode antiseptique, la chirurgie oculaire ne pouvait manquer d'utiliser le nouveau mode de pansement. Mais l'œil, avec sa structure spéciale, est-il dans les mêmes conditions que les autres organes, et peut-on transporter dans l'ophthalmologie indistinctement les procédés antiseptiques qui assurent tant de succès à la chirurgie moderne? La réponse est affirmative pour les opérations qui se pratiquent sur les paupières, les voies lacrymales et l'orbite, régions qu'on peut laisser dans le domaine de la chirurgie générale. Au congrès, la méthode antiseptique devait être considérée spécialement au point de vue de l'opération de la cataracte. C'était l'objet de la communication faite par M. Horner (de Zurich).

D'après une statistique portant sur 1,090 extractions de cataracte, Horner divise les causes primitives des pertes de l'œil en deux catégories : 1° causes d'infection *active*, venant du dehors, soit du voisinage de l'œil, maladies des paupières, de la conjonctive, du sac lacrymal, soit des matériaux servant aux opérations, éponges, instruments, etc., soit des bactéries « pathogènes » provenant du patient lui-même ou de son entourage; 2° causes d'infection *passive*, venant du terrain opératoire lui-même, favorisée par tout ce qui diminue l'énergie vitale de la plaie, irrégularité de la section, contusion des lèvres, etc., par certains états généraux (alcoolisme, etc.), diminuant la résistance des tissus aux traumatismes et aux infections locales.

Pour n'exposer l'opérateur qu'aux insuccès tenant au mode opératoire lui-même (dimensions de la plaie, forme, emplacement de la section centrale ou périphérique), l'auteur résume les précautions antiseptiques à recommander :

Avant l'opération. — Antisepsie préventive du terrain opératoire ainsi que de tous les instruments et objets quelconques qui viennent en contact avec l'opéré.

Pendant l'opération. — Éviter de compromettre la vitalité du territoire de la plaie; protéger les tissus contre toute influence infectieuse.

Après l'opération. — Désinfection du champ de l'opération; protection suffisante contre les infections secondaires.

Antisepsie préventive. — Elle a trait au malade lui-même. Son corps et ses vêtements doivent être purs (bains). Toute plaie suppurante doit être préalablement rendue aseptique. Une attention scrupuleuse sera prêtée à l'état général du sujet, ainsi qu'à l'état local des muqueuses oculaires. L'opérateur, les assistants, les infirmiers, suivront à peu près la même ligne de conduite qu'en présence d'une ovariotomie, qu'il convient d'exécuter suivant toutes les règles listériennes. M. Horner signale en passant le danger de certains milieux, fréquentés avant l'exécution d'une opération (amphithéâtres, salles d'autopsie, etc.).

Les *instruments* à employer méritent toute considération. M. Horner a étudié une série d'antiseptiques, à un degré de concentration active, pour connaître leurs effets sur les instruments tranchants, et par suite leur influence sur la netteté de la plaie. L'acide borique et l'acide salicylique sont à rejeter : ils nuisent au fil des couteaux. L'acide carbolique vaut mieux. Le benzoate de soude est inoffensif. La résorcine et l'hydrochinon fournissent, après un contact prolongé, une espèce d'enduit qui ne nuit pas à la netteté du fil. L'alcool absolu, cher et rarement bon, ne doit pas toucher à la plaie. Les éponges sont trempées dans des solutions d'acide salicylique à 5 p. 100.

M. Horner a renoncé au spray; il se sert de ouate salicylique à 5 p. 100, trempée dans l'eau salicylée saturée à froid, et l'exprime sur l'œil ouvert et sur les paupières. Après l'exécution de l'opération, le pansement est fait avec de la ouate pure. Si une suppuration s'empare des lèvres de la plaie, il faut désinfecter les culs-de-sac conjonctivaux, ouvrir derechef la plaie, la désinfecter et la maintenir ouverte jusqu'à ce que l'asepsie soit obtenue (pansement antiseptique).

M. Reymond (Turin) est partisan du pansement de Lister; solution carbolique à 1,75 p. 100 en lavages, spray à 2,5 p. 100, et gaze phéniquée de Lister. Des solutions plus fortes seraient mal tolérées par l'œil et exposeraient à l'érythème cutané et à l'exfoliation de l'épithélium oculaire. M. Reymond fait un pansement recouvrant largement région orbitaire, tempe, front, oreille, et ne

l'enlève que le sixième jour, en le remplaçant par un autre à base d'acide borique.

Tous ces détails montrent que la méthode antiseptique est pratiquée avec une scrupuleuse exactitude. Les statistiques apportées lui sont très-favorables. Cependant la discussion qui a suivi ces communications en a complété et précisé plus strictement les indications.

Tout en se déclarant partisan décidé du système de Lister, M. de Wecker (Paris) fait remarquer que les statistiques peuvent induire en erreur. Il cite l'exemple de sa propre clinique où, dans une série de 250 extractions de cataracte, pratiquées suivant toutes les règles listériennes, il n'avait à déplorer que la perte d'un seul œil, tandis qu'une autre série de 150 opérations a donné sept échecs, dans les mêmes conditions. Pour juger la méthode antiseptique, il faut donc prendre les chiffres d'une pratique de plusieurs années.

Les statistiques, réplique avec raison M. Warlomont (Bruxelles), n'éclairent que ceux qui les font. Jadis nos meilleurs opérateurs accusaient 2 à 3 p. 100 d'insuccès ; aujourd'hui la méthode antiseptique en donnerait 5 p. 100 de moins. C'est-à-dire que l'on arrive à un total de 100 succès sur 102 opérations. L'innocuité de la méthode listérienne n'est pas encore établie ; M. Warlomont ne la recommande d'une façon pressante que là où il existe un danger sérieux d'infection pour l'œil (dacryorrhée, etc.).

M. Gayet (Lyon), qui pratique au milieu d'un grand hôpital de médecine et de chirurgie, n'a pas, en deux ans, obtenu de meilleurs résultats avec le pansement antiseptique qu'avant son introduction. Il estime que l'acide phénique irrite la conjonctive et y provoque un état catarrhal qui rend la guérison plus longue. Lister lui-même a exprimé l'opinion que l'acide phénique pouvait être pour l'œil un agent fâcheux, même aux doses où il cesse d'être antiseptique. M. Gayet préfère l'huile d'eucalyptus aux autres antiseptiques.

M. Dor (Lyon) fait les mêmes réserves que son confrère lyonnais. Il n'hésite pas évidemment à employer le pansement antiseptique dès qu'il y a suppuration du sac lacrymal, érysipèle dans le voisinage de l'œil, etc. Il n'admettrait pas non plus le traitement consécutif proposé par M. Reymond. Il pense, avec M. Horner, qu'il faut pouvoir incessamment inspecter l'œil au cours de la réparation, et que le pansement doit être aisément amovible.

M. Knapp (New-York) n'attribue pas un rôle si important à l'infection. Les suppurations de l'œil commencent, non pas au centre de la plaie qui est pourtant la partie la plus accessible aux germes septiques, mais toujours par les angles de la plaie, c'est-à-dire dans les points qui souffrent le plus de la pression du couteau et de l'issue du cristallin. Là serait plutôt la cause première de suppuration. (La propreté des angles de la plaie, notons-le en passant, est aussi l'un des détails de l'opération sur lequel M. de Wecker insiste avec le plus grand soin.)

M. Galezowski (Paris), aussi partisan de la méthode antiseptique, attache une grande importance à la propreté des instruments, qui sont, à sa clinique, soumis à un nettoyage extrêmement minutieux et au repassage après chaque opération.

Également convaincu de la haute valeur du pansement antiseptique, M. Pagenstecher (Wiesbaden) insiste sur la nécessité de ne laisser aucune trace de restes corticaux dans l'œil, et de ne provoquer aucune issue du corps vitré, accident qui d'ailleurs est moins grave quand on se sert du pansement antiseptique.

En résumé, de toute la discussion, on peut conclure que la grande majorité des opérateurs recommande et emploie la méthode antiseptique ; l'accord est unanime pour les cas où il y a diverses causes d'infection possible dans le voisinage de l'œil ou dans le milieu où l'on opère ; dans tous ces cas, il faut avoir recours au pansement antiseptique. Pour les cas ordinaires, le spray, l'acide phénique même, ne sont pas absolument approuvés par tous. On ne saurait encore désigner un agent antiseptique dont l'usage ne présente aucun inconvénient. L'avenir seul éclairera sur ce point. Enfin, il faut toujours réserver un grand rôle au choix du procédé opératoire et à l'habileté de l'opérateur, en dé[illegible] du pansement.

Comme l'a dit justement M. Horner en terminant, « l'antisepsie est nécessaire pour ceux qui font leurs premières armes ; elle est indispensable dans les hôpitaux encombrés ; l'opérateur expérimenté peut sans elle avoir une bonne statistique, avec elle il aura des garanties plus étendues. »

Malgré les nombreux travaux qui lui ont été consacrés, l'*ophthalmie sympathique* reste encore un sujet obscur. M. Bowman estimait que le côté anatomique de la question n'a peut-être pas été suffisamment exploré. C'est dans des rapports physiologiques et anatomiques encore inconnus, que réside la solution du problème, et, dans la pensée du savant orateur, les expériences exécutées sur les animaux inférieurs sont surtout propres à élucider l'énigme.

M. Snellen a traité particulièrement la nature de l'ophthalmie sympathique et son mode de transmission. Combattant la théorie qui rapporte l'ophthalmie sympathique à une action nerveuse réflexe, Snellen lui attribue pour point de départ une uvéite de forme typique qui, selon toute probabilité, est due à une continuité anomale entre l'uvée et les tissus externes de l'œil. Il a retrouvé des microbes (de Leber et de Berlin) dans divers cas d'uvéite sympathique ainsi que dans l'iris excisé provenant d'une iridectomie. L'uvéite se caractérise par des amas considérables de cellules lymphoïdes disséminées dans toutes les parties de l'œil, mais surtout rassemblées au voisinage de l'ouverture pupillaire. Par l'exsudation qui s'opère dans et derrière l'iris, les voies lymphatiques antérieures de l'œil sont obstruées ; les voies lymphatiques postérieures s'élargissent, ce qui rend possible la propagation par les espaces lymphatiques du nerf optique.

Au contraire, M. Poncet (Cluny), d'après les désordres qu'il a observés sur un œil énervé, puis énucléé à la suite d'accidents sympathiques, rapporte la propagation à une névrite localisée sur les extrémités centrales des nerfs coupés, qui étaient comprimées dans une gangue cicatricielle et étaient atteintes de sclérose interstitielle avec dégénérescence atrophique des tubes nerveux, vascularisation anomale, phlébite, artérite, etc. M. Pflüger (Berne) signale une observation analogue dans laquelle il constata aussi au pôle postérieur l'existence d'une tumeur, formée de tissu connectif nouveau, dans laquelle les nerfs ciliaires étaient comprimés.

M. Mooren (Düsseldorf) croit aussi que la transmission s'effectue par le nerf optique ou par les nerfs ciliaires. Mais, une fois la transmission par névrite dans l'œil blessé établie, ce sont les sécrétions internes de l'œil qui donnent à l'affection sympathique son cachet particulier. Toutefois la cause dernière de la transmission ne réside pas dans les nerfs, c'est dans les vaisseaux qu'il faut la chercher en raison de l'antagonisme, démontré par l'auteur, existant par voie réflexe entre les systèmes vasculaires des deux yeux, l'anémie d'un côté étant suivie d'une hyperémie de l'autre. Pour M. Grünhagen (Königsberg), qui a aussi fait des expériences sur les animaux, il s'agit d'une action produite par les nerfs dilatateurs des vaisseaux ; leur excitation provoquée par l'irritation cornéenne amène une augmentation dans la sécrétion de l'albumine et de la fibrine dans l'humeur aqueuse non-seulement de l'œil excité, mais encore de son congénère.

Cependant M. Leber a tenté sans succès un grand nombre d'expériences (irritation mécanique et chimique de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire, corps étrangers dans la chambre antérieure, etc.). Il n'a jamais observé d'hyperémie de l'œil congénère, et, pas plus que M. Snellen, il n'a pu reproduire artificiellement de véritable ophthalmie sympathique.

L'opération de l'énervation paraissait un peu attaquée par les communications de MM. Poncet, Pflüger, etc. M. Panas (Paris) avait encore ajouté le résumé de deux observations malheureuses (mort, fonte purulente) d'énervation. Toutefois MM. Boucheron (Paris) et Pflüger firent remarquer avec raison que les mêmes accidents, état douloureux du moignon, constriction des nerfs ciliaires, etc., avaient également été observés (exceptionnellement) après l'énucléation, et qu'on pouvait toujours conserver la neurotomie pour

les cas de phénomènes sympathiques légers, pour les névroses douloureuses monoculaires sans complications sympathiques.

M. Samelson (Cologne), se fondant sur un examen histologique, décrit une autre voie de propagation de l'inflammation sympathique. C'est la voie de l'espace supra-choroïdal et de la sclérotique le long de la gaine des vaisseaux et des nerfs ciliaires, jusque dans l'espace supra-vaginal qui est un espace lymphatique en communication avec ceux du cerveau.

En résumé, il reste encore de nouvelles recherches à faire pour démontrer les divers modes de pathogenèse de l'ophthalmie sympathique.

Nous laisserons de côté d'autres questions qui n'ont pas donné lieu à longue discussion, et pour l'exposé desquelles nous renvoyons au compte-rendu officiel ou au compte-rendu analytique des *Annales d'oculistique* (tome 86, juillet-août 1881). Nous signalerons, en terminant cet article, les notes sur les *relations entre la névrite optique et les affections intra-craniennes* (Leber et Bouchut), et la discussion sur *l'étiologie du glaucome et son traitement.*

Il ne s'agit pas, dit M. de Wecker, de substituer la sclérotomie à l'iridectomie. Il s'agit seulement de préciser les cas où, l'iridectomie étant inefficace ou même dangereuse, la nouvelle opération paraît indiquée. La sclérotomie serait indiquée :

1° Dans toutes les formes de glaucome hémorrhagique ou dans celles que l'on soupçonne appartenir à cette catégorie ;

2° Dans tous les cas de glaucome congénital (buphthalmie) ;

3° Dans tous les cas de glaucome chronique simple ;

4° Chaque fois qu'après une iridectomie la vision a décliné ou que le résultat acquis par cette opération vient à péricliter ;

5° Lorsqu'il s'agit de combattre les prodromes du glaucome ;

6° Dans tous les cas de glaucome absolu avec atrophie iridienne complète ou accès douloureux.

Dans quelques années on pourra constater la durée des guérisons obtenues par la sclérotomie, et alors juger définitivement de son efficacité qui paraît déjà suffisamment démontrée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Un cas de rougeole chez un adulte, complications et traitement.

Le malade que je prends aujourd'hui comme sujet de leçon est peut-être un peu moins intéressant qu'hier ou avant-hier. Il est atteint d'une fièvre éruptive, d'une rougeole dont le diagnostic a présenté tout d'abord quelques difficultés.

C'est un garçon de vingt-trois ans qui n'avait jamais été malade, lorsqu'il fut pris, il y a huit jours, d'une certaine céphalalgie, de courbature et d'une toux assez forte, laquelle persiste encore aujourd'hui avec les caractères qu'elle avait alors. En même temps, les yeux étaient un peu rouges ; mais il n'y eut ni coryza bien prononcé, ni le moindre épistaxis.

Cet état de maladie général persiste, et, trois jours après les premiers phénomènes morbides que nous venons d'indiquer, une éruption apparaissait sur la figure et sur le corps. Deux jours plus tard, elle abandonnait la figure et persistait seulement sur le tronc et les membres. Elle était caractérisée par de petites taches, peu ou point saillantes, d'un rouge assez vif, arrondies, ayant les dimensions d'une piqûre de puce, nombreuses et circonscrivant entre elles des espaces sains, donnant ainsi à la peau un aspect marbré tout spécial. Ces taches se trouvaient distribuées irrégulièrement, elles disparaissaient sous la pression des doigts, pour revenir dès que celle-ci cessait, et ne donnaient lieu à aucune démangeaison.

Pendant ce temps, l'appareil fébrile était très-marqué, la fièvre intense ; avant-hier la température était encore de 39°,8 le matin, et de 40° le soir ; le pouls battait 120 fois par minute. De plus, il existait, fait assez insolite, une très-grande prostration, sans délire cependant, et le malade répondait avec peine. La langue, un peu rouge aux bords et à la pointe, était recouverte d'un léger conduit blanchâtre.

Le voile du palais et la gorge, d'une rougeur assez uniforme, présentaient cependant un pointillé d'un rouge plus marqué. La toux était quinteuse, pénible, suivie d'une expectoration abondante, blanche, liquide, un peu visqueuse et légèrement mousseuse. La percussion et l'auscultation ne décelaient aucun signe physique du côté de la poitrine. L'éruption se compliquait donc seulement d'une laryngo-trachéite, quant aux voies aériennes, dont l'extrémité supérieure était seule atteinte.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, c'est-à-dire il y a cinquante-six heures environ, il est survenu une diarrhée assez abondante. Le jeudi, les selles ont augmenté, et elles n'ont pas été moindres de huit à dix dans la nuit suivante. Ce même jeudi, le malade a vomi six ou sept fois des matières brunâtres, comme de la bile très-foncée.

L'éruption, les phénomènes prodromiques, bien qu'incomplets, et les accidents concomitants nous ont permis de diagnostiquer une rougeole.

Le diagnostic différentiel de la rougeole et de la variole, au début, avant l'apparition des pustules qui caractérisent cette dernière affection, est quelquefois difficile. Les deux maladies débutent en effet, l'une et l'autre, par des taches exanthématiques à peine saillantes, d'où l'on est forcé parfois de réserver le diagnostic et d'attendre quelques heures avant de se prononcer en toute connaissance de cause, car, dans la pratique civile, on ne vous pardonnerait pas d'avoir pris une maladie pour l'autre. Aussi je veux appeler votre attention sur les caractères différentiels qu'elles présentent.

La période d'invasion a été peu prononcée chez notre malade ; il n'y a eu ni épistaxis, ni éternuements, et les yeux ont très-peu pleuré. Ordinairement dans la rougeole on constate un flux nasal marqué, des yeux rouges, injectés, pleureurs, une toux particulière, une sorte de catarrhe des voies aériennes supérieures, caractéristique de la rougeole.

Dans la variole, on observe une céphalalgie plus intense, de la rachialgie, un mal de gorge plus violent, et des vomissements. La fièvre, à moins qu'il ne s'agisse de variole très-grave, tombe brusquement de 40° à 38°, dès que la période d'éruption est arrivée, pour reparaître au moment de la période de suppuration. Au contraire, dans la rougeole, la fièvre est surtout intense dans la période d'éruption, augmentant à ce moment-là même, s'élevant de 38° à 39° et même 40°, — ce dernier chiffre cependant est rarement atteint, — pour disparaître avec l'éruption.

Il y a donc déjà, vous le voyez, une grande différence entre les deux maladies.

Le pronostic de la rougeole est généralement bénin, il est peu de personnes qui n'en soient pas atteintes. Cependant elle revêt quelquefois des apparences graves ; c'est ce qui est arrivé notamment chez notre malade, dont la température s'est élevée, à un moment donné, à 40°, dont le pouls a atteint le chiffre 120, dont la prostration enfin semblait indiquer une rougeole maligne à forme typhoïde. Dans cer-

tains cas, ces phénomènes morbides acquièrent une gravité plus grande encore, et le malade succombe dans le coma.

Ici le contraire est arrivé, malgré nos craintes, et, depuis quarante-huit heures, le malade est notablement amélioré.

Le pronostic de la rougeole peut être grave aussi par les complications assez fréquentes qui peuvent survenir, telles que, par exemple, dans la période d'invasion, des phénomènes nerveux, du délire et des convulsions, notamment chez l'enfant, qui indiquent un mouvement congestionnel vers la tête. Cependant, chez eux et dans la période d'invasion, il ne faut pas trop s'effrayer de ces convulsions qui sont moins graves et moins redoutables que dans les périodes suivantes de la maladie.

Dans la période d'éruption, les complications les plus à craindre se rencontrent souvent du côté des appareils respiratoire et digestif. Ce sont de la bronchite, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie lobulaire et même quelquefois lobaire, bien que le fait soit plus rare. La broncho-pneumonie est l'accident le plus fréquent, en même temps qu'il est aussi le plus grave. Quant à la laryngo-trachéite, elle ne doit pas être considérée comme une complication de la rougeole, mais bien comme faisant partie de la maladie elle-même.

Du côté des voies digestives, ce sont, pendant la période d'éruption : une diarrhée, par exemple, qui durera vingt-quatre ou trente-six heures, diarrhée à laquelle il ne faut attacher d'importance que si elle persiste au-delà de ce temps. Alors elle peut devenir une complication fâcheuse, surtout chez les tout petits enfants, et même se terminer par la mort.

Du côté de l'estomac, ce sont des vomissements parfois incoercibles, bilieux, brunâtres, se reproduisant à des intervalles rapprochés, qui ne dépassent pas une heure et demie, et persistant quelquefois pendant trois ou quatre jours. Chez notre malade, ces vomissements ont duré vingt-quatre heures.

Telles sont les complications qui peuvent survenir pendant le cours de la maladie. Celle-ci terminée, les complications que l'on peut observer sont ce que l'on a appelé les *sequellæ*, les séquelles, affections chroniques du côté des muqueuses, ganglions, maladies des articulations, tumeurs blanches, etc., dont je ne vous parlerai pas ici,

Quand l'éruption rubéolique vient à cesser, c'est-à-dire du sixième au septième jour, la fièvre, comme je l'ai dit plus haut, tombe en même temps. C'est ainsi que chez notre malade la température est revenue à 37°,5, et le pouls à 72°. Lorsque par hasard les accidents fébriles persistent au contraire, l'éruption terminée, vous devez vous méfier de quelque complication, et votre attention doit être appelée surtout du côté des voies aériennes.

Ceci dit sur les complications de la rougeole, sur lesquelles je ne veux pas m'appesantir plus longuement, je passe au traitement de cette maladie.

Si la rougeole est simple, sans aucune complication, vous n'avez rien à faire qu'à prendre quelques mesures hygiéniques, c'est-à-dire éviter toute cause de refroidissement, faciliter la sortie de l'éruption par des boissons chaudes, telles qu'une infusion de fleurs de mauve ou de violette, ou même simplement de l'eau sucrée chaude. Si les quintes de toux fatiguent le malade, vous prescrivez une potion calmante avec 6 ou 8 grammes de sirop diacode, pour un enfant de cinq à dix ans ; 12 à 15 grammes, de dix à quinze ans, et 20 à 25 grammes pour les adultes.

Chez ces derniers, vous pourrez même ajouter un peu de belladone, soit de 1 à 3 centigrammes dans un julep gommeux.

Contre le coryza et la conjonctive, vous ferez respirer des vapeurs d'eau de guimauve. Vous surveillerez aussi la liberté du ventre par des lavements journaliers, surtout chez les enfants. Enfin vous soutiendrez les forces de ces derniers par du lait et du bouillon. Dans le cas où il surviendrait des phénomènes cérébraux, du délire, vous prescrirez le bromure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme et demi. Puis vous ferez envelopper de ouate les extrémités inférieures, sur lesquelles vous appliquerez aussi des sinapismes. Enfin, les convulsions se répètent-elles chez l'enfant, un très-bon moyen que je vous recommande est l'emploi des lavements de chloral, que l'on tâchera de faire garder à l'enfant, et à la dose, suivant l'âge, de 50 centigrammes à 1 gramme et même 1 gr. 50.

La thérapeutique est souvent infructueuse contre les vomissements qui surviennent pendant la période d'éruption.

Néanmoins vous ordonnerez avec succès l'eau de Seltz artificielle à prendre par petites gorgées de temps en temps, et en y ajoutant quelques morceaux de glace sans crainte de faire rentrer l'éruption. Enfin, si ces moyens échouent, faites appliquer un sinapisme sur l'épigastre, ou bien encore prescrivez une potion avec 1 ou 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, à moins que vous ne préfériez faire dans la région une injection sous-cutanée avec le même chlorhydrate de morphine. Si la diarrhée est un peu intense, le malade prendra de petits lavements laudanisés, de la décoction blanche ; en tous cas, il faudra se méfier de la tendance à un refroidissement rapide qu'entraîne si facilement la diarrhée cholériforme chez les enfants, refroidissement qui est souvent un avant-coureur de la mort, et contre lequel vous réagirez heureusement par les alcooliques, par le cognac dans de l'eau sucrée. Contre la bronchite et la pneumonie, vous aurez recours au traitement habituel de ces affections, en vous méfiant toujours de la prostration et du refroidissement, en administrant l'alcool à doses proportionnées à l'âge du malade.

Lorsque l'éruption ne sort pas ou sort mal, que la fièvre persiste, que l'on observe quelques phénomènes de congestion cérébrale ou pulmonaire, favorisez l'éruption par des boissons chaudes, des potions excitantes, alcooliques, et, chez les enfants surtout, donnez l'ipéca ; vous produirez quelques vomissements, une diaphorèse utile, vous verrez ainsi le plus souvent les accidents viscéraux se dissiper et l'éruption se manifester.

Enfin, quand la maladie est passée, vous avez encore quelques précautions à prendre pour éviter les complications pulmonaires, notamment la tuberculose. Vous ferez ainsi garder la chambre au malade pendant trois ou quatre semaines l'hiver, pendant deux ou trois semaines l'été. De plus vous prescrirez quelques légers purgatifs pour combattre la tendance à l'embarras gastrique.

Quant aux bains, je les *proscris* absolument pendant un certain temps comme dangereux, comme facilitant les refroidissements et les accidents pulmonaires consécutifs, et je ne les autorise qu'alors que les enfants sont déjà sortis pendant huit ou dix jours.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Cirrhose mixte. — II. Fièvre hépatique. — III. Fluxion pulmonaire et fièvre typhoïde.

Parmi les malades qui sont entrés ces jours-ci dans notre service, il en est plusieurs sur lesquels je veux appeler votre attention.

Tout d'abord je vous parlerai de celui qui est couché au nº 32 de la salle Saint-Luc, dont le faciès terreux, jaunâtre, incomplètement ictérique, amaigri, attire immédiatement notre pensée vers certaines régions. Il n'a de fièvre ni le matin ni même le soir, il a perdu l'appétit, sa langue est sale, le ventre est souple, mais le foie et la rate sont augmentés de volume. L'organe hépatique mesure en effet $0^m,15$ sur la ligne mammaire et $0^m,11$ sur la ligne médiane. Le volume de la rate est encore plus accentué et nous offre de $0^m,14$ à $0^m,15$ dans son plus grand diamètre. Les poumons sont sains ainsi que le cœur, dont les bruits sont seulement un peu plus faibles mais sans aucune altération. Les antécédents du malade sont à peu près nuls ; pas d'accidents palustres, pas de fièvre intermittente.

Nous restons donc en présence d'une augmentation de volume du foie et de la rate chez un individu alcoolique, dont la profession consiste à travailler dans les abattoirs. Comme tous ceux de son métier, il a un travail très-rude, gagne beaucoup d'argent, mais boit plus encore. Aussi rencontre-t-on parmi les garçons bouchers beaucoup de cirrhotiques,

La cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique peuvent être le résultat d'une même cause, c'est-à-dire de l'alcoolisme. Selon que l'alcool agit par absorption dans le tube digestif et se trouve porté au foie par la veine hépatique, les accidents restent limités au voisinage des vaisseaux-portes et donnent lieu à l'atrophie. Si l'alcool agit au contraire directement comme un excitant sur la muqueuse de l'estomac, du duodénum, des voies biliaires, alors vous avez affaire à une maladie lente, chronique, qui atteint particulièrement le tissu conjonctif du foie, c'est-à-dire une cirrhose hypertrophique. Dans le premier cas, l'ictère est peu intense, il n'est qu'une complication de la maladie, et la teinte de la peau est plutôt terreuse, sale, que franchement jaune. Dans le second, au contraire, l'alcool ayant pour premier effet de mettre obstacle à l'évacuation de la bile, il en résulte un ictère dont l'intensité peut aller jusqu'à colorer presque en noir les tissus cutanés.

Mais entre ces deux grandes variétés il peut exister, et la chose est assez fréquente, une forme intermédiaire, véritablement mixte, l'alcool agissant à la fois sur les deux éléments du foie, d'une part par absorption et irritation du système veineux du foie, de l'autre par l'irritation des muqueuses.

Quoi qu'il en soit, l'une et l'autre sont graves, mais à des degrés divers. La cirrhose atrophique est promptement mortelle ; la cirrhose hypertrophique affecte une évolution lente, elle peut même s'arrêter quand le malade se soumet à une hygiène sévère, quand il consent à renoncer d'une façon absolue aux alcooliques, si minime qu'en soit la dose. Malheureusement le proverbe est beaucoup trop vrai, et qui a bu boira ; il en est de l'alcool comme de la nicotine, poisons qui intoxiquent de plus en plus les populations, et qui sont devenus un tel besoin pour l'organisme que les résolutions les plus fortes succombent dès que le poison est à portée de la main. Aussi la guérison des malades alcooliques est-elle des plus difficiles ; c'est ainsi qu'en Amérique il existe un certain nombre d'établissements où les hommes réellement décidés à vaincre leur malheureuse passion vont se faire enfermer volontairement.

II. Notre second malade nous présente aussi des troubles gastro-hépatiques, mais d'un effet différent. C'est un homme de trente et quelques années, couché au nº 16 de la salle Saint-Luc. Il est atteint d'accès de fièvre, dont les stades sont renversés, en apparence du moins, de telle sorte qu'ils se montrent dans l'ordre suivant : chaleur, sueur et frisson.

Ces premiers accès datent de quatre mois ; il les a eus pour la première fois à Madrid, qui n'est pas située dans une contrée palustre, à la suite d'un refroidissement contracté pour avoir bu beaucoup d'eau ayant très-chaud. Ces accès revenaient à des heures très-irrégulières de la journée, et plus fréquemment le soir ; il buvait alors très-chaud, transpirait beaucoup, et peu après il était pris de frissons assez violents pour s'accompagner de claquements de dents.

Ces accès avaient complètement cessé depuis un certain temps, lorsqu'ils sont revenus tout à coup, il y a une douzaine de jours, à la suite d'un nouveau refroidissement, présentant les mêmes caractères qu'à la première attaque et se terminant par un frisson violent.

La langue est blanche, les bords rouges, les papilles saillantes ; le ventre n'est pas douloureux ; il existe, comme dans les premiers accès, une certaine diarrhée liquide, colorée, accompagnée de quelques coliques, mais sans ténesme ni accidents dysentériques. De plus, on entend dans la poitrine, à la base, du côté droit, quelques râles sibilants de bronchite. Le foie est gros, $0^m,15$ sur la ligne mammaire et $0^m,13$ sur la ligne médiane ; sa percussion est un peu douloureuse.

Nous pouvons donc diagnostiquer : fièvre gastrique avec congestion hépatique, affection particulière que Monneret a parfaitement décrite sous le nom de fièvre hépatique, dont le caractère fébrile est de se montrer plus fréquemment le soir et de n'être précédée d'aucun frisson.

Ce frisson de la fin de l'accès n'appartient pas en réalité à la fièvre elle-même ; il n'est que la conséquence d'une transpiration abondante, et le refroidissement qui survient dès que la fièvre est tombée est dû simplement à l'action du linge mouillé par une sueur considérable. Le frisson de la fièvre, au contraire, est un frisson tout interne qui se produit alors que la température centrale du corps est à son maximum.

Le pronostic ne présente aucune gravité, et le traitement sera celui du catarrhe intestinal, c'est-à-dire l'ipéca, sous forme de décoction, de préférence aux purgatifs salins, dont l'action est moins rapide, et qui, produisant des évacuations alvines plus nombreuses et plus abondantes, fatiguent le malade, tandis que l'ipéca a une action spécifique, modificatrice de la sécrétion intestinale. On joindra à la médication quelques lavements, des cataplasmes sur le ventre, le séjour au lit et une alimentation modérée.

III. Nous avons maintenant, au nº 17, un malade atteint de fluxion pulmonaire caractérisée par une diminution de sonorité dans le tiers inférieur de la poitrine du côté gauche, l'affaiblissement du murmure vésiculaire et une diminution des vibrations thoraciques assez semblable à celle que l'on

remarque dans les cas d'épanchement pleurétique. Mais ce qui permettra de distinguer l'origine de ce bruit et de la rattacher à l'hyperémie pulmonaire, ce sont les râles extrêmement fins que l'on entend très-distinctement à la base du poumon, très-rapprochés de l'oreille et tels qu'il ne saurait y avoir aucune interposition de liquide.

De plus, notre malade présente un ensemble typhoïde assez marqué, abattement, prostration, vertiges, bruits d'oreille, pouls large, rebondissant, dicrote, ventre ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque, rate volumineuse. Mais il est au douzième jour de sa maladie et il n'existe pas encore de taches lenticulaires, ce qui pourrait conduire peut-être à douter de l'existence d'une fièvre typhoïde chez ce malade. Mais il n'en est rien. Si cet homme est malade depuis douze jours, nous devons tenir compte que, pendant les six premiers jours, il a été sous l'influence de la congestion pulmonaire dont il a présenté les signes les plus évidents, et ce n'est que plus tard que la fièvre typhoïde a fait invasion. Au début de sa fluxion pulmonaire, il était probablement déjà sous le coup de l'intoxication typhique, et c'est pendant le cours de l'affection des voies respiratoires que les épistaxis sont apparus, que la fièvre typhoïde, latente jusque-là, s'est déclarée.

Je ne vois donc là aucune anomalie dans l'absence des taches rosées lenticulaires, qui, selon toutes probabilités, paraissent devoir se montrer d'ici à trois ou quatre jours.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE (1)

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

V

L'observation suivante se rapproche de celle qu'on vient de lire. Je la rédige de mémoire, n'ayant plus sous la main les notes que m'avait remises l'interne du service; je puis néanmoins en garantir la parfaite authenticité dans ses points les plus saillants.

Obs. XVI. — Un petit scrofuleux de cinq ans est atteint depuis l'âge de dix-huit mois d'une tumeur blanche suppurée du genou. Il y a deux ans, des abcès se sont formés au pourtour de l'article; le principal occupe le côté interne du genou: un autre est situé au niveau du cul-de-sac du triceps en dehors du genou. Ces abcès se sont ouverts spontanément et sont restés fistuleux. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse, presque ankylosée. État général déplorable. Fièvre hectique. Organes internes sains. Le petit malade entre à l'hôpital vers la fin de mai 1878.

Dans le courant de l'été 1878, je pratique l'opération suivante: Incision verticale de chaque côté du genou. Le stylet pénètre dans l'os au niveau du condyle interne. On élargit cette fistule à coups de ciseau et de maillet; du côté externe, on pratique la même opération. Au total, il se trouve qu'on a réséqué l'épiphyse inférieure du fémur dans toute son étendue. L'articulation est largement béante. On enlève les fongosités qui la tapissent avec la cuiller tranchante et on fait la désinfection énergique du foyer avec la solution au dixième de chlorure de zinc. Deux gros tubes sont passés dans l'article et le membre immobilisé sur une attelle de bois postérieure. Pansement de Lister combiné au pansement ouaté.

La réaction fut de courte durée; à la fin du premier septénaire, le petit malade était sans fièvre. Au bout de la deuxième quinzaine, il avait repris des forces et de l'embonpoint; trois jours après l'opération, on le descendit journellement dans les cours, ce qui contribua à relever son état général. Bref, au bout de six semaines, il ne restait plus qu'une fistule au côté interne, ne sécrétant presque plus de pus. Les parents du petit malade, devant changer de résidence, emmenèrent leur enfant dans le courant du mois d'août. Depuis lors, je n'en ai plus eu de nouvelles.

2). *Opérations faites sur des articulations saines.* — Dans tout ce qui précède, je n'ai parlé que de l'arthrotomie pratiquée sur des articulations plus ou moins malades. La chirurgie moderne s'est enhardie au point d'ouvrir des jointures saines pour des *fractures articulaires* récentes ou anciennes. Je laisse de côté les faits de cette catégorie, pour les motifs que j'ai indiqués plus haut. L'arthrotomie a encore été faite pour réduire des *luxations* irréductibles; au point de vue des indications qu'elle présente dans ces cas, je partage la manière de voir de M. E. Bœckel (1). Il rejette l'opération en principe, attendu qu'elle ne permet pas toujours, malgré un large débridement, d'opérer la réduction, comme le prouve un cas de Volkmann (cité par Lucas-Championnière). Il l'admet pour les luxations du pouce, parce que, dit-il, « ses jointures sont d'assez faible étendue pour que leur ouverture, faite sous le Lister, ne présente que bien peu de dangers ». Je l'ai pratiqué dans le cas suivant avec le plus grand succès.

Obs. XVII. — *Luxation du pouce en arrière. Tentatives de réduction vaines. Arthrotomie antiseptique et résection de l'os sésamoïde. Guérison avec persistance des mouvements.* — Fritz F... (de Balbronne, près Wasselonne), huit ans, m'est adressé le 30 janvier 1881 par M. le docteur Steinbrenner, pour une luxation du pouce en arrière, consécutive à une chute datant de huit jours. Des tentatives de réduction ont été faites, mais elles sont restées infructueuses.

A son entrée à la maison de santé des diaconesses, je constate les lésions ordinaires de la luxation du pouce en arrière. Saillie de la base de la première phalange en arrière, perceptible sous la peau. Au-dessous d'elle, dépression admettant l'extrémité du doigt. En avant, au sommet de l'éminence thénar, saillie due à la tête du premier métacarpien. Raccourcissement du pouce de 1 centimètre 1/2. Mouvements limités de la deuxième phalange; la première phalange est fixe; les mouvements de latéralité, par contre, sont très-étendus au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Tentatives de réduction pendant le sommeil chloroformique sans succès. N'ayant pas à ma disposition la pince spéciale de Farabeuf, confiant d'ailleurs dans la méthode antiseptique, je me propose de faire l'arthrotomie pour arriver à réduire la luxation.

Le 5 février. Chloroformisation par le docteur Lentz, interne des hospices. Incision de 3 centimètres 1/2 le long du ligament latéral externe. L'incision de la capsule permet de constater que l'os sésamoïde s'est interposé entre les surfaces articulaires; il est couché parallèlement au grand axe de la première phalange, entre la base de cette dernière et la face postérieure du métacarpien, sa surface articulaire correspondant à cette face. Ce n'est qu'après l'avoir extirpé à l'aide des ciseaux et d'une pince à griffe qu'on arrive à bien dégager la tête du métacarpien. La réduction s'opère dès lors aisément, et pas n'est besoin de réséquer les surfaces articulaires de la phalange ou du métacarpien. Drainage avec deux bouts de drain minces; quatre points de suture métallique. Hémorrhagie nulle ne nécessitant pas une seule ligature. Pouce immobilisé sur une attelle de zinc. Lister. Élévation verticale de la main.

Le 6, premier pansement. Suintement sanguinolent abondant. TM. 37°,8; TS. 37°,5.

Le 7. TM. 37°,7; TS. 37°.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 décembre 1881.

(1) Arthrotomie antiseptique, in *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1877, n° 10, p. 111.

Le 8, deuxième pansement. Enlèvement des tubes. Le malade se lève. TM. 37°,6; TS. 37°,2.

Le 9, TM. 37°,3; TS. 37°.

Le 11, troisième pansement. La plaie, moins l'orifice du drain, est cicatrisée.

Le 14. Réunion définitive. Exeat (neuvième jour).

Je revois mon opéré au bout de quinze jours; les mouvements de flexion et d'extension sont parfaits.

NÉCROLOGIE

M. Brierre de Boismont, l'éminent aliéniste qui a pendant si longtemps tenu un rang élevé dans notre corporation et occupé l'attention par ses nombreuses publications, vient de mourir dans sa quatre-vingt-cinquième année, à Saint-Mandé, où il s'était retiré depuis quelques années. La carrière de M. Brierre de Boismont a été des plus actives et des plus fécondes. Ses débuts ont été marqués avec éclat par la publication des leçons orales de Dupuytren, en collaboration avec Marx, et par sa mission en Pologne pour l'étude du choléra, en 1831, qui lui valut quelques-unes des distinctions honorifiques dont il était largement pourvu. Ses premières publications sur divers points des sciences médicales, tels que ses éléments de botanique, son traité élémentaire d'anatomie, son manuel de médecine légale, ses observations sur la fièvre jaune et sur quelques maladies du foie, son histoire physiologique et pathologique de la menstruation, etc., n'ont été que le prélude des travaux qui devaient plus tard lui assigner la haute situation qu'il a prise dans l'aliénation mentale. Il serait trop long de rappeler ici ces nombreux travaux. Nous ne citerons, avec sa collaboration aux Annales médico-psychologiques, dont il a longtemps partagé la direction avec MM. Baillarger, Moreau, Longet et Cerise, que quelques-uns de ses principaux ouvrages sur cette branche importante de la médecine : de l'influence de la civilisation sur le développement de la folie ; du délire aigu ; de l'interdiction des aliénés ; de l'emploi des bains prolongés dans les formes aiguës de la folie ; du suicide et de la folie lucide ; des hallucinations, etc., etc. Il faudrait ajouter à ces divers ouvrages, qui portent tous le cachet d'un fin observateur et d'un écrivain élégant et fécond, les communications sans nombre sur toutes les questions qui touchent à la psychologie et à l'aliénation mentale, qui figurent dans les comptes rendus des diverses sociétés savantes auxquelles il a appartenu, et particulièrement de la Société médico-psychologique, dont il était un des fondateurs et un des membres les plus zélés et les plus autorisés. C'est aux organes de cette Société qu'il appartiendra surtout de rendre à la mémoire de Brierre de Boismont, à sa vie et à ses œuvres, l'hommage qui leur est dû. Nous ne faisons ici qu'esquisser les titres qui le recommandent aux souvenirs et aux regrets de tous nos confrères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance de mardi, le Conseil municipal de Paris a adopté, sur le rapport de M. le docteur Bourneville, la proposition de la commission du budget de l'Assistance publique pour 1882, ayant pour but d'élever, ainsi qu'il suit, les indemnités allouées aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils : pour les internes de première année, cette indemnité sera portée de 500 à 600 francs ; pour ceux de seconde année, de 500 à 700 francs ; pour ceux de troisième année, de 600 à 800 francs ; enfin pour les internes de quatrième année, elle sera portée de 700 à 1,000 francs.

De plus, la commission invite l'administration à examiner s'il n'est pas possible d'arriver à donner à tous les internes en médecine la nourriture en nature.

Dans cette même séance, le Conseil, s'occupant du service des accouchées chez les sages-femmes de la ville, a voté une légère augmentation de l'indemnité accordée à chaque sage-femme pour garder une femme en couches, non plus pendant neuf jours comme par le passé, mais bien dorénavant pendant dix jours. C'est dans ces conditions que l'indemnité a été portée de 50 à 60 francs. De plus, aucune accouchée ne pourra partir que sur l'*exeat* du médecin, et chaque jour en plus des dix jours réglementaires sera payé 6 francs à la sage-femme.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Debray, professeur de chimie, prendra rang dans la première classe à partir du 16 décembre 1881.

— La Faculté des sciences, à l'occasion du jour de l'an, sera fermée du 31 décembre au 4 janvier inclusivement, et le Collège de France, du 30 décembre au 3 janvier.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Petel, professeur suppléant, est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de cette école, en remplacement de M. Cauchois, démissionnaire desdites fonctions.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Lespiau, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Lalande est nommé aide-préparateur en remplacement de M. Dorez, démissionnaire.

— Le cours de M. le professeur Brown-Séquard, au Collège de France, sera suspendu momentanément pendant les deux premières semaines de janvier prochain.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12166.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1881



A

B

C

D

E

F

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1881

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.

